

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO – PROPESP
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE MANAUS – EEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGENF
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ EM ASSOCIAÇÃO AMPLA COM A
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS – UEPA/UFAM

SUELEM MACIEL DO NASCIMENTO

**QUALIDADE DOS DADOS DE NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA
AUTOPROVOCADA EM MANAUS, AMAZONAS: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E
TENDÊNCIA TEMPORAL**

MANAUS

2026

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO – PROPESP
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE MANAUS – EEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGENF
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ EM ASSOCIAÇÃO AMPLA COM A
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS – UEPA/UFAM

SUELEM MACIEL DO NASCIMENTO

**QUALIDADE DOS DADOS DE NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA
AUTOPROVOCADA EM MANAUS, AMAZONAS: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E
TENDÊNCIA TEMPORAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - PPGENF, em associação ampla entre a Universidade do Estado do Pará - UEPA e a Universidade Federal do Amazonas - UFAM, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: “Enfermagem no Contexto da Sociedade Amazônica”.

Linha de pesquisa 1: “Enfermagem em Saúde Pública e Epidemiologia de Doenças na Amazônia”.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Nathália França de Oliveira

MANAUS

2026

Ficha Catalográfica

Elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

N244q Nascimento, Suelem Maciel do
Qualidade dos dados de notificação da violência autoprovocada em Manaus,
Amazonas: perfil epidemiológico e tendência temporal / Suelem Maciel do
Nascimento. - 2026.
70 f. : il., color. ; 31 cm.

Orientador(a): Nathália França de Oliveira.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Amazonas, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, Manaus, 2026.

1. Comportamento autodestrutivo. 2. Tentativa de suicídio. 3. Suicídio. 4.
Vigilância em Saúde Pública. 5. Epidemiologia. I. Oliveira, Nathália França de. II.
Universidade Federal do Amazonas. Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem. III. Título

SUELEM MACIEL DO NASCIMENTO

QUALIDADE DOS DADOS DE NOTIFICAÇÃO DA VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA
EM MANAUS, AMAZONAS: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E TENDÊNCIA TEMPORAL

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Associação UEPA/UFAM da Universidade Federal do Amazonas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, área de concentração: Enfermagem no Contexto da Sociedade Amazônica.

Aprovada em: 30/04/2026

BANCA EXAMINADORA:

Documento assinado digitalmente
 **NATHALIA FRANÇA DE OLIVEIRA**
Data: 28/07/2026 17:46:22-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Nathália França de Oliveira - Orientadora
Escola de Enfermagem de Manaus - EEM
Universidade Federal do Amazonas - UFAM

Documento assinado digitalmente
 **ZILMAR AUGUSTO DE SOUZA FILHO**
Data: 28/07/2026 11:35:34-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Zilmar Augusto de Souza Filho
Escola de Enfermagem de Manaus - EEM
Universidade Federal do Amazonas - UFAM

Documento assinado digitalmente
 **GISELE TORRENTE**
Data: 28/07/2026 07:55:26-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Gisele Torrente
Universidade do Estado do Amazonas (UEA)

Para você, dez anos no futuro.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primordialmente aos meus pais, Iamara Elias Maciel do Nascimento e Afrânio Oliveira do Nascimento, por acreditarem no meu potencial e me ensinarem a persistir na jornada rumo ao sonho, independentemente do quão difícil ela se tornasse.

À minha orientadora, Dra. Nathália França de Oliveira, pela generosidade em compartilhar conhecimentos desde a minha graduação e residência. Sua trajetória e postura profissional são fontes constantes de inspiração e admiração.

Aos membros da banca examinadora de defesa, Prof. Dr. Zilmar Augusto de Souza Filho e Profa. Dra. Gisele Torrente, bem como aos membros da banca de qualificação, Profa. Dra. Munique Therense Costa de Moraes e Prof. Dr. Marcel Gonçalves Maciel, cujas contribuições, pautadas pelo respeito, aprimoraram este trabalho e os produtos dele derivados.

Ao corpo docente da Escola de Enfermagem de Manaus (EEM), pelas contribuições e ensinamentos ao longo do mestrado, e ao corpo docente da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESA), por ter plantado a semente da ciência e embasado meus conhecimentos na arte e ciência do cuidado.

Aos meus colegas de turma, por tornarem a jornada mais leve e satisfatória. Nenhuma grande conquista é feita de forma isolada.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM) e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES), cruciais para a viabilização financeira e concretização desta pesquisa.

Por fim, agradeço ao meu eu do passado, por ter sonhado, resistido e se comprometido com a realização deste projeto.

Que as evidências e reflexões desta dissertação possam alcançar e impactar positivamente a trajetória daqueles vitimados por esta violência.

RESUMO

A violência autoprovocada constitui relevante problema de saúde pública, tanto pela magnitude das notificações e dos óbitos quanto por suas repercussões sobre as vítimas, as famílias, as comunidades e os serviços de saúde. A vigilância desse agravo depende da qualidade das informações registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), uma vez que dados incompletos, inconsistentes ou disponibilizados fora do tempo oportuno podem limitar a compreensão do fenômeno, a identificação de grupos vulneráveis e o planejamento das ações de prevenção e cuidado. Este estudo teve como objetivo avaliar a qualidade dos dados registrados nas notificações de violência autoprovocada e analisar o perfil epidemiológico e a tendência temporal dos casos notificados em Manaus, Amazonas, entre 2015 e 2024. Trata-se de estudo epidemiológico observacional e retrospectivo, baseado em cortes transversais repetidos, com componentes descritivo e analítico e análise de tendência temporal. Foram utilizados dados secundários provenientes das Fichas de Notificação de Violências Interpessoais/Autoprovocadas do SINAN. A qualidade dos dados foi analisada segundo os atributos de completude, consistência, representatividade, oportunidade e aceitabilidade. Para a análise epidemiológica, calcularam-se as taxas anuais de notificação e as frequências absoluta e relativa das variáveis estudadas, aplicando-se o teste do qui-quadrado, a análise dos resíduos padronizados e o coeficiente tau de Kendall. A completude das variáveis relacionadas ao perfil das vítimas foi classificada como regular em toda a série histórica. Entre as variáveis referentes às ocorrências, permaneceu regular até 2022 e foi classificada como boa em 2023 e 2024. O indicador operacional de representatividade atingiu o critério estabelecido em todos os anos, enquanto a aceitabilidade foi classificada como aceitável na maior parte do período e moderada em 2020. A consistência foi baixa em 2016, regular em cinco anos e excelente em quatro anos. A oportunidade apresentou resultado insatisfatório durante todo o período analisado. No eixo epidemiológico, observou-se aumento das notificações, com maior frequência entre mulheres (69,1%), adolescentes (46,1%), pessoas pardas (78,2%), solteiras (51,4%) e estudantes (25,0%). As ocorrências foram mais frequentes no domicílio (83,7%), no período noturno (24,9%), com repetição da violência (43,4%) e envolvendo principalmente o envenenamento (47,2%). As notificações foram realizadas predominantemente por instituições públicas de saúde (98,9%) e por serviços de atenção secundária (48,4%). A avaliação evidenciou fragilidades persistentes na completude, na oportunidade e em determinadas combinações utilizadas para verificar a consistência dos registros. As lacunas relacionadas à orientação sexual e à identidade de gênero limitam a visibilidade de grupos socialmente vulnerabilizados, enquanto a reduzida participação da rede privada sugere fragilidades no alcance das notificações. Conclui-se que a interpretação do perfil epidemiológico e da tendência temporal está condicionada à qualidade dos registros. O fortalecimento da vigilância requer qualificação do preenchimento e do fluxo das informações, educação permanente dos profissionais e maior articulação entre a Atenção Primária à Saúde, os serviços de urgência e emergência e a Rede de Atenção Psicossocial, favorecendo a identificação oportuna das situações de risco, a continuidade do cuidado e a prevenção de novas ocorrências e desfechos graves.

Descritores: Comportamento autodestrutivo. Tentativa de suicídio. Suicídio. Vigilância em Saúde Pública. Epidemiologia. Sistemas de Informação em Saúde. Notificação de doenças.

ABSTRACT

Self-inflicted violence constitutes a relevant public health problem because of both the magnitude of notifications and deaths and its repercussions for victims, families, communities, and health services. Surveillance of this health event depends on the quality of the information recorded in the Notifiable Diseases Information System (SINAN), since incomplete, inconsistent, or untimely data may limit understanding of the phenomenon, identification of vulnerable groups, and planning of prevention and care actions. This study aimed to assess the quality of data recorded in self-inflicted violence notifications and to analyze the epidemiological profile and temporal trend of cases reported in Manaus, Amazonas, from 2015 to 2024. This was an observational, retrospective epidemiological study based on repeated cross-sectional data, with descriptive and analytical components and temporal trend analysis. Secondary data from the SINAN Interpersonal/Self-Inflicted Violence Notification Forms were used. Data quality was assessed according to the attributes of completeness, consistency, representativeness, timeliness, and acceptability. For the epidemiological analysis, annual notification rates and absolute and relative frequencies of the variables were calculated, and the chi-square test, standardized residual analysis, and Kendall's tau coefficient were applied. Completeness of the variables related to the victims' profile was classified as regular throughout the historical series. Among variables related to the circumstances of the events, completeness remained regular until 2022 and was classified as good in 2023 and 2024. The operational representativeness indicator met the established criterion in all years, while acceptability was classified as acceptable during most of the period and moderate in 2020. Consistency was classified as low in 2016, regular in five years, and excellent in four years. Timeliness showed unsatisfactory results throughout the study period. Regarding the epidemiological profile, notifications increased, with higher frequencies among women (69.1%), adolescents (46.1%), mixed-race individuals (78.2%), single individuals (51.4%), and students (25.0%). Events occurred more frequently at home (83.7%) and at night (24.9%), were characterized by repeated violence (43.4%), and mainly involved poisoning (47.2%). Notifications were predominantly made by public health institutions (98.9%) and secondary care services (48.4%). The assessment revealed persistent weaknesses in completeness, timeliness, and some combinations used to verify record consistency. Gaps related to sexual orientation and gender identity limit the visibility of socially vulnerable groups, while the limited participation of private health services suggests weaknesses in notification coverage. It is concluded that interpretation of the epidemiological profile and temporal trend depends on the quality of the records. Strengthening surveillance requires improvements in data completion and information flow, continuing education for health professionals, and greater coordination among Primary Health Care, emergency services, and the Psychosocial Care Network, thereby supporting timely identification of risk situations, continuity of care, and prevention of recurrent events and severe outcomes.

Descriptors: Self-destructive behavior. Suicide attempt. Suicide. Public health surveillance. Epidemiology. Health information systems. Disease notification.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Completude das variáveis relacionadas ao perfil das vítimas de violência autoprovocada notificadas em Manaus, Amazonas, 2015-2024

..... 38

Tabela 2 - Completude das variáveis relacionadas à caracterização das ocorrências de violência autoprovocada notificadas em Manaus, Amazonas, 2015-2024

..... 40

Tabela 3 - Representatividade, oportunidade e aceitabilidade dos dados das notificações de violência autoprovocada em Manaus, Amazonas, 2015-2024

..... 42

Tabela 4 - Consistência dos dados das notificações de violência autoprovocada em Manaus, Amazonas, 2015-2024

..... 44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CID-10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª revisão

CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

CS – Comportamento suicida

CSMA – Centro de Saúde Mental do Amazonas

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

FNI – Ficha de Notificação Individual

FVS-RCP – Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas – Dra. Rosemary Costa Pinto

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LGBTQIAPN+ – Lésbicas, gays, bissexuais, pessoas trans, queer, intersexo, assexuais, pansexuais, pessoas não binárias e outras identidades de gênero e orientações sexuais

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PNH – Política Nacional de Humanização

PNPAS – Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio

PNRMAV – Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SES-AM – Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

TCUD – Termo de Compromisso de Utilização de Dados

VA – Violência autoprovoçada

VIVA – Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

WHO – World Health Organization (Organização Mundial da Saúde)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	16
2.1 Objetivo geral	16
2.2 Objetivos específicos	16
3 REFERENCIAL TEÓRICO	17
3.1 Violência autoprovoçada: classificações, etiologias e fatores de risco e proteção	17
3.2 Perfil epidemiológico da violência autoprovoçada	20
3.3 Violência autoprovoçada e políticas de prevenção	24
3.4 Desafios profissionais na assistência às vítimas de violência autoprovoçada	26
4 MATERIAIS E MÉTODOS	30
4.1 Desenho e local do estudo	30
4.2 Definição de caso	31
4.3 Variáveis do estudo	31
4.4 Processamento e análise dos dados	31
4.5 Questões éticas	36
4.6 Riscos e benefícios	36
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO – QUALIDADE DOS DADOS DE NOTIFICAÇÃO	38
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO – PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E TENDÊNCIA	
TEMPORAL	46
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	46
REFERÊNCIAS	49
APÊNDICE A - Termo de Compromisso de Utilização De Dados (TCUD)	65
APÊNDICE B - Artigo original, produto desta dissertação, intitulado “Perfil	
epidemiológico das vítimas de violência autoprovoçada em Manaus, Amazonas”	66
ANEXO A - Ficha de Notificação das Violências Interpessoais/Autoprovoçadas.....	89

1 INTRODUÇÃO

Segundo Krug et al. (2002), a violência é descrita como o exercício deliberado da força ou da autoridade, seja de forma concreta ou por meio de ameaças, apresentando riscos de gerar traumas físicos, óbitos, sequelas psicológicas ou prejuízos ao desenvolvimento. De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2016d), esse fenômeno é categorizado com base no perfil do agressor, que pode direcionar os atos violentos ao próprio indivíduo, a terceiros ou a coletividades.

Quando a violência é dirigida contra si própria, é denominada violência autoprovocada (VA) ou autoinfligida. Segundo o Ministério da Saúde, esse conceito abrange a ideação suicida, o plano suicida, a tentativa de suicídio, a morte por suicídio e outras formas de lesão autoprovocada, como as automutilações (Brasil, 2016d; Rodrigues; Marinho Fernandes da Silva, 2023).

Segundo Posner et al. (2007), a ideação suicida é caracterizada por pensamentos passivos com a intenção de morrer e/ou pensamentos ativos sobre causar a própria morte, porém, não há o ato de causar dano a si mesmo, enquanto o plano de suicídio consiste na tomada de medidas para se machucar, porém o indivíduo é impedido antes que o dano aconteça.

Ainda sobre o continuum da suicidalidade, o ato consciente de aniquilação autoinduzida é conceituado como suicídio consumado, enquanto a tentativa de suicídio seria o comportamento suicida (CS) sem o desfecho de morte (Scheibe; Luna, 2023). Em contraponto, a lesão autoprovocada refere-se ao ato de destruição contínua do corpo, porém sem a intenção de morte (World Health Organization, 2019a).

A relevância desse agravo para a saúde pública pode ser demonstrada por meio de dados epidemiológicos. Estima-se que mais de 700.000 mortes anuais sejam decorrentes do suicídio, representando quase 10 óbitos por 100.000 habitantes, ou uma morte a cada 40 segundos. Além de ser a 17ª principal causa de morte ao longo da vida, destaca-se como a quarta principal causa de óbito entre jovens de 15 a 29 anos, ficando atrás apenas de acidentes de trânsito, tuberculose e violência interpessoal. Esses dados alarmantes podem estar subnotificados, indicando que as taxas reais de suicídio podem ser ainda maiores, conforme dados da World Health Organization (WHO, 2021a, 2021b, 2021c).

No Brasil, entre os anos de 2010 e 2019, ocorreram 112.230 mortes por suicídio, com aumento de 43% no número anual de mortes, de 9.454 em 2010 para 13.523 em 2019. A taxa de suicídio também aumentou de 4,3 por 100.000 habitantes para 6,4 por 100.000 habitantes. Regionalmente, o Norte ocupa o terceiro lugar em taxa de mortalidade por suicídio (6,28 por

100.000 habitantes), atrás das regiões Centro-Oeste (8,3 por 100.000 habitantes) e Sul (10,41 por 100.000 habitantes) (Brasil, 2021, 2022a).

No Amazonas, foram registrados 332 óbitos por suicídio somente em 2023, com uma taxa de mortalidade de 7,8 por 100.000 habitantes, representando um aumento de 12% em relação a 2022 (6,7 por 100.000 habitantes). A Regional do Alto Solimões apresentou a maior taxa de mortalidade por suicídio em 2023 (21,8 casos por 100.000 habitantes), seguida pelas regionais Rio Juruá (10,6 casos por 100.000 habitantes) e Baixo Amazonas (9,3 casos por 100.000 habitantes). A Regional Manaus, Entorno e Alto Rio Negro registrou a maior proporção de óbitos (53,9%), sendo a sexta com maior taxa de mortalidade (Amazonas, 2024).

Diante desse panorama epidemiológico, as notificações compulsórias desempenham importante função no diagnóstico dinâmico da ocorrência dos agravos na população. Por meio dos dados registrados nos sistemas de informação em saúde, especialmente no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), é possível coletar, analisar e interpretar informações para subsidiar a prevenção e o controle dos agravos, além de identificar eventos extraordinários com potencial impacto sobre a saúde pública (Brasil, 2016b; World Health Organization, 2022).

Por meio das notificações registradas nos sistemas de informação em saúde, é possível identificar fatores etiológicos e fatores de risco, informações relevantes para orientar o planejamento das ações de saúde, desde a identificação de prioridades de intervenção até a posterior avaliação das medidas implementadas (Brasil, 2016b).

Conforme as diretrizes nacionais, a notificação compulsória caracteriza-se como o alerta obrigatório de suspeitas ou confirmações de agravos à saúde pública às instâncias de gestão da saúde. Tal responsabilidade recai sobre todos os profissionais da área, independentemente de atuarem em instituições de natureza pública ou privada (Brasil, 2016a).

A partir da inclusão das violências no rol de agravos notificáveis em 2011 e da posterior classificação da tentativa de suicídio como agravo de notificação imediata em 2014, o prazo para comunicação passou a ser de até 24 horas após o atendimento. Essa obrigatoriedade deve ser cumprida pelo primeiro serviço de saúde que prestar assistência clínica ao paciente (Brasil, 2011a, 2014, 2016a).

A notificação compulsória de violência autoprovocada permite a vinculação e o acompanhamento da vítima nos serviços de saúde, possibilitando ações para prevenir recidivas ou reentradas por violência, além de incentivar a articulação entre diferentes serviços da rede de atenção para o acompanhamento dos casos segundo o nível de complexidade (Brasil, 2006a, 2017a).

A investigação dos casos, a análise e a divulgação dos dados relevantes possibilitam conhecer as vítimas e as ocorrências, para, então, desenvolver e implementar políticas de enfrentamento conforme as especificidades e necessidades nos diferentes contextos. Portanto, a vigilância em saúde produz dados epidemiológicos para o conhecimento da realidade e o planejamento de políticas públicas (Brasil, 2006a, 2017a).

Apesar da reconhecida relevância das notificações compulsórias e dos sistemas de informação em saúde, estudos com dados secundários apontam problemáticas comuns, como a subnotificação de casos, a baixa qualidade das informações sobre os casos de violência autoprovocada e lacunas de preenchimento de informações indispensáveis. Como exemplo, destaca-se a variável intencionalidade da violência, informação importante para diferenciar violência de acidente, que não está registrada em metade das notificações segundo boletins epidemiológicos (Brasil, 2021, 2024a).

Ademais, estudos relacionados à violência relataram divergências de informações registradas entre o sistema local de informação e o Sistema de Informação de Agravos de Notificação, enquanto estudos sobre notificações de doenças de notificação compulsória identificaram falhas comuns no preenchimento das fichas de notificação, como campos frequentemente deixados em branco ou preenchidos como ignorados, além de informações contraditórias ou inválidas (Coelho et al., 2021; Páscoa et al., 2018; Ferreira et al., 2018).

Devido a esses problemas recorrentes relacionados à notificação compulsória, os quantitativos não expressam fielmente a realidade, principalmente em relação à tentativa de suicídio. Sob a ótica de Andrade et al. (2020), a subnotificação e o comprometimento da qualidade do preenchimento das fichas podem ser interpretados como uma forma de violência coletiva, pois, se não há dados que comprovem a existência e as necessidades das vítimas, não haverá subsídios para investimentos políticos, econômicos e sociais.

Em síntese, a fragilidade na notificação de casos tem impactos importantes no conhecimento do fenômeno no país, na assistência em saúde e na formulação de políticas públicas para prevenir a violência autoprovocada (Oliveira Alves et al., 2024).

A relevância da notificação da violência autoprovocada para a saúde pública está relacionada à associação entre tentativas anteriores de suicídio e o risco de novos episódios, inclusive com desfecho fatal. Além disso, a ocorrência de lesões autoprovocadas pode indicar sofrimento psíquico que demanda identificação precoce, acolhimento e acompanhamento pelos serviços de saúde. Quando essa situação é reconhecida em tempo oportuno, torna-se possível organizar intervenções voltadas à redução do risco, à prevenção de recorrências e à continuidade do cuidado (Fattah; Lima, 2020; World Health Organization, 2019a).

Para alcançar êxito nessa tarefa, faz-se necessário elucidar as características epidemiológicas da população afetada, a fim de identificar o perfil das vítimas no contexto amazônico, considerando as diferentes particularidades da região.

Nos últimos anos, houve um aumento significativo de estudos sobre o perfil epidemiológico das vítimas de VA no Brasil (Caetano da Silva et al., 2021; Fonseca; Marin, 2023; Morais et al., 2022; Pereira, G. S. et al., 2023; Silva; Marcolan, 2021), permitindo maior conhecimento sobre as vítimas, as características das ocorrências e os fatores relacionados que podem predispor ou precipitar a violência, o que representa um avanço relevante para a saúde pública do país.

Os estudos voltados ao contexto amazônico englobam grupos vulneráveis, como indígenas (Pereira, R. S. et al., 2023; Ribeiro Alves, 2024), adolescentes (Souza et al., 2024), além de pesquisas realizadas em outros municípios ou estados (Gomes et al., 2025; Pantoja et al., 2025; Pereira et al., 2025; Sfair et al., 2025) e de análises do perfil da VA em conjunto com casos de violência interpessoal (Portela de Azevedo; Silva de Almeida; Moura da Cunha, 2024; Queiroz et al., 2023).

Embora os estudos epidemiológicos tenham ampliado o conhecimento sobre a violência autoprovocada no Brasil e no contexto amazônico, a interpretação de seus resultados depende da qualidade das informações produzidas pelos sistemas de vigilância. Dados incompletos, inconsistentes ou disponibilizados fora do tempo oportuno podem limitar a caracterização do agravo, dificultar a identificação de grupos vulneráveis e comprometer o planejamento das ações de prevenção e cuidado (Brasil, 2016b; World Health Organization, 2022).

Partindo dessa compreensão, a presente pesquisa toma a avaliação da qualidade dos dados de notificação como eixo central, articulando-a à análise do perfil epidemiológico e da tendência temporal dos casos de violência autoprovocada em Manaus (AM). Essa abordagem permite examinar não apenas a distribuição do agravo e os grupos mais atingidos, mas também a capacidade das informações registradas de sustentar esse diagnóstico.

A avaliação dos atributos de completude, consistência, representatividade, oportunidade e aceitabilidade possibilita identificar fragilidades relacionadas ao registro e ao fluxo das informações. Por sua vez, a análise epidemiológica permite situar a magnitude e o comportamento temporal da violência autoprovocada no município. A articulação entre esses eixos amplia a compreensão do fenômeno e pode contribuir para o fortalecimento da vigilância, da formação profissional e da organização do cuidado.

Espera-se, assim, produzir subsídios para a tomada de decisão, a qualificação dos profissionais de saúde e o aprimoramento das práticas assistenciais e de vigilância,

considerando que a utilidade das informações epidemiológicas está diretamente relacionada à qualidade dos dados que as sustentam.

Para alcançar esses objetivos, o presente estudo orienta-se pela seguinte questão norteadora: como se caracteriza a qualidade dos dados registrados nas notificações de violência autoprovocada em Manaus, Amazonas, entre 2015 e 2024, e o que esses registros revelam sobre o perfil epidemiológico e a tendência temporal dos casos?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar a qualidade dos dados registrados nas notificações de violência autoprovocada, bem como o perfil epidemiológico e a tendência temporal dos casos notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) em Manaus, Amazonas, entre 2015 e 2024.

2.2 Objetivos específicos

1. Estimar a taxa anual de notificação de violência autoprovocada em Manaus, Amazonas, no período de 2015 a 2024.
2. Analisar a tendência temporal dos casos de violência autoprovocada em Manaus, Amazonas, ao longo do período estudado.
3. Caracterizar os casos notificados de violência autoprovocada segundo as características das vítimas e das ocorrências, ao longo dos anos.
4. Analisar e classificar a qualidade dos dados registrados nas notificações de violência autoprovocada quanto à completude e à consistência.
5. Analisar e classificar a qualidade dos dados registrados nas notificações de violência autoprovocada quanto à representatividade, à oportunidade e à aceitabilidade.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Violência autoprovocada: classificações, etiologias e fatores de risco e proteção

A violência autoprovocada é subdividida em comportamento suicida e autoagressão. O primeiro refere-se a atos conscientes e deliberados realizados por um indivíduo com o objetivo de acabar com a própria vida, de forma direta ou indireta, e engloba ideação suicida, tentativas de suicídio e suicídio consumado. Já a autoagressão diz respeito a atos de automutilação, que podem variar desde lesões leves, como arranhões, cortes e mordidas, até violências severas, como amputação de membros (Nandini; Chaube; Dahiya, 2018; Riyadi; Teguh, 2009; Todeshkchuei; Molaeinezhad; Todeshkchuei, 2019; WHO, 2009; Yosep, 2007).

Por se tratar de um desfecho inserido em uma cadeia de eventos interligados, o suicídio representa apenas a ponta de um iceberg que esconde uma dimensão mais ampla de tentativas, ideações e transtornos mentais. O processo até o suicídio consumado pode ser entendido como um fluxo cronológico de ações, que começa na ideação, passa pelo planejamento, evolui para tentativas recorrentes com meios cada vez mais letais, até culminar na consumação do ato. Esse processo, contudo, é individual e pode ocorrer de forma mais lenta ou mais rápida, sendo influenciado por fatores cognitivos, comportamentais, de personalidade, padrões familiares e aspectos socioculturais (Wasserman, 2016).

Os fatores de risco para o comportamento suicida geralmente estão associados a características sociodemográficas e clínicas das vítimas. Adicionalmente, fatores genéticos — como histórico de suicídio consumado ou transtornos mentais em parentes de primeiro grau — também podem aumentar esse risco (Batty et al., 2010).

É importante diferenciar fatores predisponentes de fatores precipitantes. Os primeiros referem-se a agentes de influência remota que predisõem o indivíduo ao comportamento suicida, enquanto os fatores precipitantes, também chamados de estressores, tendem a desencadear o processo suicida em um período mais curto. Esses fatores estão comumente associados a perdas reais ou simbólicas e mudanças de status (Batty et al., 2010; Botega, 2015).

Segundo a WHO (2014), os principais fatores de risco para o desenvolvimento do comportamento suicida incluem o histórico de tentativas prévias, a presença de transtornos mentais, o abuso de drogas, dificuldades de acesso ao sistema de saúde, acesso a métodos letais, discriminações, histórico de violência, sentimentos de solidão, desesperança e falta de rede de apoio, conflitos de relacionamento, desemprego e doenças crônicas. A situação de risco se agrava quando há associação de múltiplos fatores de risco em um único indivíduo (WHO, 2019a).

A presença de transtorno mental constitui importante fator de risco amplamente documentado e uma das principais condições de vulnerabilidade para o comportamento suicida, com ênfase para os transtornos de humor, transtornos por uso de substâncias psicoativas e a depressão, sendo esta última o diagnóstico de transtorno mental mais associado aos suicídios (Associação Brasileira de Psiquiatria, 2014). Outros transtornos psiquiátricos relevantes incluem transtornos de personalidade e esquizofrenia (Gomes; Iglesias; Constantinidis, 2019).

Quanto aos fatores de proteção, aspectos como moradia segura, acesso à alimentação adequada e descanso de qualidade ajudam a consolidar a saúde geral. Outros fatores incluem capacidade de resolução de problemas, senso de responsabilidade com a família, religiosidade, rede de apoio social, satisfação com a vida, presença de filhos e gravidez (Mann; Arango, 1992; Meleiro; Teng; Wang, 2004; Rapeli; Botega, 2005).

É essencial compreender que nenhum fator isolado é suficiente para provocar ou prevenir o comportamento suicida. Trata-se de um fenômeno multifatorial. Assim, a avaliação dos fatores de risco e de proteção é fundamental, embora não seja possível prever com exatidão quem irá cometer suicídio (Bertolote; Mello-Santos; Botega, 2010).

À luz das ciências sociais e humanas, alguns importantes teóricos postularam teorias sobre o comportamento suicida e suas causas, dada sua etiologia complexa. Entre eles, Émile Durkheim levantou a hipótese de que, quando as condições sociais não proporcionam a regulação necessária, a saúde psicológica fica comprometida e os indivíduos mais vulneráveis cometem suicídio. Em sua obra *O Suicídio*, ele classificou o fenômeno em quatro tipologias: egoísta, altruísta, anômico e fatalista (Durkheim, 2005; Robertson, 2006).

Durkheim conceituou o estado de anomia como a ruptura na relação entre um indivíduo e a sociedade devido a profundas mudanças que podem estar associadas à distribuição de bens e riquezas, isolamento geográfico, exclusão social ou à alienação cultural. Portanto, segundo o autor, qualquer suicídio após o colapso social era classificado como anômico. Nesse tipo de suicídio, as circunstâncias das ações individuais não conseguem ser institucionalizadas e/ou inseridas no sistema social e a perda da integração entre as ações individuais e a regulação social cria esse estado de anomia (Durkheim, 2005; Parsons, 1951; Robertson, 2006).

Esse distanciamento dos valores sociais e coletivos também está associado ao suicídio egoísta. O estado de individualismo excessivo denominado egoísmo pelo autor fundamenta essa classificação, na qual a pessoa que possui um alto grau de egoísmo ou individualismo também tem pouca adesão ou integração com as normas religiosas, domésticas e políticas de uma sociedade. À medida que o egoísta depende menos do grupo social e mais de si mesmo, seus próprios interesses determinam suas ações. Há uma perda de significado além de sua própria

perspectiva individual e quando o frágil projeto individual, já não integrado ao sistema social, se desintegra, surgem os sintomas de depressão e melancolia (Durkheim, 1951; Robertson, 2006).

Embora o individualismo excessivo predisponha ao suicídio, o mesmo ocorre, segundo Durkheim, com a individualidade insuficiente. Em algumas culturas, há vários casos de suicídio em que a morte da pessoa é vista como um serviço ao resto da sociedade. O indivíduo se dedica a uma causa maior do que ele próprio, e seu desespero será extinto à medida que sua identidade se evaporar no bem social ou em um paraíso além, enquanto o indivíduo egoísta não vê nada de real além de si mesmo e o indivíduo anômico permanece intocado ou não integrado à realidade (Durkheim, 1951; Robertson, 2006).

Por fim, o suicídio fatalista, o tipo menos abordado por Durkheim, é em grande parte o oposto do suicídio anômico, que deriva da regulação ou normatização excessiva. Os casos encaixados nessa categoria atestam que a imposição de regulamentações que, embora necessárias, tornam-se excessivas para os indivíduos pode desencadear uma reação de ódio entre os membros da comunidade e, assim, promover o suicídio fatalista (Khan; Shimul; Arendse, 2021).

Sob o prisma psicanalítico, especialmente a partir de Sigmund Freud, o comportamento suicida é compreendido como profundamente relacionado à perda de um objeto amado. Segundo essa perspectiva, a energia psíquica investida nesse objeto, após sua perda, é introjetada no ego, permitindo que o ente querido seja simbolicamente recriado como parte permanente do sujeito. Assim, em situações de luto ou ruptura de vínculos, o indivíduo passa a carregar em si desejos e representações do objeto perdido; quando esses conteúdos emergem de forma hostil, sentimentos intensos, como a raiva, podem ser direcionados contra essa parte internalizada, contribuindo para o desencadeamento do comportamento suicida (Ronningstam; Weinberg; Maltsberger, 2021).

Posteriormente, Freud introduz o conceito de instinto de morte, em constante tensão com o instinto de vida, sendo o primeiro originalmente de natureza masoquista e voltado à autodestruição. Embora esse impulso possa ser externalizado por meio da agressividade, normas sociais e culturais tendem a inibi-lo, fazendo com que seja redirecionado para o próprio sujeito. Dessa forma, os instintos de vida e de morte coexistem de maneira interdependente e em equilíbrio dinâmico, influenciando, em diferentes graus, os comportamentos humanos, incluindo o suicídio (Ronningstam; Weinberg; Maltsberger, 2021).

3.2 Perfil epidemiológico da violência autoprovocada

O suicídio é um grave problema de saúde pública global que afeta todas as faixas etárias, sexos e regiões. Trata-se de uma das principais causas de morte em países de alta, média e, sobretudo, de baixa renda, visto que 73% dos óbitos por suicídio ocorrem em países de baixa renda. De acordo com a WHO (2021c, 2025), a taxa global de comportamento suicida é 2,3 vezes maior entre homens em comparação às mulheres, sendo os jovens de 15 a 29 anos o grupo de maior risco. Nessa faixa etária, o suicídio é classificado como a terceira principal causa de morte entre mulheres e a quarta entre homens — sendo que a maioria desses jovens vive em países de baixa renda (88%).

A análise por regiões demonstra maiores taxas de suicídio na África (11,2 por 100 mil habitantes), Europa (10,5 por 100 mil) e Sudeste Asiático (10,2 por 100 mil), todas superiores à média global (9,0 por 100 mil). Entre as mulheres, a taxa no Sudeste Asiático (8,1 por 100 mil) supera significativamente a média global feminina (5,4 por 100 mil). Entre os homens, destacam-se as taxas mais elevadas na África (18,0 por 100 mil), nas Américas (14,2 por 100 mil) e na Europa (17,1 por 100 mil), todas acima da média global masculina (12,6 por 100 mil) (WHO, 2021c).

Nas Américas, registrou-se um aumento expressivo na mortalidade por suicídio, apesar das medidas preventivas. Em 2019, foram contabilizados mais de 97 mil casos, correspondendo a uma taxa de 9,0 por 100 mil habitantes — 14,2 entre homens e 4,1 entre mulheres. A América do Norte apresentou a maior taxa (14,1 por 100 mil), enquanto a região andina registrou a menor (3,9 por 100 mil) (Mascayano et al., 2015; Organização das Nações Unidas, 2017; Organização Pan-Americana da Saúde, 2021; WHO, 2013).

No Brasil, o Ministério da Saúde apontou aumento da mortalidade por suicídio na última década. Em 2021, foram registrados mais de 15,5 mil óbitos, o que equivale a uma morte a cada 34 minutos. O suicídio ocupa a 27ª posição entre as principais causas de morte no país, sendo a 3ª entre adolescentes e a 4ª entre jovens, com aumento das taxas em todas as faixas etárias (Brasil, 2024a).

Dos óbitos registrados em 2021, 77,8% ocorreram no sexo masculino, representando 1,2% do total de mortes desse grupo, percentual três vezes maior que o observado entre mulheres (0,4%). Entretanto, no mesmo ano foram notificados 114.159 casos de violência autoprovocada, 70,3% envolvendo o sexo feminino, com predominância entre 20 e 49 anos (60,2%), seguidos de 15 a 19 anos (23,2%) e 5 a 14 anos (11,5%) (Brasil, 2024a). Ademais, destaca-se tendência ascendente dos suicídios femininos no Brasil em várias faixas etárias no

período de 1997 a 2015 e principalmente na Região Nordeste entre os anos 1996 a 2018 (Dantas et al., 2021; Rodrigues et al., 2019).

A associação entre gênero e suicídio é evidenciada por padrões de longa data que mostram que os homens apresentam taxas de suicídio consistentemente mais altas do que as mulheres na maioria dos países ocidentais (Cleary, 2019; Jordan; Chandler, 2019). Apesar da maior taxa de mortalidade entre homens, as tentativas de suicídio são três vezes mais frequentes entre mulheres. Esse fenômeno é descrito e explicado na literatura como “paradoxo de gênero”, segundo o qual os homens morrem mais por suicídio, enquanto as mulheres apresentam mais ideação e tentativas (Associação Brasileira de Psiquiatria, 2014; Canetto; Sakinofsky, 1998).

As diferenças na dinâmica do comportamento suicida entre os gêneros também podem ser identificadas nos meios de agressão utilizados para o ato violento. Geralmente, mulheres atentam contra a própria vida fazendo uso de métodos menos letais, como o envenenamento, enquanto, entre os homens, predominam métodos de alta letalidade, como enforcamento e armas de fogo, sendo que cerca de 60% das tentativas resultam em óbito na primeira ocorrência (Meleiro; Corrêa, 2020).

As desigualdades de gênero ampliam a vulnerabilidade das mulheres, e a violência de gênero pode atuar como fator desencadeante do comportamento suicida. As violências física e psicológica associadas a episódios violentos, por vezes mantidos em segredo pelas próprias vítimas, que se veem forçadas a internalizar o sofrimento decorrente, fragilizam relações familiares e interpessoais, reforçam traumas e conduzem à percepção de que não há mais perspectiva de vida (Devries et al., 2011; Minayo; Cavalcante, 2013).

Quanto ao sexo masculino, o suicídio entre os homens está associado ao contexto de problemas cumulativos e de longa data, envolvendo o uso persistente de álcool e outras drogas, conflitos de relacionamento e violência interpessoal (Caine, 2013; Fitzpatrick et al., 2022). Reações de violência interpessoal e autoprovocada também podem resultar de rupturas de relações heterossexuais, o que retoma reflexões sobre ideais heteronormativos em torno do casamento, da família, da autoridade e da apropriação do corpo feminino implícitas nas experiências, expectativas e vivências de homens (Chandler, 2019; Yep, 2003).

Outros autores também defendem que, como o ato suicida tem significados culturais e emocionais envoltos no contexto do evento, alguns homens geralmente mobilizam emoções em torno de atos de abuso e violência. Nesse grupo, o comportamento suicida atua não apenas como uma reação à angústia emocional resultante da vivência individual, mas também pode operar como uma forma de violência destinada a punir terceiros e a manifestar poder com efeitos intencionais, danosos e de longo prazo, sendo interpretado como uma tática utilizada

por alguns homens para manter controle sobre mulheres, mesmo após a morte (Chandler, 2019; Jaworski, 2016; O'Brien; Tiffany, 1984; River; Flood, 2021; Scourfield et al., 2012).

O aumento dos casos entre adolescentes já havia sido documentado anteriormente. Em 2019, as regiões Sul, Norte e Centro-Oeste apresentaram as maiores taxas de mortalidade entre jovens de 15 a 19 anos, além dos maiores incrementos percentuais no período de 2010 a 2019. A região Norte destacou-se, com risco mais elevado, alcançando 9,7 por 100 mil habitantes (Brasil, 2021).

A adolescência configura-se como fase de vulnerabilidade, com cerca de um em cada sete adolescentes de 10 a 19 anos enfrentando problemas relacionados à saúde mental, muitas vezes não diagnosticados ou tratados, associados a distúrbios emocionais, comportamentais e psicóticos (Tavares, 2022). Instituições sociais — como escolas, igrejas e o poder público — têm papel preventivo fundamental, embora persistam barreiras ligadas ao estigma da saúde mental.

Essa dificuldade também se manifesta nas famílias e comunidades, que tendem a silenciar o problema. Enquanto a mídia destaca os riscos de autoagressão nesse grupo etário (Niederkrotenthaler et al., 2019; Ortiz; Khin, 2018; Sousa et al., 2017), prevalece a inabilidade para abordá-lo de forma efetiva (Silva Filho; Minayo, 2018).

Embora representem um quantitativo menor em âmbito nacional quando comparados às demais faixas etárias, os idosos também compõem um grupo de risco para as manifestações do CS. Pessoas idosas que se autolesionam relatam maior intenção suicida do que pessoas mais jovens, utilizam meios de agressão mais letais e têm maior vulnerabilidade ao suicídio, devido a problemas crônicos de saúde e alterações nos papéis sociais. Apesar disso, essas pessoas recebem pouca atenção das autoridades da saúde pública, de pesquisadores e da mídia, os quais costumam priorizar grupos populacionais mais jovens (Miret et al., 2010; O'Connell et al., 2004; Schmutte et al., 2019).

Os principais fatores de risco para o suicídio entre idosos incluem isolamento social, falta de uma rede de apoio, sentimento de solidão, luto pela perda de um cônjuge e filhos, patologias, condições de demência, depressão, além de tentativas prévias de suicídio (Ciulla et al., 2014; Pinto et al., 2012; Zhang et al., 2016).

No que se refere à raça e etnia, em 2018, 49,4% das notificações de violência autoprovocada corresponderam a pessoas brancas e 34,2% a pardas. Os óbitos por suicídio seguiram padrão semelhante: 49,2% entre brancos e 42,8% entre pardos. No entanto, tais dados devem ser analisados em conjunto com a composição demográfica regional. Nas regiões Norte e Nordeste, os óbitos predominaram entre pardos (75,0% e 75,7%, respectivamente). Já nas

regiões Sudeste e Sul, os brancos foram maioria (58,7% e 87,0%, respectivamente) (Silva; Marcolan, 2021).

Entre os povos indígenas, a taxa média de suicídio foi 2,9 vezes maior do que entre pessoas brancas e 3,1 vezes maior do que entre pessoas negras, sobretudo entre jovens de 15 a 19 anos (Brasil, 2020). Os estados do Amazonas e Mato Grosso do Sul concentram os índices mais elevados (Araújo et al., 2023).

O pertencimento a grupos vulneráveis também se associa ao comportamento suicida. A população LGBTQIAPN+, historicamente exposta à violência e discriminação, apresenta risco até sete vezes maior de suicídio em comparação a pessoas heterossexuais cisgênero (Guimarães et al., 2022; Nagafuchi, 2019). Esse risco aumenta diante do estresse provocado pela violência LGBTfóbica, especialmente durante a transição para a vida adulta, período crítico para o surgimento de transtornos de ansiedade e humor (Russell; Fish, 2019).

Entre os fatores de risco, destaca-se o histórico de violência ao longo da vida, associado ao comportamento suicida, em especial os abusos físico, sexual e emocional, além da negligência (Araújo; Lara, 2016; Coêlho et al., 2016; Zatti et al., 2020). Tais experiências estão ligadas ao desenvolvimento de transtornos mentais, abuso de substâncias e comportamentos de risco (Cashmore; Shackel, 2014; Castellví et al., 2017; Ng et al., 2018; WHO, 2024).

Diante desse cenário, os comportamentos autodestrutivos representam importante agravamento à saúde pública em razão dos danos físicos e psicológicos às vítimas, familiares e comunidades (Aragão; Mascarenhas, 2022). Compreender a magnitude do suicídio e seus fatores associados — individuais e coletivos — é essencial para o desenvolvimento de estratégias eficazes de prevenção. Contudo, embora os estudos epidemiológicos tenham avançado, os dados ainda são insuficientes sobre a região Norte e, em especial, sobre Manaus, evidenciando a necessidade de investigações que considerem suas especificidades demográficas, culturais e sociais.

3.3 Violência autoprovocada e políticas de prevenção

O Brasil apresenta uma taxa de suicídio relativamente baixa em comparação com outros países (5,7 por 100.000 habitantes em 2019). No entanto, estudos recentes apontam que esses índices vêm crescendo. Diante desse cenário, o governo federal implementou diversas estratégias de prevenção da violência autoprovocada e das tentativas de suicídio, considerando os determinantes e condicionantes da saúde mental (Brasil, 2019a; McDonald et al., 2021; Stone; Jones; Mack, 2021; WHO, 2019b).

Entre os principais marcos normativos, destaca-se a Lei nº 10.216/2001, fruto do movimento da Reforma Psiquiátrica, regulamentada pela Portaria nº 3.088/2011. A lei estabelece os direitos das pessoas com transtornos mentais e reforça a responsabilidade do Estado em assegurar assistência e promoção da saúde, com a participação da sociedade e da família. Define ainda que os serviços devem priorizar o cuidado em unidades comunitárias, sendo a internação hospitalar indicada apenas quando as alternativas extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. É vedada a internação em instituições com características asilares, devendo o tratamento garantir assistência integral, incluindo atendimento médico, psicológico, social, ocupacional e de lazer (Brasil, 2001).

A Portaria nº 3.088/2011, por sua vez, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), composta por diferentes pontos de atenção, entre eles as unidades básicas de saúde, os centros de convivência, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, as unidades de pronto atendimento 24 horas, os hospitais gerais e de referência, os serviços residenciais terapêuticos e os dispositivos de reabilitação psicossocial (Brasil, 2011b).

Ambas as normativas têm como princípio a desinstitucionalização, visando à reinserção social do paciente, reforçando a integralidade, a hierarquização do sistema e a corresponsabilização dos serviços que compõem a RAPS (Brasil, 2001, 2011b).

Outro marco importante é a Portaria nº 737/MS, de 16 de maio de 2001, que aprovou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV). Essa política orienta a atuação do setor saúde diante desses agravos, por meio de medidas sistematizadas de promoção da saúde e prevenção de acidentes e violências, em articulação com diversos segmentos sociais (Brasil, 2002). Parte-se do princípio de que quanto maior o investimento na prevenção primária, menores serão os custos com o atendimento às vítimas e maior será o impacto positivo na proteção da população, já que todos os acidentes e violências são considerados preveníveis.

Entre suas diretrizes, destacam-se a vigilância e o monitoramento dos eventos, a assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas, a capacitação de recursos humanos e o estímulo ao desenvolvimento de pesquisas (Brasil, 2002). A operacionalização dessas diretrizes é viabilizada pelo Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), que possui dois componentes: (i) a vigilância contínua de violência interpessoal e autoprovocada, integrada ao SINAN desde 2009, e (ii) a vigilância sentinela em unidades de urgência e emergência, denominada VIVA Inquérito, realizada a cada triênio (Brasil, 2006b). O principal instrumento

de coleta é a Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovocada, fundamental para a gestão dos serviços de atendimento e proteção às vítimas (Brasil, 2016d).

No mesmo sentido, a Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019, instituiu a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio (PNPAS), que tem como objetivo assegurar acesso à atenção psicossocial para pessoas em sofrimento psíquico, especialmente aquelas com ideação, automutilação ou tentativas de suicídio, além de oferecer suporte a familiares e pessoas próximas. Entre os objetivos descritos em seu art. 3º, estão: promoção da saúde mental, prevenção da violência autoprovocada por meio do enfrentamento dos determinantes da saúde, articulação intersetorial para prevenção do suicídio, educação permanente de gestores e profissionais de saúde e qualificação da rede de atendimento (Brasil, 2019a).

Outro aspecto central dessa política é o desenvolvimento e o aprimoramento de métodos de coleta e análise de dados sobre automutilação, tentativas de suicídio e suicídio, em estreita relação com a qualidade dos dados registrados nas notificações do SINAN. Desde 2014, os casos de violência autoprovocada são de notificação compulsória imediata e devem ser comunicados em até 24 horas às secretarias municipais de saúde. Posteriormente, os dados são encaminhados às secretarias estaduais de saúde e à Secretaria de Vigilância em Saúde, conforme o fluxo estabelecido para o SINAN (Brasil, 2016c, 2017b).

Adicionalmente, essa política busca sensibilizar a sociedade quanto à gravidade das lesões autoprovocadas e ao fato de serem agravos preveníveis (Brasil, 2019a). Tal esforço se justifica pelo aumento das taxas na Região das Américas, onde a mortalidade por suicídio cresceu 17% entre 2000 e 2019 (OPAS, 2021).

A análise das políticas públicas evidencia pontos de convergência. A Lei nº 10.216/2001 assegura os direitos das pessoas com transtornos mentais, defende a assistência interdisciplinar articulada em rede e a reinserção social, contrapondo-se ao modelo manicomial. A Portaria nº 3.088/2011 operacionaliza essa lei por meio da RAPS, reforçando a hierarquização e a corresponsabilidade. A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências e a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio complementam o arcabouço, priorizando prevenção, intersetorialidade, vigilância e qualificação de profissionais. Ambas destacam a importância da coleta e análise de dados sobre violência autoprovocada, ressaltando a necessidade de notificação adequada e de educação permanente dos profissionais de saúde (Brasil, 2002, 2011b, 2019a).

3.4 Desafios profissionais na assistência às vítimas de violência autoprovocada

Para uma atuação assistencial exitosa, é necessário, entre outros fatores, deter conhecimento técnico e teórico, a fim de embasar a tomada de decisão rápida e resolutiva, organizar as práticas desenvolvidas, transmitir segurança aos demais membros da equipe multiprofissional e minimizar os riscos ao paciente (Santos et al., 2022).

No entanto, o conhecimento dos enfermeiros sobre o comportamento suicida e a autolesão, suas causas, gatilhos, fatores de risco e proteção, tratamentos e medidas de prevenção ainda é considerado baixo, especialmente quanto à detecção de sinais e sintomas (Karakaya; Özparlak; Önder, 2023).

As fragilidades no conhecimento teórico-científico sobre o comportamento suicida afetam a prática assistencial. Na atenção terciária, é possível observar um cuidado pautado no modelo biomédico, caracterizado pela fragmentação dos saberes e por intervenções imediatistas, com ênfase na estabilização hemodinâmica e na resolução do quadro clínico. Esse modelo compromete a humanização em saúde e o cuidado holístico (Zamineli de Lima; Alves de Moraes, 2023).

Segundo Silva et al. (2022), para a equipe de enfermagem, o cuidado especializado e individualizado é visto como essencial durante a assistência a pacientes com comportamento suicida. Os profissionais entrevistados destacaram que é fundamental adotar uma abordagem humanizada e ética, caracterizada pelo acolhimento e escuta ativa, desprovida de julgamentos. Esses elementos são considerados indissociáveis para compreender os componentes psicológicos do paciente e garantir êxito no planejamento, na prescrição e na implementação de cuidados resolutivos.

Esse achado está de acordo com as orientações da Política Nacional de Humanização (PNH), caracterizada pela transversalidade em diferentes setores e níveis de atenção à saúde. Essa política orienta quanto à sensibilização dos profissionais de saúde para o acolhimento de vítimas de violência em todas as suas manifestações. Outras importantes orientações incluem a minimização de ações intervencionistas desnecessárias, o respeito à singularidade do sujeito e a continuidade da assistência por meio das redes de cuidados e da atenção integral (Brasil, 2010).

Apesar do exposto, ao serem questionados sobre a assistência de fato prestada, os profissionais de enfermagem, em particular os atuantes nos serviços de urgência e emergência hospitalar, reconhecem que os cuidados realmente colocados em prática se restringem ao atendimento das necessidades clínicas imediatas, com foco na retirada do paciente do estado de risco iminente de morte. Intervenções direcionadas à saúde mental, por sua vez, são muitas

vezes delegadas a outros profissionais, como psicólogos e psiquiatras, evidenciando uma separação entre corpo e mente (Silva et al., 2022).

Outros autores demonstram que os desafios vivenciados em serviços hospitalares não diferem significativamente daqueles encontrados na Atenção Primária à Saúde (APS). Há falta de profissionais qualificados para manejar quadros de violência autoprovocada (VA), somada a relatos de dificuldades de articulação entre os níveis de atenção à saúde, especialmente com componentes da rede especializados em saúde mental, além de falta de infraestrutura física, apoio e engajamento institucional. Essas falhas e ausências, tanto de recursos humanos qualificados e engajados quanto de recursos materiais, endossam a existência de déficits na organização, gestão e estruturação dos serviços da rede de saúde que atende pacientes vítimas de VA (Pereira et al., 2025; Sousa; Ferreira; Galvão, 2020).

Torna-se imperativo reestruturar a rede de assistência em saúde mental para fortalecer as estratégias de prevenção e o monitoramento das violências autoprovocadas com o objetivo de interromper o ciclo de novas ocorrências e reduzir as chances de óbito por CS. Paralelamente, é fundamental que os mecanismos de referência e contrarreferência sejam pactuados de modo a atender, com eficácia, a grande demanda da comunidade local (Soratto; Aguiar; Ceretta, 2015).

Além das complexas dificuldades supracitadas, profissionais descrevem como desafiador o acompanhamento dos pacientes vítimas de VA e ressaltam a baixa adesão a esse aspecto longitudinal do cuidado, diferencial particularmente importante da assistência na APS. Os profissionais de saúde expressaram dificuldade em abordar e compreender o paciente suicida e, por vezes, minimizam a gravidade de seu quadro, o que leva à descredibilização das queixas apresentadas (Pereira et al., 2025).

Diante disso, aspectos como o estigma, o preconceito, a falta de acolhimento à vítima e à família, a comunicação insuficiente, além dos mencionados previamente — como fragmentação dos saberes e falta de conhecimento — podem comprometer a qualidade da assistência ao paciente vítima de VA (Fontão et al., 2018; Santos et al., 2017).

Condutas de negligência e desrespeito praticadas por profissionais responsáveis pelo cuidado reforçam a sensação de desalento e as vulnerabilidades para o suicídio. Se não se sentirem acolhidos, os usuários assumem uma postura introspectiva, ficam desmotivados, desesperançosos e reclusos em si mesmos, em decorrência de uma visão reducionista de mundo que se apresenta pela postura assumida pelos profissionais de saúde (Correia et al., 2020).

Quanto especificamente à equipe de enfermagem, além das dificuldades já mencionadas, os profissionais retratam a assistência como difícil e julgam-se pouco ou até

incapazes de prestar assistência a pacientes vítimas de VA, devido à falta de preparo profissional (Liba et al., 2016; Sun; Long; Boore, 2007).

Há relatos de que o comportamento suicida e a autolesão são abordados superficialmente na graduação e constituem, por vezes, temáticas negligenciadas. Logo, o despreparo é vivenciado durante a assistência aos tentantes, e isso é atribuído à ausência de vivências em campos específicos voltados para agravos à saúde mental durante a formação acadêmica (Dias et al., 2024).

Em estudo descritivo e qualitativo realizado com profissionais atuantes na APS, os participantes relataram uma preocupação comum quanto à inadequação da carga horária e dos recursos dedicados à abordagem do tema VA durante a graduação, além de verbalizarem a necessidade de tempo para discussão e reflexão sobre o tópico. Existe a necessidade de uma formação mais robusta e experiencial sobre a VA, com enfoque em aspectos teóricos e práticos envolvidos na assistência às vítimas (Araújo; Moreira; Albuquerque, 2021; Dias et al., 2024).

A atuação dos profissionais da APS e em outros contextos assistenciais demonstra a existência de lacunas em suas formações e a necessidade de capacitações específicas para o manejo do CS. Esses déficits apresentam-se como fatores geradores de dificuldades e desencadeiam sentimentos de inadequação, insegurança e receio no contato com indivíduos que buscam atendimento, com implicações na efetividade do tratamento (Miranda et al., 2023).

A literatura científica demonstra que o aprimoramento da inteligência emocional pelos profissionais pode minimizar sentimentos desfavoráveis e promover o autoconhecimento sobre as próprias emoções. Essas características influenciam a conduta assumida diante do paciente e reduzem o estresse e a ansiedade decorrentes do trabalho (Carmona-Navarro; Pichardo-Martínez, 2012).

Diante dos desafios elencados, para minimizar o déficit de conhecimento dos profissionais, reitera-se a necessidade de abordar os aspectos da violência autoprovocada desde a formação acadêmica dos profissionais de saúde (Silva; Nóbrega; Oliveira, 2018) e aumentar a oferta de aprimoramento contínuo por meio da educação permanente, tendo em vista o processo contínuo de capacitação dos profissionais (Oliveira; Moraes; Santos, 2020).

Para tanto, é necessária uma gestão comprometida com a qualidade do atendimento ao usuário dos serviços de saúde que vivencia situação de violência autoprovocada, pois inúmeros estudos apontam a alta demanda de capacitação profissional e a baixa oferta por parte das instituições de saúde (Fontão et al., 2018; Freitas; Borges, 2017; Kishi et al., 2011; Liba et al., 2016; Santos et al., 2017; Sun; Long; Boore, 2007).

Há necessidade de os profissionais de enfermagem em Manaus (AM) desenvolverem habilidades para implementar uma abordagem holística e centrada no paciente, suas necessidades e vulnerabilidades, voltada não somente para o bem-estar físico, mas também para as dimensões mental e social.

Em vista disso, é imperativo sensibilizar os profissionais de enfermagem quanto à necessidade de aprimoramento para atender à crescente demanda associada ao agravo de saúde pública, nos diversos contextos da capital e, a partir de então, incitar a preparação emocional e profissional necessária para o desempenho de suas funções em situações de sofrimento mental e violência autoprovocada.

Somente a partir dessas iniciativas, os profissionais poderão atuar com segurança e conhecimento em todas as etapas do cuidado, abrangendo os diferentes níveis de complexidade da atenção à saúde. Isso inclui desde a integração às políticas públicas e a abordagem inicial da vítima até o desenvolvimento da escuta sensível e o estabelecimento e fortalecimento do vínculo terapêutico, além da notificação qualificada dos casos, do preenchimento completo dos dados, da implementação de intervenções e ações em saúde para a comunidade, dos encaminhamentos à equipe multiprofissional e da integração à rede de saúde.

Por conseguinte, com essas práticas, espera-se contar com profissionais engajados e preparados para lidar de maneira eficaz e resolutiva com as vítimas, com a finalidade de consolidar a Enfermagem em Manaus (AM) como agente de detecção precoce do sofrimento mental, prevenção de suicídios, intervenção em casos de lesão autoprovocada e promoção de acolhimento à vítima, a seus familiares e à comunidade.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Desenho e local do estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico observacional, retrospectivo, baseado em cortes transversais repetidos, com componentes descritivo e analítico e análise de tendência temporal. Foram utilizados dados secundários provenientes das Fichas de Notificação de Violências Interpessoais/Autoprovoçadas (Anexo A), registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Foram considerados como unidades de análise todos os casos de violência autoprovoçada ocorridos em Manaus (AM) registrados no SINAN e referentes ao período de janeiro de 2015 a dezembro de 2024, recorte que compreende o início do processo de implantação da ficha intersetorial de notificação no município.

Manaus é a capital do estado do Amazonas e está localizada na Região Norte do Brasil. Possui população de 2.063.689 habitantes, densidade demográfica de 181,01 hab./km² e área territorial de 11.401,002 km². É o mais populoso entre os 62 municípios do estado e o sétimo mais populoso entre os 5.570 municípios brasileiros (IBGE, 2023a, 2023b).

Segundo dados da RAPS publicados pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2022b), o Amazonas possui 25 Centros de Atenção Psicossocial, 11 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), duas equipes de Consultório na Rua, 28 leitos hospitalares para internação especializada em saúde mental e psiquiatria, dos quais nenhum está localizado em hospital geral.

Entre 2022 e 2024, houve um aumento de 44% no número de CAPS, totalizando 36 unidades registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Brasil, 2024b). A cobertura da RAPS no estado é considerada insuficiente, principalmente quando se consideram os municípios mais afastados da capital, pois apenas 29 dos 62 municípios do estado contam com unidades de CAPS (Viana et al., 2024).

Na capital, os estabelecimentos especializados em assistência e promoção da saúde mental que compõem a RAPS incluem seis unidades de CAPS; um Centro de Saúde Mental do Amazonas (CSMA), destinado a atendimentos de urgência e emergência psiquiátrica, com a possibilidade de internação do paciente na unidade por até 30 dias consecutivos, para fins de estabilização do quadro; e o Serviço Residencial Terapêutico Lar Rosa Blaya, uma moradia alternativa para pessoas sem suporte familiar adequado, oriundas de longas internações hospitalares (Amazonas, 2019; Brasil, 2024b; Manaus, 2022).

Diante dessas informações, a centralização dos serviços especializados em saúde mental e dos demais componentes da RAPS, em conjunto com a elevada densidade populacional de Manaus, constitui justificativa relevante para a escolha da capital como local desta pesquisa.

4.2 Definição de caso

As ocorrências de violência autoprovocada englobam desde a ideação suicida e as autoagressões até as tentativas e a morte por suicídio. Entretanto, as ideações suicidas não são objeto de registro compulsório no SINAN. Com o intuito de viabilizar respostas oportunas e eficazes, as gestões municipais são obrigadas a reportar episódios de violência sexual e tentativas de suicídio em um intervalo máximo de 24 horas após a ocorrência do ato de violência autoprovocada (Brasil, 2016d).

4.3 Variáveis do estudo

Para caracterizar as vítimas e as ocorrências de violência autoprovocada, foram estudadas as seguintes variáveis: caracterização das vítimas (idade, sexo, gestação, raça/cor, escolaridade, ocupação, situação conjugal, orientação sexual, identidade de gênero, presença de deficiência ou transtorno, suspeita de uso de álcool); caracterização da ocorrência (hora da ocorrência, ano de notificação, unidade notificadora, local da ocorrência, primeira ocorrência ou reincidência, motivação, meio de agressão, circunstância da lesão segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª revisão (CID-10)).

4.4 Processamento e análise dos dados

Para a obtenção dos microdados no site do DATASUS, foram utilizados arquivos no formato dBase File Compacted (*.dbc) do SINAN referentes aos anos de 2015 a 2024, em âmbito nacional, e ao agravo violência interpessoal/autoprovocada. A conversão dos arquivos para posterior manipulação foi realizada no *RStudio* (versão 4.2.1).

Após a conversão dos bancos de dados para o formato Comma-Separated Values (*.csv), procedeu-se à seleção dos registros de interesse. Inicialmente, nos bancos de dados de violência interpessoal/autoprovocada referentes ao período de 2015 a 2024, foram selecionados os registros cujo campo “ID_MUNICIP”, correspondente ao município de notificação, apresentava o código do IBGE 130260, referente ao município de Manaus, Amazonas. Em seguida, no campo “LES_AUTOP”, foram mantidos os registros identificados com o código “1”, correspondente à categoria Sim, indicando que a lesão foi autoprovocada.

Não foi realizada uma etapa adicional de identificação e exclusão de registros duplicados. Conforme as normas operacionais do SINAN, os casos notificados por mais de uma

unidade de saúde e identificados como duplicidades devem ser excluídos no primeiro nível informatizado, antes da consolidação e do envio das informações aos níveis subsequentes do sistema (Brasil, 2005). Dessa forma, foram utilizados os registros conforme disponibilizados nos arquivos públicos de microdados do DATASUS, considerando o tratamento prévio previsto no fluxo operacional do sistema. Além disso, por se tratar de uma base pública anonimizada, sem identificadores nominais dos indivíduos, não foi possível confirmar diretamente eventuais duplicidades mediante a comparação individual dos registros.

As análises foram conduzidas no software Jamovi, versão 2.6.44.0, de acordo com os cinco objetivos específicos da pesquisa, conforme descrito a seguir:

I. Para estimar a taxa anual de notificação de violência autoprovocada em Manaus, Amazonas, no período de 2015 a 2024:

A taxa anual de notificação foi calculada por meio da razão entre o número de casos de violência autoprovocada notificados em Manaus em cada ano do período estudado e a população estimada do município para o mesmo ano, multiplicando-se o resultado por 100.000 habitantes. O cálculo foi realizado conforme as orientações para elaboração de indicadores epidemiológicos a partir dos dados do SINAN (Brasil, 2008), utilizando-se, no denominador, as estimativas populacionais anuais disponibilizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2024).

A taxa anual de notificação foi calculada por meio da seguinte fórmula:

Taxa anual de notificação = (número de casos de violência autoprovocada notificados no ano ÷ população estimada de Manaus no mesmo ano) × 100.000

Na fórmula, o numerador corresponde ao número de casos de violência autoprovocada notificados em Manaus no ano analisado, enquanto o denominador corresponde à população estimada do município para o mesmo ano. O fator de multiplicação de 100.000 habitantes foi adotado para padronizar a medida e possibilitar a comparação das taxas entre os diferentes anos da série histórica. Neste estudo, o termo “estimar” refere-se ao cálculo da taxa com base nos registros disponíveis no SINAN e nas estimativas populacionais do IBGE, não correspondendo à predição nem à projeção de eventos futuros.

II. Para analisar a tendência temporal dos casos de violência autoprovocada em Manaus, Amazonas, ao longo do período estudado:

Para a análise da tendência temporal, foram utilizadas as taxas anuais de notificação calculadas conforme o procedimento anteriormente descrito. Em seguida, avaliou-se a distribuição dos dados quanto à normalidade por meio do teste de Shapiro-Wilk. Considerando a ausência de distribuição normal, optou-se pela utilização de métodos não paramétricos, sendo a tendência temporal analisada por meio do coeficiente tau de Kendall.

III. Para caracterizar os casos notificados de violência autoprovocada, segundo as características das vítimas e das ocorrências, ao longo dos anos:

Foi realizada a análise da distribuição das notificações segundo as frequências absoluta (n) e relativa (%), de acordo com as características da vítima e da ocorrência, estratificadas por ano e conforme as variáveis previamente definidas. Para fins analíticos, os dados foram agrupados em dois períodos: 2015 a 2019 e 2020 a 2024. A comparação entre os períodos e entre as variáveis estudadas foi conduzida por meio do teste do qui-quadrado de Pearson ou do teste exato de Fisher, conforme a adequação, adotando-se nível de significância de 5% e intervalo de confiança de 95%. Para a identificação das categorias responsáveis pelas associações estatisticamente significativas, foi realizada a análise dos resíduos padronizados do qui-quadrado, considerando valores superiores a 1,96. Os resultados foram apresentados em tabelas, de forma a facilitar a visualização das variáveis relacionadas ao perfil da vítima e às características da ocorrência.

IV. Para analisar e classificar a qualidade dos dados registrados nas notificações de violência autoprovocada quanto à completude e à consistência:

A avaliação realizada neste estudo incidiu sobre a qualidade dos dados disponibilizados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação, não abrangendo a avaliação tecnológica da plataforma nem a avaliação da estrutura física da ficha de notificação. Para a interpretação dos resultados, consideraram-se três etapas interdependentes: a produção do dado no serviço notificante, sujeita a campos não preenchidos, ignorados ou inconsistentes; o fluxo de notificação, digitação e encerramento dos registros; e a consolidação e disponibilização da base pública de microdados pelo DATASUS.

Nesse sentido, os atributos de completude, consistência, representatividade, oportunidade e aceitabilidade foram utilizados como indicadores da qualidade dos registros disponíveis e de aspectos operacionais do sistema de vigilância. A classificação obtida não permite, isoladamente, avaliar a qualidade tecnológica da plataforma, assegurar que todas as

ocorrências tenham sido notificadas nem mensurar integralmente a cobertura do sistema na população (Brasil, 2008, 2019c; Centers for Disease Control and Prevention, 2001).

Os pontos de corte e as classificações gerais empregados na avaliação da completude, da consistência, da representatividade, da oportunidade e da aceitabilidade foram definidos com base nas referências específicas de cada atributo e adaptados da proposta operacional de Santos et al. (2025), considerando as variáveis disponíveis nos microdados do SINAN e os objetivos desta pesquisa.

A **completude** foi definida como a proporção de preenchimento efetivo dos campos obrigatórios e essenciais da Ficha de Notificação Individual (FNI) e pela ausência de dados nulos ou ignorados nas variáveis relacionadas à vítima e à ocorrência. Esse atributo foi mensurado por meio da média percentual de completude, obtida pela soma dos percentuais de preenchimento das variáveis, dividida pelo número total de variáveis analisadas. Os resultados foram classificados conforme os seguintes pontos de corte: <50,0% (muito ruim); 50,0% a 69,9% (ruim); 70,0% a 89,9% (regular); 90,0% a 95,9% (boa) e >95,9% (excelente) (Romero; Cunha, 2006; Santos et al., 2025).

A **consistência** refere-se à coerência lógica entre diferentes campos do registro. Para sua avaliação, foram consideradas combinações de variáveis baseadas em critérios epidemiológicos e nas recomendações do Ministério da Saúde (Brasil, 2019c), tais como: compatibilidade entre sexo e condição de gestante; correspondência entre idade e ano de nascimento; coerência entre tipo de violência e meio de agressão; concordância entre o sexo do autor e o sexo da vítima; vínculo do agressor como “própria pessoa”; adequação do preenchimento das variáveis orientação sexual e identidade de gênero em menores de 10 anos. O indicador foi calculado pela média percentual de consistência das combinações analisadas, sendo classificado como baixa (<70,0%), **regular** ($\geq 70,0\%$ e $< 90,0\%$) ou **excelente** ($\geq 90,0\%$) (Santos et al., 2025).

V. Para analisar e classificar a qualidade dos dados registrados nas notificações de violência autoprovocada quanto à representatividade, à oportunidade e à aceitabilidade:

A **representatividade** foi definida como a capacidade dos dados de descrever o agravo segundo pessoa, tempo e lugar (Centers for Disease Control and Prevention, 2001). Para sua avaliação, foram consideradas as seguintes dimensões: (i) perfil da vítima (sexo, idade, ano de nascimento, raça/cor, escolaridade, identidade de gênero, situação conjugal, deficiência ou transtorno e uso de álcool); (ii) tempo, representado pela data da ocorrência; e (iii) lugar, representado pelo local da ocorrência. O componente “pessoa” foi obtido pela média percentual

de completude das variáveis correspondentes, enquanto “tempo” e “lugar” foram avaliados individualmente pela completude de suas respectivas variáveis. Cada dimensão foi classificada como Representativa ($\geq 70\%$) ou Não Representativa ($< 70\%$). A avaliação global considerou: representatividade plena (todas as dimensões $\geq 70\%$), moderada (duas $\geq 70\%$) ou baixa (uma ou nenhuma $\geq 70\%$) (Santos et al., 2025).

A **oportunidade** refere-se ao tempo decorrido entre a ocorrência do evento e sua disponibilização para uso na vigilância (Centers for Disease Control and Prevention, 2001). Conforme as diretrizes nacionais (Brasil, 2014, 2016d, 2019c), foram avaliados: notificações realizadas em até 24 horas, registros digitados no sistema em até sete dias e encerramento oportuno dos casos. Os indicadores foram calculados em termos percentuais e classificados como Oportunos ($\geq 90\%$) ou Inoportunos ($< 90\%$). A classificação final considerou: oportuno (todos os critérios $\geq 90\%$), moderado (dois $\geq 90\%$) ou pouco oportuno (um ou nenhum $\geq 90\%$) (Brasil, 2019c; Santos et al., 2025).

A **aceitabilidade** expressa o grau de adesão dos profissionais e das instituições ao sistema de vigilância, refletido na regularidade e na qualidade das notificações (Centers for Disease Control and Prevention, 2001; Gomes; Iglesias; Constantinidis, 2019). Esse atributo foi avaliado por meio de dois componentes: (i) proporção de notificações realizadas em até 24 horas e (ii) média percentual de completude de variáveis consideradas essenciais para a condução do caso (raça/cor, escolaridade, presença de deficiência ou transtorno, orientação sexual, identidade de gênero, reincidência, local da ocorrência, meio de agressão e encaminhamentos). Os resultados foram classificados como Aceitável ($\geq 70\%$) ou Não Aceitável ($< 70\%$) (Lara et al., 2021). A classificação final considerou: aceitável (ambos os critérios $\geq 70\%$), moderada (apenas um $\geq 70\%$) ou baixa (nenhum $\geq 70\%$) (Lara et al., 2021; Santos et al., 2025).

As variáveis classificadas como obrigatórias ou essenciais foram definidas conforme o instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada do Ministério da Saúde (Brasil, 2016d).

4.5 Questões éticas

O presente estudo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, por utilizar exclusivamente dados secundários de domínio público disponibilizados em bases oficiais, sem acesso a informações que possibilitem a identificação dos indivíduos. De acordo com a Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, as

pesquisas que utilizam dados de acesso público, sem identificação dos participantes, não se enquadram nas exigências de submissão ao sistema CEP/CONEP.

Ainda assim, foram observados os princípios éticos que regem a pesquisa em saúde, especialmente no que se refere à confidencialidade, à integridade e ao uso responsável das informações. A pesquisadora responsável formalizou o compromisso com o sigilo e a adequada utilização dos dados mediante a assinatura do Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD) (Apêndice A).

4.6 Riscos e benefícios

Por se tratar de um estudo com dados secundários de domínio público, sem identificação dos indivíduos, os riscos inerentes à pesquisa incluem potenciais violações de confidencialidade, como a exposição indevida de informações, a perda ou o comprometimento dos dados. Para mitigar esses riscos, foram adotadas medidas de segurança voltadas à proteção e ao sigilo das informações, incluindo o uso de senhas em todos os dispositivos de armazenamento e a realização de cópias de segurança em múltiplos meios, como dispositivos físicos e serviços de armazenamento em nuvem, a fim de garantir a integridade e a preservação dos dados utilizados.

Quanto aos benefícios, os achados referentes ao perfil epidemiológico das vítimas e às características das ocorrências contribuem para o fortalecimento do conhecimento científico sobre a violência autoprovocada, subsidiando a qualificação da assistência às vítimas, às suas famílias e às comunidades. Esses resultados podem subsidiar a formulação e o aprimoramento de políticas públicas, bem como o desenvolvimento de linhas de cuidado e outras estratégias voltadas à promoção da saúde mental e à prevenção desse agravo.

A análise epidemiológica da violência autoprovocada permite a identificação de fatores de risco e de grupos vulneráveis, além de favorecer a compreensão da organização e do funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no município. Ademais, a avaliação das variações nas taxas de notificação ao longo do tempo possibilita o acompanhamento da evolução do agravo e de seu impacto na população.

No que se refere à qualidade dos dados, os resultados obtidos contribuem para a compreensão do processo de notificação da violência autoprovocada nos diferentes níveis de atenção à saúde, abrangendo serviços públicos e privados. Esses achados evidenciam a necessidade de fortalecimento das ações de sensibilização dos profissionais de saúde, bem como da qualificação dos recursos humanos por meio de estratégias de educação permanente, voltadas ao adequado preenchimento das notificações, à identificação e ao manejo dos casos e

à compreensão da relevância dos sistemas de vigilância epidemiológica para o planejamento e a tomada de decisão em saúde pública.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO – QUALIDADE DOS DADOS DE NOTIFICAÇÃO

A avaliação da qualidade dos dados de notificação constitui o eixo central deste estudo, uma vez que a interpretação do perfil epidemiológico e da tendência temporal da violência autoprovocada depende da fidedignidade das informações registradas no sistema de vigilância. Para atender aos objetivos relacionados à qualidade, foram avaliadas, inicialmente, a completude e a consistência dos dados. Em seguida, analisaram-se os atributos de representatividade, oportunidade e aceitabilidade das notificações realizadas em Manaus (AM), entre 2015 e 2024.

No que se refere à completude, foram analisadas 24 variáveis, das quais 12 estavam relacionadas ao perfil da vítima (6 obrigatórias e 6 essenciais) e 12, às características da ocorrência (8 obrigatórias e 4 essenciais), conforme o instrutivo do Ministério da Saúde (Brasil, 2016d). O percentual de completude das variáveis referentes à vítima foi classificado como regular em todos os anos analisados, variando de 71,2% em 2020 a 84,7% em 2024. As variáveis que apresentaram maior proporção de preenchimento válido foram sexo, idade, ano de nascimento e indicação de relação da violência com o trabalho, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 – Completude das variáveis relacionadas ao perfil das vítimas de violência autoprovocada notificadas em Manaus, Amazonas, 2015-2024

Variável	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Obrigatórias (%)										
Sexo	100,0	100,0	100,0	100,0	99,4	98,4	98,3	99,1	98,7	100,0
Idade	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	99,7	100,0
Nascimento (ano)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	99,2	96,6	98,7	98,7	99,7
Se gestante	69,9	73,4	69,8	75,5	82,7	79,6	80,8	83,5	83,6	89,0
Orientação sexual	69,9	48,9	55,3	59,0	62,8	47,6	63,7	63,8	71,6	75,9
Identidade de gênero	66,1	48,9	52,7	59,0	56,0	37,8	49,8	52,3	57,6	63,9
Essenciais (%)										
Raça/cor	75,5	88,9	79,6	80,4	81,4	81,2	100,0	95,9	98,0	100,0
Escolaridade	58,5	68,9	64,5	54,0	55,3	43,5	56,1	48,2	58,9	46,7
Situação conjugal	86,8	51,2	71,1	62,5	70,9	54,1	69,1	72,1	81,2	83,6
Deficiência/ transtorno	81,2	84,5	64,5	53,6	75,8	70,5	76,7	75,3	79,5	85,6
Uso de álcool	66,1	44,5	75,0	50,0	54,7	56,6	66,0	72,1	73,7	77,5
Relacionado ao trabalho	92,5	91,2	38,2	71,5	88,2	86,1	93,8	83,1	93,5	94,5
Completude vítima	80,5	75,0	72,5	72,1	77,2	71,2	79,2	78,6	82,8	84,7

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Na análise individual das variáveis, orientação sexual e identidade de gênero apresentaram percentuais importantes de incompletude ao longo da série histórica, embora sejam campos obrigatórios da ficha de notificação. Resultado semelhante foi identificado em um estudo realizado em Fortaleza (CE), no qual essas variáveis também apresentaram comprometimento da completude (Ferreira; Oliveira, 2025).

Embora os dados desta pesquisa não permitam determinar as razões do não preenchimento, essas lacunas podem estar relacionadas a dificuldades na abordagem e no registro de informações sensíveis, devido a dúvidas conceituais, constrangimentos, preconceitos e estigmas socialmente construídos. Nesse contexto, a ausência ou o preenchimento inadequado desses campos reduz a visibilidade da população LGBTQIAPN+ nos sistemas de informação e limita a identificação de suas necessidades e vulnerabilidades específicas.

Essa limitação assume maior relevância diante da exposição dessa população à discriminação, à violência e ao sofrimento psíquico, que constituem fatores associados ao comportamento suicida. Assim, a incompletude dessas variáveis pode reforçar um ciclo de invisibilidade: a ausência de registros dificulta a caracterização do problema e, conseqüentemente, restringe o planejamento de ações de prevenção e cuidado direcionadas a esses grupos (Guimarães et al., 2022; Nagafuchi, 2019).

Em relação às variáveis referentes à ocorrência, observou-se que a completude permaneceu classificada como regular até 2022, com evolução para a classificação boa nos dois anos subsequentes. Destaca-se que, mesmo nos períodos classificados como regulares, os percentuais mantiveram-se superiores a 80%, conforme apresentado na Tabela 2. Esse melhor desempenho pode estar relacionado ao maior número de variáveis obrigatórias nesse bloco (oito, em comparação com seis no perfil da vítima), o que pode induzir maior rigor no preenchimento por parte dos profissionais notificantes.

Diante desses achados, evidencia-se que a incompletude de variáveis essenciais compromete não apenas a caracterização epidemiológica do agravo, mas também a consistência e a confiabilidade das informações produzidas pelos sistemas de informação em saúde. Nesse contexto, recomenda-se a revisão dos critérios de classificação das variáveis na ficha de notificação, com a possível ampliação do conjunto de campos obrigatórios e a adoção de mecanismos que impeçam a continuidade do preenchimento quando houver dados ausentes, inclusive em variáveis consideradas essenciais. Tais estratégias podem contribuir para o aprimoramento da qualidade dos dados e, conseqüentemente, para a qualificação da vigilância epidemiológica e do planejamento em saúde (Aduama et al., 2025; Sousa et al., 2020).

Tabela 2 – Completude das variáveis relacionadas à caracterização das ocorrências de violência autoprovocada notificadas em Manaus, Amazonas, 2015-2024

Variável	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Obrigatórias (%)										
Data da notificação	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Data da ocorrência	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	99,5	100,0	100,0	100,0
Data do encerramento	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Local	90,6	86,7	82,9	89,3	93,2	91,9	98,3	89,5	95,6	98,7
Unidade notificadora	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	99,6
Encaminhamentos	81,2	84,5	85,6	100,0	85,8	85,3	90,2	96,4	98,7	98,1
Motivação	56,6	35,6	39,5	55,4	66,5	54,1	56,1	57,3	65,1	67,2
Tipo de violência	98,2	97,8	97,4	100,0	98,8	100,0	100,0	99,6	98,7	99,7
Essenciais (%)										
Hora	69,8	57,8	60,5	69,6	72,7	72,1	69,1	83,5	81,2	78,7
Meio de agressão	98,2	91,2	94,8	100,0	98,8	100,0	99,6	99,6	99,4	100,0
Reincidência	86,8	75,6	60,5	50,0	68,3	56,6	71,3	74,8	83,2	85,0
Circunstância da lesão	49,1	62,2	47,4	64,3	62,7	61,5	56,1	75,7	65,4	79,2
Completude ocorrência	85,8	80,7	80,7	85,7	87,2	85,1	86,6	81,4	90,6	92,1

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Dentre as variáveis com maior percentual de incompletude, destaca-se a motivação da violência. Esse achado pode estar relacionado à natureza multifatorial do comportamento suicida, o que dificulta a identificação precisa de suas causas e seu enquadramento nos campos estruturados da Ficha de Notificação Individual (FNI), que nem sempre são compreendidos pelos profissionais notificantes ou adequadamente expressos pelas vítimas (Santos et al., 2024).

Outro fator que pode contribuir para essa limitação refere-se ao perfil de atendimento nos serviços de urgência e emergência, que frequentemente constituem a porta de entrada para indivíduos que tentaram suicídio. Esses serviços desempenham papel estratégico na prevenção secundária e no manejo das consequências do ato violento, sendo responsáveis tanto pelo atendimento imediato como pelo encaminhamento dos casos para outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (Bahia et al., 2017; Ballard et al., 2014). Apesar desse potencial, a abordagem centrada predominantemente nos aspectos físicos das lesões pode resultar na negligência das circunstâncias do evento, limitando a produção de informações relevantes para a vigilância e para o acompanhamento dos casos, o que compromete a prevenção de reincidências (World Health Organization, 2002, 2014).

Nesse contexto, a literatura aponta diversos fatores que dificultam o atendimento integral às vítimas e o preenchimento adequado das notificações nos serviços de emergência,

tais como a predominância de um modelo biomédico e tecnicista, o estigma associado à violência autoprovoada, a insuficiente compreensão do papel desses serviços diante das demandas de saúde mental, além da sobrecarga de trabalho, da escassez de recursos e da ausência de capacitação permanente dos profissionais (Zamineli de Lima; Alves de Moraes, 2023).

Adicionalmente, dificuldades no preenchimento adequado dos dados podem estar associadas à falta de conhecimento sobre a relevância da notificação no contexto da saúde pública, à percepção do registro como atividade meramente burocrática, à desmotivação profissional, à insegurança no ato de notificar, ao desconhecimento sobre sua obrigatoriedade e à compreensão limitada do fluxo das informações (Muniz; Dantas; Santana, 2022; Silva et al., 2024; Yard et al., 2021).

Os dados provenientes dos sistemas de vigilância desempenham papel essencial na identificação de tendências epidemiológicas e no direcionamento de estratégias de saúde pública voltadas à prevenção do suicídio. Assim, falhas na coleta e no preenchimento dessas informações comprometem não apenas o conhecimento do fenômeno, mas também a qualidade da assistência prestada e o planejamento de ações e de políticas públicas (Brasil, 2008; Haghiri et al., 2019; Ikeda et al., 2014; Marcolan, 2018; World Health Organization, 2022; Pinheiro; Warmling; Coelho, 2021).

Diante desse cenário, recomenda-se o fortalecimento de ações educativas no âmbito da vigilância epidemiológica, com ênfase na obrigatoriedade da notificação, na relevância dos dados para a saúde pública e no papel dos profissionais e serviços de saúde no enfrentamento da violência autoprovoada.

Segundo o critério operacional adotado, o indicador de representatividade atingiu o critério estabelecido para as dimensões de pessoa, tempo e lugar em todos os anos analisados. Esse resultado demonstra que, entre os registros disponíveis, as variáveis selecionadas apresentaram preenchimento suficiente para caracterizar quem foi notificado, quando ocorreu o evento e onde ele ocorreu.

Essa classificação, entretanto, não deve ser interpretada como garantia de que os dados representam a totalidade dos casos de violência autoprovoada ocorridos em Manaus. A capacidade do SINAN de retratar o fenômeno depende de diferentes etapas, entre as quais estão o reconhecimento da ocorrência pelo serviço, o preenchimento da ficha, a realização da notificação, a digitação, o encerramento e a posterior consolidação das informações. Assim, mesmo uma base com boa disponibilidade de dados nas dimensões de pessoa, tempo e lugar

pode permanecer sujeita à subnotificação e à participação desigual dos serviços públicos e privados (Brasil, 2008, 2016b, 2019c; Centers for Disease Control and Prevention, 2001).

Desse modo, as fragilidades identificadas não podem ser atribuídas exclusivamente à plataforma do SINAN. Os campos em branco, ignorados ou preenchidos de maneira incompatível estão relacionados à produção e ao registro inicial do dado; os atrasos na digitação e no encerramento dizem respeito ao fluxo das informações entre os serviços e a vigilância; e a base pública disponibilizada pelo DATASUS corresponde ao produto consolidado dessas etapas, contendo apenas os casos que efetivamente ingressaram no sistema. Portanto, a boa completude ou consistência dos registros disponíveis não elimina a possibilidade de ocorrências não notificadas, da mesma forma que a existência de atrasos no fluxo não significa, necessariamente, falha tecnológica da plataforma.

Esse resultado pode estar associado à expansão da Rede de Atenção à Saúde, especialmente dos serviços especializados em saúde mental. Em 2022, a inauguração de dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que se somaram às unidades já existentes, ampliou a capacidade de atendimento às vítimas de violência autoprovocada. Em 2024, a implantação do CAPS AD Dra. Eliana Vitorino Schramm elevou para seis o número de unidades em funcionamento em Manaus, fortalecendo a assistência e a vigilância desse agravo (Navarro; Salimo; Schweickardt, 2025).

Adicionalmente, destaca-se o papel das ações de educação permanente e de fortalecimento da vigilância promovidas pela Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas – Dra. Rosemary Costa Pinto (FVS-RCP), vinculada à Secretaria de Estado de Saúde (SES-AM). Iniciativas interinstitucionais envolvendo setores da saúde e da segurança pública têm contribuído para ampliar o monitoramento das violências, reforçando a integração entre serviços e a qualificação das notificações (Amazonas, 2023).

Tabela 3 – Representatividade, oportunidade e aceitabilidade dos dados das notificações de violência autoprovocada em Manaus, Amazonas, 2015-2024

Variável	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Representatividade										
Perfil (V)	81,5	76,3	78,6	73,2	77,0	71,2	79,1	79,3	82,8	84,1
Data da ocorrência (T)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	99,6	100,0	100,0	100,0
Lugar (L)	90,6	86,7	82,9	89,3	93,2	91,9	98,3	89,5	95,6	98,7
Oportunidade										
Oportunidade do encerramento	62,3	64,4	68,4	44,6	54,0	52,5	48,0	72,9	60,3	63,8
Oportunidade em 7 dias	45,3	35,6	39,5	78,6	57,8	59,8	52,9	74,3	68,5	67,4

Oportunidade em 24 horas	100,0	88,9	92,1	98,2	95,7	97,5	93,7	97,7	94,2	94,7
Aceitabilidade										
Oportunidade em 24 horas	100,0	88,9	92,1	98,2	95,7	97,5	93,7	97,7	94,2	94,7
Média percentual das variáveis da vítima e da ocorrência	78,6	75,3	71,1	71,7	75,2	68,2	78,4	77,3	81,8	83,7

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Nota: V = vítima; T = tempo; L = lugar.

Os resultados obtidos para o indicador operacional de representatividade e para a aceitabilidade contrastaram com o desempenho da oportunidade, classificada como insatisfatória em todo o período analisado. Esse resultado foi influenciado principalmente pelos baixos percentuais relacionados ao tempo de digitação e de encerramento dos registros, ambos inferiores ao ponto de corte estabelecido. Embora a notificação em até 24 horas tenha apresentado percentuais elevados na maioria dos anos, os atrasos nas etapas subsequentes limitaram a disponibilidade das informações em tempo oportuno para utilização pela vigilância. Esse achado demonstra que a qualidade de um sistema de informação não depende somente do preenchimento dos campos, mas também da agilidade com que os dados percorrem o fluxo entre os serviços, a gestão municipal e os demais níveis de vigilância.

Destaca-se que as violências configuram agravos de notificação compulsória e, especificamente, a tentativa de suicídio deve ser notificada em até 24 horas após o conhecimento do caso pelo serviço de saúde que realizou o primeiro atendimento (Brasil, 2011a, 2014, 2016a). Nesse sentido, embora o cumprimento desse prazo inicial se mostre satisfatório, a demora nas etapas subsequentes do processo compromete a oportunidade global do sistema, evidenciando a necessidade de aprimoramento das rotinas de vigilância em nível municipal.

A inoportunidade das notificações pode comprometer diretamente a efetividade das ações de saúde, uma vez que o registro adequado e em tempo oportuno constitui etapa fundamental para a inserção do usuário na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), além de subsidiar o acompanhamento contínuo desses casos (Brasil, 2022c; Santos et al., 2025). Nesse contexto, a identificação precoce de fatores de risco, o registro de tentativas prévias e a oferta de assistência imediata são elementos essenciais para a prevenção de novos episódios e desfechos mais graves, considerando que o suicídio frequentemente é precedido por comportamentos autolesivos (Aguiar et al., 2022; Gomes; Iglesias; Constantinidis, 2019).

No que se refere à consistência dos dados, esse foi o atributo que apresentou maior variabilidade ao longo do período analisado, sendo classificado como baixo apenas em 2016, regular em cinco anos e excelente nos quatro anos restantes. Apesar dessa oscilação, observa-se uma tendência de aprimoramento progressivo da qualidade dos dados ao longo do tempo, refletindo avanços na coleta e no registro das informações. Esse movimento reforça o papel da vigilância epidemiológica e dos sistemas de informação em saúde na produção de dados mais confiáveis e consistentes, fundamentais para a análise da situação epidemiológica da violência autoprovocada e para o planejamento de ações em saúde pública (Brasil, 2019b).

Tabela 4 – Consistência dos dados das notificações de violência autoprovocada em Manaus, Amazonas, 2015-2024

Variáveis	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Sexo masculino × gestante	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Sexo da vítima × autor	45,3	33,3	46,1	83,9	95,0	90,2	92,4	93,1	91,4	87,5
LA × agressão × violência sexual	94,3	86,7	90,8	94,6	88,2	82,0	96,0	94,0	95,2	97,6
LA × parentesco	30,2	17,8	96,1	100,0	99,4	91,8	97,3	95,4	95,9	88,9
Idade × ano de nascimento	58,5	46,7	47,4	55,4	47,5	49,2	56,2	49,5	53,5	47,6
Data da ocorrência × notificação	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Idade × orientação sexual × identidade de gênero	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	88,9	100,0	80,0	100,0
Consistência	75,4	69,2	82,9	90,5	90,0	87,6	90,1	90,2	88,0	88,8

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Nota: LA = lesão autoprovocada.

Inconsistências nos registros de notificação de violência comprometem a compreensão do panorama do agravo e a análise das informações, dificultando a construção de um retrato fidedigno das ocorrências que chegam às portas de entrada dos serviços de saúde. Essa problemática, contudo, pode ser atenuada por meio da criação de mecanismos que restrinjam a inserção de dados inadequados nos sistemas e da implementação de estratégias contínuas de qualificação dos profissionais notificantes.

Nesse sentido, tornam-se necessários a reflexão e o engajamento dos profissionais de saúde em relação aos impactos das informações registradas nas Fichas de Notificação Individual (FNI) sobre a compreensão da realidade populacional, de modo que essa prática ultrapasse o caráter meramente burocrático e seja incorporada ao cotidiano do exercício profissional (Ferreira; Oliveira, 2025; Girianelli; Cordeiro, 2023).

O aprimoramento da qualidade dos dados exige um processo contínuo, sistemático e institucionalmente apoiado, que envolva investimentos em capacitação profissional, incorporação de tecnologias e fortalecimento das ações de educação permanente. Nesse contexto, o apoio institucional é fundamental para garantir a sustentabilidade dessas estratégias e assegurar a produção de informações confiáveis (Ferreira; Oliveira, 2025).

Ademais, ainda há desafios a serem superados no âmbito da vigilância das situações de violência, especialmente no que se refere ao aperfeiçoamento dos instrumentos de coleta e dos sistemas de informação em saúde, de modo a reduzir erros decorrentes da falta de clareza nas fichas de notificação ou do desconhecimento dos termos técnicos, mesmo quando estes estão disponíveis em materiais oficiais (Brasil, 2016d; Girianelli; Cordeiro, 2023).

A produção de dados fidedignos é essencial para o fortalecimento de estudos epidemiológicos e para a geração de evidências que reflitam de forma consistente a realidade vivenciada pelas vítimas, além de contribuir para a redução das limitações inerentes aos estudos com dados secundários, frequentemente marcados pela subnotificação e pela elevada proporção de informações inválidas.

Nesse cenário, a compreensão da organização e do funcionamento da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), bem como a integração entre seus componentes, o perfil dos usuários e dos profissionais e os modelos assistenciais adotados, constitui elemento fundamental para o aprimoramento da vigilância epidemiológica da violência autoprovocada.

Por fim, para o fortalecimento de um sistema de vigilância com dados mais completos, oportunos, representativos, consistentes e aceitáveis, recomenda-se o investimento contínuo na qualificação dos profissionais envolvidos no atendimento e na notificação dos casos. Esse processo deve ir além da padronização de termos e fluxos, incorporando estratégias que promovam a conscientização sobre a relevância da notificação como instrumento de saúde pública, seus impactos na assistência às vítimas, na alocação de recursos e no planejamento de ações de enfrentamento, e fortaleçam a responsabilização das instâncias gestoras em nível municipal e estadual.

Em conjunto, os resultados evidenciam que a análise epidemiológica da violência autoprovocada não pode ser dissociada da qualidade dos dados que a sustentam. Embora os registros permitam identificar o crescimento das notificações e caracterizar os grupos mais atingidos, a incompletude de variáveis sensíveis, os atrasos no fluxo das informações e as oscilações na consistência limitam a compreensão do fenômeno e a capacidade de resposta dos

serviços. Nesse sentido, a avaliação da qualidade dos dados assume papel fundamental no fortalecimento da vigilância, no planejamento das ações de saúde e na organização do cuidado.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO – PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E TENDÊNCIA TEMPORAL

Artigo na íntegra no Apêndice B.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A principal contribuição deste estudo está na avaliação da qualidade dos dados de notificação da violência autoprovocada, ao demonstrar que a interpretação do perfil epidemiológico e da tendência temporal dos casos em Manaus está condicionada à forma como as informações são registradas, processadas e disponibilizadas. Embora os dados tenham sido representativos e, em geral, aceitáveis, persistiram fragilidades relacionadas à completude, à oportunidade e à consistência dos registros.

A completude das variáveis relacionadas ao perfil das vítimas permaneceu regular durante toda a série histórica. Entre os dados referentes às características das ocorrências, observou-se melhora nos dois últimos anos analisados. A oportunidade, entretanto, apresentou resultado insatisfatório durante todo o período, indicando atrasos nas etapas de digitação e encerramento das notificações e limitando o uso oportuno das informações pela vigilância.

Também foram identificadas lacunas importantes nas variáveis orientação sexual e identidade de gênero. Sem aprofundar análises específicas que ultrapassem os objetivos desta pesquisa, esses resultados indicam limitações na visibilidade de grupos socialmente vulnerabilizados e reforçam a necessidade de maior atenção ao preenchimento de campos sensíveis.

No eixo epidemiológico, observou-se crescimento das notificações entre 2015 e 2024, com maior frequência entre mulheres, adolescentes, pessoas pardas, solteiras e estudantes. Predominaram ocorrências no domicílio, no período noturno, com repetição da violência e envolvendo principalmente o envenenamento. A concentração dos registros em serviços públicos de média e alta complexidade e a reduzida participação da rede privada apontam para fragilidades no alcance e na articulação da vigilância.

A integração entre os dois eixos demonstrou que a caracterização epidemiológica, embora necessária, não é suficiente quando as informações utilizadas apresentam lacunas. O fortalecimento da vigilância exige a qualificação dos registros, o investimento em educação permanente e maior articulação entre a Atenção Primária à Saúde, os serviços de urgência e emergência e a Rede de Atenção Psicossocial.

Este estudo apresenta limitações inerentes ao uso de dados secundários provenientes do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), os quais estão sujeitos à subnotificação, ao preenchimento incompleto e a possíveis inconsistências, o que pode afetar a acurácia das estimativas e a interpretação dos resultados. A dependência em relação à qualidade dos registros realizados pelos profissionais de saúde limita o controle sobre a confiabilidade das informações, especialmente em variáveis mais sensíveis, como motivação da violência, orientação sexual e identidade de gênero. Outra limitação refere-se à impossibilidade de verificar diretamente a ocorrência de registros duplicados, uma vez que foram utilizados microdados anonimizados e previamente consolidados pelo sistema. Assim, a análise considerou os registros tal como disponibilizados pelo DATASUS, de acordo com o fluxo operacional do SINAN, que prevê o tratamento das duplicidades no primeiro nível informatizado.

Ademais, a natureza observacional do estudo e o uso de dados secundários anonimizados impedem a inferência de relações causais e limitam a análise aprofundada de fatores individuais associados ao comportamento suicida. A análise temporal, baseada em métodos não paramétricos e em uma série histórica relativamente curta, pode não captar integralmente variações mais complexas ao longo do tempo. Por fim, não foi possível avaliar aspectos qualitativos do processo de notificação, como as percepções dos profissionais e os fluxos institucionais, que poderiam contribuir para uma compreensão mais abrangente das fragilidades identificadas na vigilância da violência autoprovocada.

A articulação entre a avaliação da qualidade dos dados e as análises epidemiológicas permitiu construir um diagnóstico mais amplo da violência autoprovocada em Manaus. Os achados demonstram que o fortalecimento da vigilância depende tanto do reconhecimento do perfil e da tendência dos casos quanto do aprimoramento das informações produzidas pelos serviços de saúde. Estudos futuros poderão aprofundar, em investigações específicas, a qualidade dos dados segundo os diferentes ciclos de vida, com atenção aos adolescentes, à população LGBTQIAPN+ e a outros grupos socialmente vulnerabilizados, bem como segundo os serviços ou unidades notificadoras.

Os achados deste estudo possuem relevância direta para a Enfermagem, especialmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde, dos serviços de urgência e emergência e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), nos quais os profissionais frequentemente constituem o primeiro ponto de contato com pessoas em sofrimento psíquico e em situação de violência autoprovocada. A caracterização do perfil epidemiológico das vítimas permite subsidiar a prática clínica e o planejamento do cuidado, favorecendo a identificação precoce de fatores de

risco, o reconhecimento de grupos vulneráveis e a implementação de intervenções mais qualificadas, seguras e humanizadas. Nesse contexto, a Enfermagem assume papel estratégico na escuta qualificada, no acolhimento e na continuidade do cuidado, contribuindo para a prevenção de recorrências e para a redução de desfechos fatais.

Além disso, a análise da qualidade dos dados de notificação reforça o papel da Enfermagem na vigilância em saúde, evidenciando a responsabilidade desses profissionais na produção de informações confiáveis e oportunas. O adequado preenchimento das fichas de notificação deve ser compreendido como parte integrante do cuidado e não como uma atividade meramente burocrática, uma vez que subsidia o planejamento de ações, a formulação de políticas públicas e a alocação de recursos em saúde. Assim, os resultados deste estudo contribuem para o fortalecimento da prática baseada em evidências, para a qualificação da educação permanente em saúde e para o aprimoramento da organização das redes de atenção e da gestão do cuidado em saúde mental.

REFERÊNCIAS

- ADUAMA, Philipa Osafo *et al.* Sistema de Informação de Agravos de Notificação: qualidade dos dados sobre violência referentes ao Espírito Santo, Brasil, 2011 a 2018. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 27, e75080, 2025.
- AGUIAR, Renata Aguilhera *et al.* Tentativa de suicídio: prevalência e fatores associados entre usuários da Atenção Primária à Saúde. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 71, n. 2, p. 133-140, 2022.
- AMAZONAS. Secretaria de Estado de Saúde. **Lar Rosa Blaya comemora cinco anos**. Manaus: SES-AM, 2019. Disponível em: <https://www.saude.am.gov.br/lar-rosa-blaya-comemora-cinco-anos/>. Acesso em: 24 jul. 2026.
- AMAZONAS. Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas - Dra. Rosemary Costa Pinto. **Amazonas intensifica sistema de Vigilância de Violências e Acidentes a partir de unidades de saúde notificadoras**. Manaus: FVS-RCP, 17 fev. 2023. Disponível em: https://www.fvs.am.gov.br/noticias_view/7698. Acesso em: 24 jul. 2026.
- AMAZONAS. Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas - Dra. Rosemary Costa Pinto. **Situação epidemiológica da violência autoprovocada e suicídio no estado do Amazonas, 2023**. Manaus: FVS-RCP, 2024. Ano 3, n. 8. Disponível em: <https://www.fvs.am.gov.br/boletim-epidemiologico-anteriores?page=1>. Acesso em: 24 jul. 2026.
- ANDRADE, C. M. *et al.* Violência Interpessoal e Autoprovocada: Caracterização dos Casos Notificados em Uma Regional de Saúde do Paraná. **Cogitare Enfermagem**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 1-14, 2020. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362020000100324. Acesso em: 24 jul. 2026.
- ARAGÃO, C. DE M. C. D.; MASCARENHAS, M. D. M. Tendência temporal das notificações de lesão autoprovocada em adolescentes no ambiente escolar, Brasil, 2011-2018. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 31, n. 1, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/7GYNC3qmJRyzPVNXJLcvvyb/>. Acesso em: 24 jul. 2026.
- ARAÚJO, E. M. S.; MOREIRA, T. B.; ALBUQUERQUE, R. N. **Atitudes frente ao comportamento suicida entre os acadêmicos de enfermagem**. 2021. Relatório de Pesquisa. Centro Universitário de Brasília. DOI: <https://doi.org/10.5102/pic.n0.2019.7581>.
- ARAÚJO, J. A. P. *et al.* Suicide Among Indigenous Peoples In Brazil from 2000 to 2020. **The Lancet Regional Health - Americas**, Amsterdam, v. 26, 2023. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X\(23\)00165-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(23)00165-5/fulltext). Acesso em: 24 jul. 2026.
- ARAÚJO, R. M. de; LARA, D. R. More than words: The association of childhood emotional abuse and suicidal behavior. **European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists**, v. 37, p. 14-21, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.04.002>.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Suicídio: informando para prevenir**. Brasília: ABP/CFM, 2014. Disponível

em: https://www.cvv.org.br/wp-content/uploads/2017/04/livro_2014_suicidio_informando_para_prevenir.pdf. Acesso em: 24 jul. 2026.

BAHIA, Camila Alves *et al.* Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 9, p. 2841-2850, 1 set. 2017.

BALLARD, Elizabeth D. *et al.* Recent medical service utilization and health conditions associated with a history of suicide attempts. **General Hospital Psychiatry**, v. 36, n. 4, p. 437-441, 2014.

BATTY, G. D. *et al.* Psychosis alters association between IQ and future risk of attempted suicide: cohort study of 1,109,475 Swedish men. **BMJ**, Londres, v. 340, p. c2506, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20522657/>. Acesso em: 24 jul. 2026.

BERTOLETE, J. M.; MELLO-SANTOS, C.; BOTEAGA, N. J. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. S87-S95, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/tF7BMYsc7sT53qQd5hWrPt/>. Acesso em: 24 jul. 2026.

BOTEAGA, Neury José. **Crise suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015. E-book.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 24 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**: Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. 64 p. (Série E. Legislação de Saúde, n. 8).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Instrução Normativa nº 2, de 22 de novembro de 2005**. Regulamenta as atividades da vigilância epidemiológica referentes à coleta, ao fluxo e à periodicidade de envio de dados da notificação compulsória de doenças por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/int0002_22_11_2005.html. Acesso em: 24 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 1.876, de 14 de agosto de 2006**. Institui as Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html. Acesso em: 24 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.356, de 23 de junho de 2006**. Institui incentivo aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para a Vigilância de Acidentes e Violências em Serviços Sentinela, com recursos da Secretaria de Vigilância em Saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 26 jun. 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Roteiro para uso do Sinan Net, análise da qualidade e cálculo de indicadores epidemiológicos e operacionais: caderno geral**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. 4. reimp. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 72 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011**. Define as doenças de notificação compulsória, os agravos e os eventos de saúde pública de notificação imediata no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 18, p. 37-39, 26 jan. 2011a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html. Acesso em: 24 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 30 dez. 2011b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 24 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 108, p. 27-30, 9 jun. 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html. Acesso em: 24 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 32, p. 23, 18 fev. 2016a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html. Acesso em: 24 jul. 2026.

BRASIL. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. **O Sinan**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em: <https://portalsinan.saude.gov.br/o-sinan>. Acesso em: 24 jul. 2026.

BRASIL. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. **Violência interpessoal/autoprovocada**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016c. Disponível em: <https://portalsinan.saude.gov.br/violencia-interpessoal-autoprovocada>. Acesso em: 24 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva: instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016d. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovo cada_2ed.pdf. Acesso em: 24 jul. 2026.

BRASIL. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. **Funcionamento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: <https://portalsinan.saude.gov.br/funcionamentos>. Acesso em: 24 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/notificacao_violencias_interpessoais_autoprovocadas.pdf. Acesso em: 24 jul. 2026.

BRASIL. **Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019**. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 29 abr. 2019a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/113819.htm. Acesso em: 24 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Qualidade dos dados de notificação de violência interpessoal e autoprovocada, Brasil - 2016**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019b. (Boletim Epidemiológico, v. 50, n. 8).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Roteiro para uso do Sinan Net, análise da qualidade da base de dados e cálculo de indicadores epidemiológicos e operacionais: violência interpessoal/autoprovocada**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019c. Disponível em: http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Violencia/CADERNO_ANALISE_SINAN_Marco_2019_V1.pdf. Acesso em: 24 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Mortalidade por suicídio na população indígena no Brasil, 2015 a 2018. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, DF, v. 51, n. 37, p. 1-10, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2020/boletim-epidemiologico-vol-51-no37/view>. Acesso em: 24 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, DF, v. 52, n. 33, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf/view. Acesso em: 24 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. **Criando esperança por meio da ação: 10/9 - Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022a. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/criando-esperanca-por-meio-da-acao-10-9-dia-mundial-de-prevencao-ao-suicidio-2/>. Acesso em: 24 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a->

informacao/acoes-e-programas/caps/raps/arquivos/dados-da-rede-de-atencao-psicossocial-raps.pdf. Acesso em: 24 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. 5. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Panorama dos suicídios e lesões autoprovocadas no Brasil de 2010 a 2021. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, DF, v. 55, n. 4, 2024a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2024/boletim-epidemiologico-volume-55-no-04.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Unidades de saúde mental no estado do Amazonas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024b. Disponível em: https://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade_Listar.asp?VTipo=70&VListar=1&VEstado=13&VMun=&VSubUni=&VComp=00. Acesso em: 24 jul. 2026.

CAETANO DA SILVA, A. J. *et al.* Violência autoprovocada em um estado do nordeste Brasileiro: série histórica. **Nursing (São Paulo)**, v. 24, n. 274, p. 5347-5356, 2021. DOI: <https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i274p5347-5356>.

CAINE, Eric D. Forging an agenda for suicide prevention in the United States. **American Journal of Public Health**, v. 103, n. 5, p. 822-829, 10 maio 2013.

CANETTO, S. S.; SAKINOFSKY, I. The gender paradox in suicide. **Suicide & Life-Threatening Behavior**, v. 28, n. 1, p. 1-23, 1998. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9560163/>. Acesso em: 24 jul. 2026.

CARMONA-NAVARRO, M. C.; PICHARDO-MARTÍNEZ, M. C. Attitudes of nursing professionals towards suicidal behavior: influence of emotional intelligence. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 6, p. 1161-1168, nov./dez. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000600019>.

CASHMORE, J.; SHACKEL, R. Gender Differences in the Context and Consequences of Child Sexual Abuse. **Current Issues in Criminal Justice**, v. 24, n. 1, p. 75-104, jul. 2014. Disponível em: <https://ssrn.com/abstract=2487639>. Acesso em: 24 jul. 2026.

CASTELLVÍ, P. *et al.* Exposure to violence, a risk for suicide in youths and young adults. A meta-analysis of longitudinal studies. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 135, n. 3, p. 195-211, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1111/acps.12679>.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (U.S.). Updated Guidelines for Evaluating Public Health Surveillance Systems: Recommendations from the Guidelines Working Group. **MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report**, Atlanta, GA, v. 50, n. 13, p. 1-35, 2001. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5013a1.htm>. Acesso em: 24 jul. 2026.

CHANDLER, Amy. Boys don't cry? Critical phenomenology, self-harm and suicide. **Sociological Review**, v. 67, n. 6, p. 1350-1366, 1 nov. 2019.

CIULLA, Leandro *et al.* Suicide risk in the elderly: Data from Brazilian public health care program. **Journal of Affective Disorders**, v. 152-154, n. 1, p. 513-516, 1 jan. 2014.

CLEARY, Anne. **The gendered landscape of suicide**. Cham: Palgrave Macmillan, 2019.

COELHO, A. C. V. D. *et al.* Analysis of notifications of repeat violence in women in the state of Ceará-Sinan, 2014-2019. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 14, e411101422178, 2021. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i14.22178>.

COELHO, B. M. *et al.* Do Childhood Adversities Predict Suicidality? Findings from the General Population of the Metropolitan Area of São Paulo, Brazil. **PLOS ONE**, v. 11, n. 5, p. 1-18, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155639>.

CORREIA, C. M. *et al.* Psychosocial care for people with suicidal behavior from the perspective of users and health professionals. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, e03643, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019028803643>.

DANTAS, Eder Samuel Oliveira *et al.* Estimates of suicide mortality in women residents in northeast brazilian states from 1996 to 2018. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 10, p. 4795-4804, 2021.

DEVRIES, Karen *et al.* Violence against women is strongly associated with suicide attempts: Evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. **Social Science and Medicine**, v. 73, n. 1, p. 79-86, jul. 2011.

DIAS, E. G. *et al.* Conhecimento do profissional de enfermagem da atenção primária à saúde acerca do comportamento suicida. **Espaço Para a Saúde - Revista de Saúde Pública Do Paraná**, Curitiba, v. 25, p. 1-12, 2024. DOI: <https://doi.org/10.22421/1517-7130/es.2024v25.e994>.

DURKHEIM, Émile. **Suicide: a study in sociology**. Tradução de John A. Spaulding e George Simpson. Glencoe: Free Press, 1951.

DURKHEIM, Émile. **O suicídio**. Tradução de Alex Marins. São Paulo: Martin Claret, 2005.

FATTAH, N.; LIMA, M. S. de. Perfil epidemiológico das notificações de violência autoprovocada de 2010 a 2019 em um estado do sul do Brasil. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, p. 65-74, dez. 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762020000400009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 24 jul. 2026.

FERREIRA, Iarlla Silva; MOREIRA, Karla de Abreu Peixoto; RODRIGUES, Francisca Alice Cunha; OLIVEIRA, Jocélia Maria de; MELO, Thaissa Pinto de; MEIRELES, Carolyn Gonçalves Rodrigues. Perfil epidemiológico dos casos notificados de sífilis congênita em uma maternidade de Fortaleza-CE. **Cadernos ESP**, Fortaleza, v. 12, n. 2, p. 9-17, 2018. Disponível em: <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/137>. Acesso em: 24 jul. 2026.

FERREIRA, Juliete Vaz; OLIVEIRA, Fernando Virgílio Albuquerque de. Qualidade das notificações de violência interpessoal e autoprovocada: análise transversal dos registros de Fortaleza, 2015-2018. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, e33020412, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202533020412>.

FITZPATRICK, Scott J. *et al.* Men, suicide, and family and interpersonal violence: A mixed methods exploratory study. **Sociology of Health and Illness**, v. 44, n. 6, p. 991-1008, 1 jun. 2022.

FONSECA, Ana Carolina de Souza; MARIN, Angela Helena. Violência Autoprovocada no Brasil: Caracterização dos Casos Notificados entre 2009 e 2021. **Revista Psicologia e Saúde**, Londrina, v. 14, n. 3, p. 131-146, 2023. Disponível em: <https://pssaucdb.emnuvens.com.br/pssa/article/view/2005>. Acesso em: 24 jul. 2026.

FONTÃO, M. C. *et al.* Cuidado de enfermagem às pessoas atendidas na emergência por tentativa de suicídio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 6, p. 2199-2205, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0219>.

FREITAS, A. P. A.; BORGES, L. M. Do acolhimento ao encaminhamento: o atendimento às tentativas de suicídio nos contextos hospitalares. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 22, n. 1, p. 50-60, mar. 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/261/26155061006.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2026.

GIRIANELLI, Vania Reis; CORDEIRO, Georgia Thais Lima. Inconsistências nas notificações de violência no estado do Rio de Janeiro de 2015 a 2021. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 47, n. esp. 1, e8948, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-28982023E18948P>.

GOMES, E. R.; IGLESIAS, A.; CONSTANTINIDIS, T. C. Revisão integrativa de produções científicas da Psicologia sobre comportamento suicida. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 11, n. 2, p. 35-53, 2019. DOI: <https://doi.org/10.20435/pssa.v11i2.616>.

GOMES, J. da S. *et al.* Perfil epidemiológico de suicídios e lesões autoprovocadas em Goianésia do Pará (2018-2023). **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 25, n. 5, p. e20501, 2025. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/20501>. Acesso em: 24 jul. 2026.

GUIMARÃES, Camila Mendonça *et al.* Ideação suicida e tentativa de suicídio na população LGBTQIA+: uma revisão sistemática. In: LIMA, D. B. *et al.* **Psicologia e saúde: pesquisa, aplicações e estudos interdisciplinares**. v. 2. Salvador: Devires, 2022. p. 84-101. DOI: <https://doi.org/10.37885/220910285>.

HAGHIRI, Hamideh *et al.* Notifiable Diseases Surveillance System with a Data Architecture Approach: a Systematic Review. **Acta Informatica Medica**, v. 27, n. 4, p. 268, 2019.

IKEDA, Robin *et al.* Improving National Data Systems for Surveillance of Suicide-related Events. **American journal of preventive medicine**, v. 47, n. 3 Suppl 2, p. S122, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Área territorial brasileira 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023a.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2022: população e domicílios: primeiros resultados**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023b. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 24 jul. 2026.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas da população residente para os municípios e para as unidades da Federação brasileiros**,

com data de referência em 1º de julho de 2024. Rio de Janeiro: IBGE, 2024. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-2020-estimativas-da-populacao.html>. Acesso em: 24 jul. 2026.

JAWORSKI, Katrina. **The gender of suicide: knowledge production, theory and suicidology**. New York: Routledge, 2016.

JORDAN, Ana; CHANDLER, Amy. Crisis, what crisis? A feminist analysis of discourse on masculinities and suicide. **Journal of Gender Studies**, v. 28, n. 4, p. 462-474, 19 maio 2019.

KARAKAYA, D.; ÖZPARLAK, A.; ÖNDER, M. Suicide literacy in nurses: A cross-sectional study. **Journal of Clinical Nursing**, v. 32, n. 1-2, p. 115-125, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.16205>.

KHAN, Anisur Rahman; SHIMUL, S. M. Anowarul Kayes; ARENDSE, Najuwa. Suicidal behaviour and the coronavirus (COVID-19) pandemic: Insights from Durkheim's sociology of suicide. **International Social Science Journal**, v. 71, n. S1, p. 7-21, 1 nov. 2021.

KISHI, Y. *et al.* Attitudes of Japanese nursing personnel toward patients who have attempted suicide. **General Hospital Psychiatry**, v. 33, p. 393-397, jul./ago. 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21762837/>. Acesso em: 24 jul. 2026.

KRUG, E.G. *et al.* **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9241545615>. Acesso em: 24 jul. 2026.

LARA, J. M. *et al.* Avaliação do sistema de vigilância epidemiológica da leptospirose em Campinas, São Paulo, 2007 a 2014. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 201-208, abr./jun. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/w7vzBMSYrR98cwhdV6Hj8xx/>. Acesso em: 24 jul. 2026.

LIBA, Y. H. A. O. *et al.* Percepções dos profissionais de enfermagem sobre o paciente pós-tentativa de suicídio. **Journal Health NPEPS**, Tangará da Serra, v. 1, n. 1, 2016. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/1437>. Acesso em: 24 jul. 2026.

MANAUS. Secretaria Municipal de Saúde. **Centro de Atenção Psicossocial - CAPS**. Manaus: SEMSA, 2022. Disponível em: <https://semsa.manaus.am.gov.br/centro-de-atencao-psicossocial-caps/>. Acesso em: 24 jul. 2026.

MANN, J. J.; ARANGO, V. Integration of neurobiology and psychopathology in a unified model of suicidal behavior. **Journal of Clinical Psychopharmacology**, Baltimore, v. 12, n. 2, p. 2S-7S, 1992.

MARCOLAN, João Fernando. For a public policy of surveillance of suicidal behavior. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 5, p. 2343-2347, 2018.

MASCAYANO, F. *et al.* Suicide in Latin America: a growing public health issue. **Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba**, Córdoba, v. 72, n. 4, p. 295-303, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27107280/>. Acesso em: 24 jul. 2026.

MCDONALD, K. *et al.* Trends in method-specific suicide in Brazil from 2000 to 2017. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 56, p. 1779-1790, 29 mar. 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33782727/>. Acesso em: 24 jul. 2026.

MELEIRO, A. M. A. S.; CORRÊA, H. Suicide and suicidality in women. In: MELEIRO, A. M. A. S.; CORRÊA, H. **Women's mental health: a clinical and evidence-based guide**. 1. ed. Cham: Springer Nature, 2020. p. 17-29.

MELEIRO, A. M. A. S.; TENG, C. T.; WANG, Y. P. **Suicídio: estudos fundamentais**. São Paulo: Segmento Farma, 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; CAVALCANTE, Fatima Gonçalves. Estudo compreensivo sobre suicídio de mulheres idosas de sete cidades brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 12, p. 2405-2415, dez. 2013.

MIRANDA, R. B. M. *et al.* A atuação dos profissionais da atenção primária à saúde no atendimento às demandas de comportamento suicida. **Enciclopédia Biosfera**, Goiânia, v. 20, n. 46, p. 4, 2023. Disponível em: <https://www.conhecer.org.br/enciclop/2023D/a%20atuacao.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2026.

MIRET, Marta *et al.* Differences Between Younger and Older Adults in the Structure of Suicidal Intent and Its Correlates. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 18, n. 9, p. 839-847, 1 set. 2010.

MORAIS, L. J. de *et al.* Análise das notificações de violência autoprovocada no território brasileiro entre 2009 e 2018. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 29, n. 1, p. 11-15, 2022. Disponível em: <https://ahs.famerp.br/index.php/ahs/article/view/2192>. Acesso em: 24 jul. 2026.

MUNIZ, Bruna Ariella Aguiar; DANTAS, Ana Lúcia Mota; SANTANA, Mauricéa Maria de. Notificação de violência infantojuvenil: percepção dos profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 20, p. e00620196, 2022.

NAGAFUCHI, T. **A urgência do debate sobre o suicídio das pessoas LGBTQIA+:** experiência e subjetividade. REBEH, São Paulo, 2019. Disponível em: <https://revistas.unilab.edu.br/index.php/rebeh/article/view/229/162>. Acesso em: 24 jul. 2026.

NANDINI, N.; CHAUBE, N.; DAHIYA, M. S. Psychological review of suicide stories of celebrities: The distress behind contentment. **Indian Journal of Health and Wellbeing**, Nova Délhi, v. 9, n. 2, p. 280-285, 2018.

NAVARRO, Raquel Maria; SALIMO, Zeca Manuel; SCHWEICKARDT, Júlio Cesar. A história da política de saúde mental no Amazonas: da institucionalização à reforma psiquiátrica. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 14, p. e5914, 24 mar. 2025.

NG, Q. X. *et al.* Early life sexual abuse is associated with increased suicide attempts: An update meta-analysis. **Journal of Psychiatric Research**, v. 99, p. 129-141, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.02.001>.

NIEDERKROTENTHALER, T. *et al.* Association of Increased Youth Suicides in the United States With the Release of 13 Reasons Why. **JAMA Psychiatry**, v. 76, n. 9, p. 933, 1 set. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31141094/>. Acesso em: 24 jul. 2026.

O'BRIEN, Denise; TIFFANY, Sharon W. (ed.). **Rethinking women's roles: perspectives from the Pacific**. Berkeley: University of California Press, 1984.

O'CONNELL, Henry *et al.* Recent developments: Suicide in older people. **The BMJ**, v. 329, n. 7471, p. 895, 16 out. 2004.

OLIVEIRA, Ricardo Alves de; MORAIS, Marina Rodrigues; SANTOS, Roniery Correia. O comportamento suicida no pronto-socorro de um hospital de urgências: percepção do profissional de Enfermagem. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Belo Horizonte, v. 23, n. 2, p. 51-64, 2020. Disponível em: <https://revistasbph.emnuvens.com.br/revista/article/view/117>. Acesso em: 24 jul. 2026.

OLIVEIRA ALVES, F. J. *et al.* The rising trends of self-harm in Brazil: an ecological analysis of notifications, hospitalisations, and mortality between 2011 and 2022. **The Lancet Regional Health - Americas**, v. 31, e100691, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2024.100691>.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Campanha da ONU busca conscientizar população sobre prevenção ao suicídio**. Nações Unidas no Brasil, 2017. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/77555>. Acesso em: 24 jul. 2026.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Uma em cada 100 mortes ocorre por suicídio, revelam estatísticas da OMS**. OPAS/OMS, 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2021-uma-em-cada-100-mortes-ocorre-por-suicidio-revelam-estatisticas-da-oms>. Acesso em: 24 jul. 2026.

ORTIZ, P.; KHIN, E. Traditional and new media's influence on suicidal behavior and contagion. **Behavioral Sciences & the Law**, v. 36, n. 2, p. 245-256, mar. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29659071/>. Acesso em: 24 jul. 2026.

PANTOJA, C. do S. M. *et al.* Métodos de suicídio e padrões epidemiológicos em um estado da Amazônia legal. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 25, p. e19496, 2025. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/19496>. Acesso em: 24 jul. 2026.

PARSONS, Talcott. **The social system**. Glencoe: Free Press, 1951.

PÁSCOA, F. R. B. *et al.* Análise da consistência dos bancos de dados das arboviroses em uma Unidade de Saúde em Fortaleza-CE. **Revista de Saúde Digital e Tecnologias Educacionais**, v. 3, n. 4, p. 18-31, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufc.br/resdite/article/view/39698>. Acesso em: 24 jul. 2026.

PEREIRA, G. de S. *et al.* Perfil epidemiológico das vítimas de violência autoprovocada de 2009 a 2019. **Revista Interdisciplinar de Saúde e Educação**, v. 4, n. 1, p. 26-40, 2023. Disponível em: <https://periodicos.baraodemaua.br/index.php/cse/article/view/428>. Acesso em: 24 jul. 2026.

PEREIRA, I. da S.; LEMOS, M. F.; MIRANDA, R. B. M.; LUCCHESI, R. A percepção dos profissionais de saúde na atenção básica sobre o suicida. **Revista Delos**, [S. l.], v. 18, n. 66, e4829, 2025. DOI: <https://doi.org/10.55905/rdelosv18.n66-120>.

PEREIRA, R. da S. *et al.* Tentativa de suicídio em indígenas no estado do Amazonas, Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 23, n. 10, p. e14860, 2023. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/14860>. Acesso em: 24 jul. 2026.

PINHEIRO, Thayse De Paula; WARMLING, Deise; COELHO, Elza Berger Salema. Characterization of suicide attempts and self-harm by adolescents and adults notified in Santa Catarina, Brazil, 2014-2018. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, n. 4, p. e2021337, 3 dez. 2021.

PINTO, Liana Wernersbach *et al.* Evolução temporal da mortalidade por suicídio em pessoas com 60 anos ou mais nos estados brasileiros, 1980 a 2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 1973-1981, ago. 2012.

PORTELA DE AZEVEDO, A.; SILVA DE ALMEIDA, L. F.; MOURA DA CUNHA, S. M. Violências interpessoais e autoprovocadas no Amazonas referentes a um período retrospectivo de cinco anos. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, [S. l.], v. 6, n. 10, p. 4577-4588, 2024. DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n10p4577-4588>.

POSNER, K. *et al.* Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. **American Journal of Psychiatry**, v. 164, n. 7, p. 1035-1043, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.7.1035>.

QUEIROZ, A. C. C.; OLIVEIRA, C. R. de; SANTOS, J. C. dos; MOTA, L. da C.; CUNHA, L. K. R. A.; COELHO, P. D. L. P.; FIGUEIREDO, S. N.; SANTOS, E. B. dos. Análise descritiva do perfil de casos notificados de violência por causas externas do tipo interpessoal/autoprovocada no Amazonas, período 2017 a 2022. **Caderno Pedagógico**, [S. l.], v. 20, n. 10, p. 4331-4344, 2023. DOI: <https://doi.org/10.54033/cadpedv20n10-002>.

RAPELI, C. B.; BOTEAGA, N. J. Clinical profiles of serious suicide attempters consecutively admitted to a university-based hospital: a cluster analysis study. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 285-289, 2005.

RIBEIRO ALVES, Mário. Lesões autoprovocadas em indígenas residentes no estado do Amazonas, Amazônia brasileira, 2010-2021. **Cadernos UniFOA**, Volta Redonda, v. 19, n. 54, p. 1-12, 2024. DOI: <https://doi.org/10.47385/cadunifoa.v19.n54.4441>.

RIVER, Jo; FLOOD, Michael. Masculinities, emotions and men's suicide. **Sociology of health & illness**, v. 43, n. 4, p. 910-927, 1 maio 2021.

RIYADI, S.; TEGUH, P. **Asuhan keperawatan jiwa**. 1. ed. Yogyakarta, Indonésia: Graha Ilmu, 2009.

ROBERTSON, Michael. Books Reconsidered: Emile Durkheim, Le Suicide. **Australasian Psychiatry**, v. 14, n. 4, p. 365-368, dez. 2006.

RODRIGUES, Cássio D. *et al.* Trends in suicide rates in Brazil from 1997 to 2015. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 41, n. 5, p. 380-388, 1 set. 2019.

RODRIGUES, N. A.; MARINHO FERNANDES DA SILVA, L. Autolesão não suicida na adolescência: uma revisão narrativa. **Revista Psicoatualidades**, [S. l.], v. 2, n. 1, p. 48-56,

2023. Disponível em:

<https://periodicosfacesf.com.br/index.php/Psicoatualidades/article/view/268>. Acesso em: 24 jul. 2026.

ROMERO, D. E.; CUNHA, C. B. da. Avaliação da qualidade das variáveis sócio-econômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Brasil (1996/2001). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 673-684, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000300022>.

RONNINGSTAM, Elsa; WEINBERG, Igor; MALTSBERGER, John T. Psychoanalytic theories of suicide: historical overview, empirical evidence, and clinical applications. In: WASSERMAN, Danuta; WASSERMAN, Camilla (ed.). **Oxford textbook of suicidology and suicide prevention**. 2. ed. Oxford: Oxford University Press, 2021. p. 147-158. DOI: <https://doi.org/10.1093/med/9780198834441.003.0020>.

RUSSELL, S. T.; FISH, J. N. Sexual minority youth, social change, and health: a developmental collision. **Research in Human Development**, v. 16, p. 5-20, 2019.

SANTOS, Cristian Kelly Costa *et al.* Avaliação do sistema de vigilância da violência autoprovocada e caracterização dos casos notificados na macrorregião de saúde Leste de Minas Gerais, 2019-2023. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 34, p. e20240754, 27 out. 2025.

SANTOS, D. C. R. *et al.* Atitudes profissionais em relação ao comportamento suicida na Atenção Primária à Saúde: um estudo quase-experimental. **Texto Contexto Enferm**, v. 31, e20210350, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0350pt>.

SANTOS, E. G. O. *et al.* O olhar do enfermeiro emergencista ao paciente que tentou suicídio: estudo exploratório. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 16, n. 1, p. 6-16, mar. 2017. DOI: <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20175416>.

SANTOS, Odilon Vieira *et al.* Violência autoprovocada nos dois anos de maior restrição da pandemia de covid-19: estudo transversal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 77, p. e20240289, 2024.

SCHEIBE, S.; LUNA, I. J. Elaboração de diretrizes para atendimento hospitalar de tentativas de suicídio na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 3, p. 863-874, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/K9spvp9Yc6P99c8ZLgwrYVc/?lang=pt>. Acesso em: 24 jul. 2026.

SCHMUTTE, Timothy *et al.* Deliberate self-harm in older adults: A national analysis of US emergency department visits and follow-up care. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 34, n. 7, p. 1058-1069, 1 jul. 2019.

SCOURFIELD, Jonathan *et al.* Sociological autopsy: An integrated approach to the study of suicide in men. **Social Science and Medicine**, v. 74, n. 4, p. 466-473, fev. 2012.

SFAIR, M. M. *et al.* Epidemiologia e padrões de comportamento suicida em um estado da região Amazônica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 25, p. e19653, 2025. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/19653>. Acesso em: 24 jul. 2026.

SILVA, Aline Conceição *et al.* Characteristics of surveillance systems for suicide and self-harm: A scoping review. **PLOS Global Public Health**, v. 4, n. 7, p. e0003292, 2 jul. 2024.

SILVA, Daniel Augusto da; MARCOLAN, João Fernando. Tentativa de suicídio e suicídio no Brasil: análise epidemiológica. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 54, n. 4, e181793, 2021. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2021.181793>.

SILVA, I. G. P. *et al.* Perception and performance of the nursing team in caring for patients with suicide behavior. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v. 44, n. 1, p. e58112, 2022.

SILVA, P. de F.; NÓBREGA, M. do P. S. de S.; OLIVEIRA, E. de. Conhecimento da equipe de enfermagem e agentes comunitários sobre o comportamento suicida. **Journal of Nursing UFPE On Line**, v. 12, n. 1, p. 112-117, 2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/322201573_Conhecimento_da_equipe_de_enfermagem_e_agentes_comunitarios_sobre_o_comportamento_suicida. Acesso em: 24 jul. 2026.

SILVA, S. K. de A.; LIMA, B. L. de; BARBOSA, D. A. M.; LIMA, M. A. M. de; BANDEIRA, T. D.; SANTOS, I. H. O. L.; SILVA, A. S. R. da; SIMONETI, R. A. A. de O. Óbitos por causas externas no Brasil: um estudo ecológico temporal de 2014 a 2018. **Brazilian Journal of Development**, [S. l.], v. 7, n. 7, p. 67049-67059, 2021. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n7-128>.

SILVA FILHO, O. C. DA; MINAYO, M. C. DE S. Comportamento suicida em adolescentes: desafios e reflexões para os pediatras brasileiros. **Adolescência & Saúde**, v. 15, n. 4, p. 68-72, dez. 2018. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/comportamento-suicida-em-adolescentes-desafios-e-reflexoes-para-os-pediatras-brasileiros/>. Acesso em: 24 jul. 2026.

SORATTO, Maria Tereza; AGUIAR, Elaine Bortolin Pereira de; CERETTA, Luciane Bisognin. Os desafios enfrentados pela equipe de enfermagem no atendimento ao paciente com tentativa de suicídio. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**, [S. l.], v. 4, n. 1, p. 68-82, 2015. DOI: <https://doi.org/10.33362/ries.v4i1.342>.

SOUSA, Cyntia Meneses de Sá *et al.* Incompletude do preenchimento das notificações compulsórias de violência - Brasil, 2011-2014. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 28, n. 4, p. 477-487, dez. 2020.

SOUSA, G. S. *et al.* Revisão de literatura sobre suicídio na infância. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 3099-3110, set. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/txydxpxdvnKtFhXWCJJxwxP/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 24 jul. 2026.

SOUSA, K. A.; FERREIRA, M. G. S.; GALVÃO, E. F. C. Assistência multidisciplinar à saúde nos casos de ideação suicida infantojuvenil: limites operacionais e organizacionais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, p. e20190459, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/Rfp9TFptFMjMmyNyJJp64Gz/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 24 jul. 2026.

SOUZA, Vitor Guilherme Lima de; NASCIMENTO, Samara Etelvina Rodrigues do; MARIA, Dandara Brandão; BALIEIRO, Antonio Alcirley da Silva; FONSECA, Fernanda Rodrigues. Análise espaço-temporal de lesões autoprovocadas em adolescentes no Amazonas

no período de 2017 a 2022. **Hygeia – Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, e73358, 2024. DOI: <https://doi.org/10.14393/Hygeia73358>

STONE, D. M.; JONES, C. M.; MACK, K. A. Changes in Suicide Rates - United States, 2018-2019. **MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 70, n. 8, p. 261-268, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8344989/>. Acesso em: 24 jul. 2026.

SUN, F. K.; LONG, A.; BOORE, J. The attitudes of casualty nurses in Taiwan to patients who have attempted suicide. **Journal of Clinical Nursing**, v. 16, n. 2, p. 255-263, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01479.x>.

TAVARES, L. C. A. **Violência autoprovocada entre adolescentes no Brasil e políticas públicas de prevenção**. Jornal Tribuna, 2022. Disponível em: <https://jornaltribuna.com.br/2022/08/violencia-autoprovocada-entre-adolescentes-no-brasil-e-politicas-publicas-de-prevencao/>. Acesso em: 24 jul. 2026.

TODESHKCHUEI, G. G.; MOLAEINEZHAD, M.; TODESHKCHUEI, S. G. Psychosocial factors associated with suicidal behavior among Iranian women: A meta-analysis. **Advanced Biomedical Research**, Isfahan, v. 7, n. 1, p. 8, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29930926/>. Acesso em: 24 jul. 2026.

VIANA, A. V. M.; ANTUNES, L. M. de S. T.; TEIXEIRA, E. H. M.; NASCIMENTO, T. A. de B.; ALVES, R. A. L.; QUEIROZ, M. de O.; PEREIRA, P. G.; CAIRES, N. C. M.; MOYSÉS, R. P. C.; MARTINS, F. M. Políticas públicas de acesso à saúde mental no estado do Amazonas: um estudo de revisão da literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, [S. l.], v. 7, n. 5, p. e73247, 2024. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv7n5-303>.

WASSERMAN, D. The suicidal process. In: WASSERMAN, D. **Suicide: an unnecessary death**. 2. ed. Oxford: Oxford University Press, 2016. p. 27-37. Disponível em: <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=2430531>. Acesso em: 24 jul. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Rapport mondial sur la violence et la santé**. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2002. 360 p. Disponível em: <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9241545615>. Acesso em: 24 jul. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. 10. rev. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Plano de ação para a saúde mental 2013-2020**. Genebra: World Health Organization, 2013. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>. Acesso em: 24 jul. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide: a global imperative**. Geneva: World Health Organization, 2014. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>. Acesso em: 24 jul. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Suicide and self-harm**. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2019a. Disponível em:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333478/WHOEMMNH224E-eng.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Suicide in the world: global health estimates**. Geneva: World Health Organization, 2019b. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/suicide-in-the-world>. Acesso em: 24 jul. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries**. Geneva: World Health Organization, 2021a. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629>. Acesso em: 24 jul. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental Health Atlas 2020**. Geneva: World Health Organization, 2021b. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>. Acesso em: 24 jul. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Suicide worldwide in 2019: global health estimates**. Geneva: World Health Organization, 2021c. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>. Acesso em: 24 jul. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Training manual for surveillance of suicide and self-harm in communities via key informants**. Geneva: World Health Organization, 2022. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/365481>. Acesso em: 24 jul. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Child maltreatment**. Geneva: World Health Organization, 2024. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>. Acesso em: 24 jul. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Suicide**. Geneva: World Health Organization, 2025. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>. Acesso em: 24 jul. 2026.

YARD, Ellen *et al.* Emergency Department Visits for Suspected Suicide Attempts Among Persons Aged 12-25 Years Before and During the COVID-19 Pandemic - United States, January 2019-May 2021. **MMWR. Morbidity and mortality weekly report**, v. 70, n. 24, p. 888-894, 18 jun. 2021.

YEP, Gust A. The violence of heteronormativity in communication studies: notes on injury, healing, and queer world-making. **Journal of homosexuality**, v. 45, n. 2-4, p. 11-59, 23 set. 2003.

YOSEP, I. **Keperawatan Jiwa**. 1. ed. Bandung, Indonésia: Refika Aditama, 2007.

ZAMINELI DE LIMA, G.; ALVES DE MORAES, M. A. Cuidado às pessoas que tentam suicídio atendidas em emergência hospitalar: uma revisão integrativa. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 11, n. 27, p. 543-560, 2023. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/574>. Acesso em: 24 jul. 2026.

ZATTI, C. *et al.* The association between traumatic experiences and suicide attempt in patients treated at the Hospital de Pronto Socorro in Porto Alegre, Brazil. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, v. 42, n. 1, p. 64-73, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2018-0112>.

ZHANG, Wei *et al.* Does disability predict attempted suicide in the elderly? A community-based study of elderly residents in Shanghai, China. **Aging & mental health**, v. 20, n. 1, p. 81-87, 2 jan. 2016.



APÊNDICE A - Termo de Compromisso de Utilização De Dados (TCUD)



UFAM

**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO – PROPESP
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE MANAUS – EEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PPGENF
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ EM ASSOCIAÇÃO AMPLA COM
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS – UEPA/UFAM**

TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD)

Eu, **SUELEM MACIEL DO NASCIMENTO**, no âmbito do projeto de pesquisa intitulado **“VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA EM MANAUS, AMAZONAS: ESTUDO DESCRITIVO DOS CASOS E ANÁLISE DA QUALIDADE DAS FICHAS DE NOTIFICAÇÃO”**, comprometo-me com a utilização dos dados contidos no banco de dados de acesso restrito do projeto, a fim de obtenção dos objetivos previstos, e somente após receber a aprovação do sistema CEP-CONEP, quando for o caso. Comprometo-me a manter a confidencialidade dos dados coletados nos bancos, bem como com a privacidade de seus conteúdos.

Esclareço que os dados a serem coletados se referem a dados clínicos e laboratoriais, no período de **01/01/2015 a 31/12/2024**.

Declaro entender que é minha a responsabilidade de cuidar da integridade das informações e de garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas.

Também é minha a responsabilidade de não repassar os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, a pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Por fim, comprometo-me com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida. Qualquer outra pesquisa em que eu precise utilizar as informações coletadas será submetida a uma nova apreciação do CEP, quando necessário.

Manaus, 01 de setembro de 2025.

Suelem Maciel do Nascimento

Assinatura do pesquisador responsável

APÊNDICE B - Artigo original, produto desta dissertação, intitulado “Perfil epidemiológico das vítimas de violência autoprovocada em Manaus, Amazonas”

doi.org/10.51891/rease.v12i3.25312

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA EM MANAUS, AMAZONAS

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF VICTIMS OF SELF-HARMED VIOLENCE IN MANAUS, AMAZONAS

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE VÍCTIMAS DE AUTOLESIONES EN MANAUS, AMAZONAS

Suelem Maciel do Nascimento¹
Nathalia França de Oliveira²

RESUMO: O objetivo deste estudo foi analisar o perfil epidemiológico dos casos de violência autoprovocada registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação em Manaus, Amazonas, entre 2015 a 2024. Trata-se de um estudo descritivo, transversal realizado com dados secundários referentes a casos de violência autoprovocada na cidade. Para a análise de dados foi utilizado o software Jamovi, aplicada estática descritiva e analítica com o teste Qui-quadrado, resíduo padronizado, taxa de notificação de violência autoprovocada pelo número de habitantes e o teste de correlação e coeficiente de Tau Kendall. Houve aumento dos casos durante o período estudado, com o alcance do ápice durante o último ano. A maioria das vítimas foram mulheres (69,1%), adolescentes (46,1%), pardas (78,2%), solteiros (51,4%), estudantes (25,0%) no ensino médio (26,1%), sem diagnóstico prévio de transtorno (56,8%). Os casos ocorreram na residência (83,7%), a noite (24,9%), eram reincidências (43,4%) e o foram envenenamentos (47,2%). As unidades notificadoras foram instituições públicas de saúde (98,9%) de nível de atenção secundário (48,4%). O perfil epidemiológico identificado foi semelhante ao encontrado em outras regiões do país e mundo, foi evidenciado a fragilidade dos dados notificados e a invisibilidade de grupos vulneráveis.

1

Palavras chaves: Comportamento autodestrutivo. Tentativa de suicídio. Suicídio. Vigilância em Saúde Pública. Epidemiologia.

ABSTRACT: The objective of this study was to analyze the epidemiological profile of cases of self-harmed violence registered in the Notifiable Diseases Information System in Manaus, Amazonas, between 2015 and 2024. This is a descriptive, cross-sectional study conducted with secondary data referring to cases of self-harmed violence in the city. For data analysis, the Jamovi software was used, applying descriptive and analytical statistics with the Chi-square test, standardized residual, notification rate of self-harmed violence per number of inhabitants, and the correlation test and Kendall's Tau coefficient. There was an increase in cases during the study period, reaching its peak during the last year. Most of the victims were women (69.1%), adolescents (46.1%), mixed race (78.2%), single (51.4%), students (25.0%), in high school (26.1%), without a prior diagnosis of disorder (56.8%). The cases occurred at home (83.7%), at night (24.9%), were repeat offenses (43.4%), and were poisonings (47.2%). The reporting units were public health institutions (98.9%) at the secondary level of care (48.4%). The epidemiological profile identified was similar to that found in other regions of the country and the world, highlighting the fragility of the reported data and the invisibility of vulnerable groups.

Keywords: Self-destructive behavior. Suicide attempt. Suicide. Public Health Surveillance. Epidemiology.

¹Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGEinf), Universidade Federal do Amazonas (UFAM).

²Orientadora. Doutora em saúde coletiva. Universidade do Estado do Amazonas.



RESUMEN: El objetivo de este estudio fue analizar el perfil epidemiológico de los casos de autolesiones registrados en el Sistema de Información de Enfermedades de Declaración Obligatoria en Manaus, Amazonas, entre 2015 y 2024. Se trata de un estudio descriptivo transversal realizado con datos secundarios sobre casos de autolesiones en la ciudad. Para el análisis de datos se utilizó el software Jamovi, aplicando estadística descriptiva y analítica con la prueba de chi-cuadrado, residuos estandarizados, tasa de notificación de autolesiones por número de habitantes, y la prueba de correlación y el coeficiente tau de Kendall. Se observó un incremento de casos durante el periodo de estudio, alcanzando su punto máximo durante el último año. La mayoría de las víctimas eran mujeres (69,1%), adolescentes (46,1%), mestizas (78,2%), solteras (51,4%), estudiantes (25,0%), en edad escolar (26,1%) y sin diagnóstico previo de trastorno (56,8%). Los casos ocurrieron en el hogar (83,7%), de noche (24,9%), fueron reincidentes (43,4%) y por envenenamiento (47,2%). Las unidades notificadoras fueron instituciones de salud pública (98,9%) de nivel secundario de atención (48,4%). El perfil epidemiológico identificado fue similar al encontrado en otras regiones del país y del mundo, lo que pone de manifiesto la fragilidad de los datos notificados y la invisibilidad de los grupos vulnerables.

Palabras clave: Comportamiento autodestructivo. Intento de suicidio. Suicidio. Vigilancia de la salud pública. Epidemiología.

INTRODUÇÃO

A Violência Autoprovocada (VA) é aquela destinada contra si próprio, a vítima é também o agressor e este causa ferimento ou se prejudica a fim de lidar com o estresse emocional ou enfraquecimento mental, além de proporcionar alívio imediato do sofrimento, —² frequentemente relacionado à ocorrência de transtornos mentais. Segundo o Ministério da Saúde, a Violência Autoprovocada (VA) engloba o Comportamento Suicida (CS), além outras formas de Lesão Autoprovocada (LA) (BRASIL, 2016a; RODRIGUES; SILVA, 2023).

A LA diz respeito a atos de automutilação não vinculados ao objetivo de óbito, enquanto o CS está associado a atos conscientes e deliberados realizados por um indivíduo com a intenção de acabar com a própria vida. Este último é considerado como um fluxo cronológico de ações, que começa na ideação, passa pelo planejamento, evolui para tentativas recorrentes cada vez mais letais, até culminar no suicídio consumado, esse processo é individual e influenciado por fatores cognitivos, comportamentais, de personalidade, padrões familiares e aspectos socioculturais (WASSERMAN, 2016; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019).

No mundo, estima-se que mais de 700.000 mortes anuais sejam decorrentes do suicídio, representando quase 10 óbitos por 100.000 habitantes, ou uma morte a cada 40 segundos. Além de ser a 17ª principal causa de morte ao longo da vida, destaca-se como a quarta principal causa de óbito entre jovens de 15 a 29 anos. Esses dados alarmantes podem estar subnotificados,



indicando que as taxas reais de suicídio podem ser ainda maiores (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021).

No Brasil, entre os anos de 2010 e 2019, ocorreram 112.230 mortes por suicídio, com aumento de 43% no número anual de mortes, de 9.454 em 2010, para 13.523 em 2019, a taxa de suicídio também aumentou de 4,3 por 100.000 habitantes para 6,4 por 100.000 habitantes. Regionalmente, o Norte ocupa o terceiro lugar em taxa de mortalidade por suicídio (6,28 por 100.000 habitantes), atrás das regiões Centro-Oeste (8,3 por 100.000 habitantes) e Sul (10,41 por 100.000 habitantes) (BRASIL, 2021).

No Amazonas, foram registrados 332 óbitos por suicídio somente em 2023, com uma taxa de mortalidade de 7,8 por 100.000 habitantes, representando um aumento de 12% em relação a 2022 (6,7 por 100.000 habitantes). A Regional do Alto Solimões apresentou a maior taxa de mortalidade por suicídio em 2023 (21,8 casos por 100.000 habitantes), seguida pelas regionais Rio Juruá (10,6 casos por 100.000 habitantes) e Baixo Amazonas (9,3 casos por 100.000 habitantes). A Regional Manaus, Entorno e Alto Rio Negro registrou a maior proporção de óbitos (53,9%), sendo a sexta com maior taxa de mortalidade (AMAZONAS, 2024).

A ascensão desse tipo de violência a nível local alerta quanto a necessidade de vigilância epidemiológica que pode ser executada através da análise das Notificações Compulsórias (NC) que desempenham importante função para fins de diagnóstico dinâmico de um agravo de saúde pública na população. Por meio dos dados registrados em Sistemas de Informação em Saúde (SIS), como o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), é possível coletar, analisar e interpretar dados de saúde a fim de atuar na prevenção e controle de violências, além de possibilitar a identificação de eventos extraordinários que podem impactar a saúde pública (BRASIL, 2016b).

Desde 2011, as violências se tornaram objetivo de NC e em 2014 a Tentativa de Suicídio (TS) é classificada como um agravo de saúde de Notificação Compulsória Imediata (NCI), portanto a comunicação para os órgãos de saúde deve ser realizada em até 24 horas a partir do conhecimento da ocorrência, pelo serviço de saúde que prestar o primeiro atendimento ao paciente (BRASIL, 2016c).

A NC de VA permite a vinculação e acompanhamento da vítima nos serviços de saúde, possibilitando ações para prevenir recidivas ou reentradas por violência, além de incentivar a articulação entre diferentes serviços da rede de atenção para acompanhamento dos casos segundo o nível de complexidade (BRASIL, 2006; 2017).



Ademais, a investigação dos casos, análise e divulgação dos dados relevantes possibilitam conhecer as vítimas e ocorrências, para então, desenvolver e implementar políticas de enfrentamento conforme as especificidades e necessidades nos diferentes contextos. Portanto a vigilância em saúde funciona com dados epidemiológicos para fins de conhecimento da realidade e planejamento de políticas públicas (BRASIL, 2006; 2017).

A elucidação do perfil epidemiológico das vítimas de VA é fundamental para o delineamento de estratégias de enfrentamento imediatas e futuras. Ao compreender as características da população atingida é possível planejar ações eficazes de promoção a saúde e prevenção de violência, desenhar e implementar um fluxo de atendimento funcional e colaborativo entre os diversos serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS), além de aprimorar recursos materiais e principalmente humanos, para responder as demandas futuras relacionadas ao agravo, respeitando as necessidades das vítimas e as particularidades intrínsecas as condições da ocorrência.

Essas medidas de prevenção e enfrentamento se implementadas ainda no período de ascensão do agravo, podem interromper o ciclo da violência e otimizar a resolatividade da assistência as vítimas em todos os aparelhos e níveis de complexidade da RAS, evitando o agravamento do quadro a nível local.

4

Esta pesquisa propõe elucidar o perfil epidemiológico dos casos de VA da população geral do município de Manaus (AM), a fim de: 1) conferir visibilidade a problemática inserida no macro contexto local, que por vezes, assume um papel secundário diante de outros tipos de violência e devido aos tabus vinculados a fatalidade, 2) identificar grupos vulneráveis, potenciais fatores de risco e etiologias envolvidas no adoecimento da população 3) evidenciar o emergente sofrimento das vítimas e famílias, por vezes não acolhidas devido ao despreparo da RAS local 4) expor a urgência da pauta e a necessidade da alocação de recursos para a melhoria do cuidado as vítimas.

Para lograr êxito nessa tarefa, se faz necessário elucidar as características epidemiológicas da população afetada, a fim de descobrir o perfil das vítimas dentro do contexto amazônico, considerando as diferentes particularidades da região. Esta pesquisa busca fornecer informações quanto à violência autoprovocada na cidade de Manaus, com o propósito de evidenciar a realidade enfrentada pelas vítimas assistidas na rede pública e privada, contribuir para o levantamento de dados sobre o agravo na literatura científica e realçar os nuances da VA em vítimas que vivem na cidade.



Em seguida foi explorada a associação entre os períodos de tempo e as variáveis da vítima e da ocorrência por meio do teste Qui-quadrado de Pearson e Qui-quadrado de Fisher considerando significância estatística $< 5\%$ e intervalo de confiança de 95% . A fim de identificar as categorias de associação em cada variável, foi realizada análise de resíduo padronizado do qui-quadrado, com significância ao nível de 5% e resíduos $> 1,96$.

Para calcular a taxa de notificação de violência autoprovocada (por 100 mil habitantes) foi realizada a divisão do número de casos notificados de violência autoprovocada em nos anos de 2015 a 2021 e 2023 a 2024 pela população de Manaus estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), enquanto no ano de 2022 o número de casos notificados foi dividido pelo Censo 2022 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2022).

A partir de então, realizou-se análise de correlação por meio do coeficiente Tau de Kendall para verificar a existência de associação entre os anos da série histórica e a taxa de notificação, com o objetivo de estimar a tendência temporal no período estudado.

Os dados analisados foram coletados de fontes secundárias de bancos de dados de domínio público sem identificação individual preservando assim a privacidade, confidencialidade e anonimato das vítimas portanto ele não se enquadra nos requisitos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/2012 para registro e revisão por Comitês de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.

A análise e a apresentação dos dados não revelam as identidades individuais em nenhuma etapa da pesquisa, portanto garante o cumprimento dos padrões éticos e de sigilo profissional durante todo o processo de pesquisa e divulgação, de acordo com a Resolução CNS 466/12.

A pesquisadora responsável assinou o Termo De Compromisso de Utilização de Dados – TCUD a fim de garantir a confidencialidade dos dados, a privacidade dos conteúdos contidos, a integridade das informações e a utilização do banco de dados apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa.

RESULTADOS

Esse estudo analisou todos os casos notificados de violência autoprovocada durante os anos de 2015 a 2024, contemplando um período de 10 anos de análise. Foram registrados 1752 casos



de violência autoprovocada, destes 391 ocorreram entre os anos de 2015 a 2024 e 1361 ocorreram entre 2020 a 2024.

O sexo mais prevalente entre as vítimas foi o feminino (69,1%) e as faixas etárias mais acometidas foram os adolescentes (46,1%) e os adultos (30,0%) (p-valor <.001), a análise de resíduo padrão demonstrou o aumento significativo em quase todas as faixas etárias quando comparados o primeiro e segundo período de tempo analisado, exceto entre os idosos.

Quanta a raça e/ou cor, o somatório de vítimas pardas se destacou em detrimento das demais (p-valor <.001) em concordância com a composição étnica da população residente na cidade. A maioria das vítimas estava solteira (51,4%) e não gestante (41,7%) resultados estatisticamente significativos em ambos achados (p-valor <.001) que corroboram com os fatores protetores e fatores de risco relacionados a esse tipo de violência.

Em relação ao grau de escolaridade, observou-se uma transição no perfil educacional das vítimas entre os períodos analisados ao longo do tempo decorrido (p-valor <.001). Enquanto no primeiro período a maioria apresentava ensino fundamental (26,1%), o segundo período revelou uma mudança desse panorama, com a predominância de vítimas que possuíam o ensino médio (20,0%). A análise de resíduo padronizado também apontou diferenças significativas entre o primeiro e segundo período de tempo: o número de vítimas consideradas analfabetas diminuiu enquanto o quantitativo de vítimas com ensino médio e superior aumentaram.

7

Essa variável pode ser analisada em paralelo com a variável faixa etária, pois os adolescentes, entre 10 e 19 anos, foram os mais vitimados pela VA e são aqueles que comumente frequentam ambientes escolares entre os graus de escolaridade fundamental e médio.

Entre as vítimas que possuíam diagnóstico secundário de transtorno e/ou deficiência, os transtornos mentais (10,5%) e comportamentais (9,0%) configuraram-se como os mais prevalentes, ressaltando-se que esta variável admite a marcação concomitante de múltiplos transtorno ou deficiência durante o preenchimento da Ficha De Notificação Individual (FNI). Paralelamente, a categoria ocupacional de estudantes destacou-se com 25,0% das vítimas (p-valor <0,05), contudo, tal resultado está fragilizado devido ao elevado índice de inconsistências identificadas como preenchimento incorreto, incompleto, ignorado ou em branco. A seguir, a Tabela 1 contempla as variáveis de estudo relacionadas a vítima.

**Tabela 01** – Características relacionadas as vítimas de violência autoprovocada em Manaus, AM entre os anos de 2015 a 2024. Manaus, AM, 2026.

Sexo	2015-2019			2020-2024			Total		P-valor
	N	%	RP	N	%	RP	N	%	
Feminino	282	72.1	1.458	929	68.3	-1.458	1211	69.1	0.342
Masculino	109	27.9	-1.431	431	31.7	1.431	540	30.8	
IIB	0	0.0	-0.536	1	0.1	0.536	1	0.1	
Faixa etária									P-valor
	N	%	RP	N	%	RP	N	%	
Criança	36	9.2	7.81	19	1.4	-7.81	55	3.1	<.001
Adolescente	212	54.2	3.65	596	43.8	-3.65	808	46.1	
Jovem	57	14.6	-2.20	265	19.5	2.20	322	18.4	
Adulto	76	19.4	-5.18	450	33.1	5.18	526	30.0	
Idoso	9	2.3	1.26	19	1.4	-1.26	28	1.6	
IIB	1	0.3	-1.27	12	0.9	1.27	13	0.7	
Gestante									P-valor
	N	%	RP	N	%	RP	N	%	
Sim	11	2.8	0.70	30	2.2	-0.70	41	2.3	<.001
Não	115	29.4	-5.60	616	45.3	5.60	731	41.7	
Não se aplica	172	44.0	2.54	502	36.9	-2.54	674	38.5	
IIB	93	23.8	3.73	213	15.7	-3.73	306	17.5	
Raça/cor									P-valor
	N	%	RP	N	%	RP	N	%	
Branco	39	10.0	-1.17	165	12.1	1.17	204	11.6	<.001
Preta	12	3.1	1.08	29	2.1	-1.08	41	2.3	
Amarela	0	0.0	-1.70	10	0.7	1.70	10	0.6	
Parda	264	67.5	-5.80	1106	81.3	5.80	1370	78.2	
Indígena	1	0.3	-1.37	13	1.0	1.37	14	0.8	
IIB	75	19.2	11.63	38	2.8	-11.63	113	6.4	
Escolaridade									P-valor
	N	%	RP	N	%	RP	N	%	
Analfabeto	7	1.8	3.63	3	0.2	-3.63	10	0.6	<.001
Fundamental	92	23.5	1.99	258	19.0	-1.99	350	20.0	
Médio	78	19.9	-3.16	380	27.9	3.16	458	26.1	
Superior	14	3.6	-2.19	89	6.5	2.19	103	5.9	
Não se aplica	30	7.7	6.35	21	1.5	-6.35	51	2.9	
IIB	170	43.5	0.47	610	44.8	-0.47	780	44.5	
Situação conjugal									P-valor
	N	%	RP	N	%	RP	N	%	
Solteiro	171	43.7	-3.43	729	53.6	3.43	900	51.4	<.001
Casado/união estável	34	8.7	-2.20	174	12.8	2.20	208	11.9	
Viúvo	0	0.0	-1.61	9	0.7	1.61	9	0.5	
Separado	2	0.5	-1.80	24	1.8	1.80	26	1.5	
Não se aplica	65	16.6	5.48	101	7.4	-5.48	166	9.5	
IIB	119	30.4	2.66	324	23.8	-2.66	443	25.3	
Orientação sexual									P-valor
	N	%	RP	N	%	RP	N	%	
Hétero	156	39.9	-5.51	758	55.7	5.51	914	52.2	<.001
Homossexual	12	3.1	-1.00	57	4.2	1.00	69	3.9	
Bissexual	0	0.0	-3.01	31	2.3	3.01	31	1.8	
Não se aplica	67	17.1	6.68	86	6.3	-6.68	153	8.7	
IIB	156	39.9	3.10	429	31.5	-3.10	585	33.4	



Identidade de gênero	N	%	RP	N	%	RP	N	%	P-valor
Mulher trans	5	1.3	-0.17	19	1.4	0.17	24	1.4	0.958
Homem trans	3	0.8	0.39	8	0.6	-0.39	11	0.6	
Não se aplica	212	54.2	0.07	735	54.0	-0.07	947	54.1	
IIB	171	43.7	-0.09	599	44.0	0.09	770	43.9	
Transtorno/deficiência	N	%	RP	N	%	RP	N	%	P-valor
Sim	81	20.7	-0.28	291	21.4	0.28	372	21.2	0.002
Não	200	51.2	-2.55	795	58.5	2.55	995	56.8	
Não se aplica	1	0.3	1.86	0	0.0	-1.86	1	0.1	
IIB	109	27.9	3.23	275	20.2	-3.23	384	21.9	
Ocupação	N	%	RP	N	%	RP	N	%	P-valor
Desempregado	10	2.6	-1.48	57	4.2	1.48	67	3.8	0.012
Dona de casa	14	3.6	0.89	37	2.7	-0.89	51	2.9	
Estudante	120	30.7	2.94	318	23.4	-2.94	438	25.0	
Outros	25	6.4	-1.69	124	9.1	1.69	149	8.5	
IIB	222	56.8	-1.36	825	60.6	1.36	1047	59.8	
Total	391	100.0%		1361	100.0%		1752	100.0%	

Legendas: IIB= Ignorado, Incorreto, em Branco; RP= Resíduo Padronizado.

Fonte: (Nascimento; Oliveira, 2026) dados extraídos do SINAN/DATASUS.

A maior parte dos casos ocorreu no domicílio da vítima (p-valor <,001), com destaque para o resíduo padronizado que identificou diferenças significativas entre o primeiro e segundo período temporal, houve um aumento de 3,88 do número de casos que ocorreram na residência. A violência se concentrou nos turnos noturno e vespertino, respectivamente (p-valor <,001), mas com um aumento nas ocorrências registradas no período da manhã, quando comparado os anos de 2015-2019 e 2020-2024 (RP >1,96).

Em geral, a notificação não teve relação com o consumo de álcool ou com o trabalho demonstrado pelo p-valor <,001 em ambas as variáveis, porém a maioria dos casos registrados foram reincidentes (p-valor >,001), um importante marcador de agravamento do quadro das vítimas, continuidade do ciclo de violência e possíveis tentativas mais letais que aumentam as chances de desfecho em suicídio consumado.

Quanto à natureza das lesões classificadas segundo o CID-10, prevaleceram as intoxicações exógenas e as autolesões não especificadas (p-valor <,001), com um incremento de 5,33 em casos de intoxicação exógena e 12,2 no segundo período temporal, diferença apontada pelo RP significativo em ambos os meios. Em concordância, o envenenamento foi o meio de agressão mais utilizado (N=827; 47.2%), seguido de objetos cortantes (N=480; 27.4). Abaixo a Tabela 2 expõe as variáveis relacionadas a ocorrência.



Tabela 01 – Características relacionadas a ocorrência de casos de violência autoprovocada em Manaus, AM entre os anos de 2015 a 2024. Manaus, AM, 2026.

Local	2015-2019			2020-2024			Total		P-valor
	N	%	RP	N	%	RP	N	%	
Residência	300	76.7	-4.21	1166	85.7	4.21	1466	83.7	<.001
Escola	7	1.8	1.46	30	2.2	-1.46	37	2.1	
Via pública	16	4.1	-0.50	40	2.9	0.50	56	3.2	
Outros	27	6.9	1.14	68	5.0	-1.14	95	5.4	
IIB	41	10.5	4.77	57	4.2	-4.77	98	5.6	
Turno	N	%	RP	N	%	RP	N	%	P-valor
Manhã	45	11.5	-2.52	228	16.8	2.52	273	15.6	<.001
Tarde	79	20.2	-1.22	315	23.1	1.22	394	22.5	
Noite	101	25.8	0.46	336	24.7	-0.46	437	24.9	
Madrugada	40	10.2	-1.57	180	13.2	1.57	220	12.6	
IBB	126	32.25	4.07	302	22.2	-4.07	428	24.4	
Reincidência	N	%	RP	N	%	RP	N	%	P-valor
Sim	173	44.2	0.39	587	43.1	-0.39	760	43.4	<.001
Não	91	23.3	-4.38	477	35.0	4.38	568	32.4	
IBB	127	32.5	4.33	297	21.8	-4.33	424	24.2	
Motivação	N	%	RP	N	%	RP	N	%	P-valor
Sexismo	11	2.8	2.78	13	1.0	-2.78	24	1.4	<.001
LGBTfobia	3	0.8	1.63	3	0.2	-1.63	6	0.3	
Intolerância religiosa	0	0.0	-0.53	1	0.1	0.53	1	0.1	
Xenofobia	0	0.0	-0.53	1	0.1	0.53	1	0.1	
Conflito geracional	35	9.0	-1.25	152	11.2	1.25	187	10.7	
Situação de rua	0	0.0	-1.07	4	0.3	1.07	4	0.2	



Deficiência	8	2.0	1.59	14	1.0	-1.59	22	1.3	
Outro	94	24.0	-0.93	359	26.4	0.93	453	25.9	
Não se aplica	63	16.1	-2.52	299	22.0	2.52	362	20.7	
IIB	177	45.3	2.64	515	37.8	-2.64	692	39.5	
Uso de álcool	N	%	RP	N	%	RP	N	%	P-valor
Sim	42	10.7	-0.11	149	10.9	0.11	191	10.9	<.001
Não	158	40.4	-7.25	831	61.1	7.25	989	56.4	
IIB	191	48.8	7.75	381	28.0	-7.75	572	32.6	
Relacionado ao trabalho	N	%	RP	N	%	RP	N	%	P-valor
Sim	1	0.3	-0.125	4	0.3	0.125	5	0.3	<.001
Não	328	83.9	-4.20	1242	91.3	4.20	1570	89.6	
IIB	62	15.9	4.28	115	8.4	-4.28	177	10.1	
Circunstância da lesão	N	%	RP	N	%	RP	N	%	P-valor
Agressão sexual	58	14.8	13.71	4	0.3	-13.71	62	3.5	<.001
Enforcamento	27	6.9	-0.89	113	8.3	0.89	140	8.0	
LA não especificada	20	5.1	-6.24	244	17.9	6.24	264	15.1	
Intoxicação exógena	66	16.9	-3.72	354	26.0	3.72	420	24.0	
Objeto cortante	29	7.4	-1.33	131	9.6	1.33	160	9.1	
Outros	27	6.9	-0.80	111	8.2	0.80	138	7.9	
IIB	164	4.56	4.62	404	29.7	-4.56	568	32.4	
Espancamento/fôrça	N	%	RP	N	%	RP	N	%	P-valor
Sim	38	9.7	6.23	35	2.6	-6.23	73	4.2	<.001
Não	308	78.8	-7.43	1253	92.1	7.43	1561	89.1	
IIB	45	11.5	4.27	73	5.4	-4.27	118	6.7	
Enforcamento	N	%	RP	N	%	RP	N	%	P-valor
Sim	50	12.8	1.10	147	10.8	-1.10	197	11.2	<.001



Não	301	77.0	-3.21	1143	84.0	3.21	1444	82.4	
IIB	40	10.2	3.59	71	5.2	-3.59	111	6.3	
Objeto contundente	N	%	RP	N	%	RP	N	%	P-valor
Sím	15	3.8	2.69	22	1.6	-2.69	37	2.1	<.001
Não	329	84.1	-4.83	1256	92.3	4.83	1585	90.5	
IIB	47	12.0	3.94	83	6.1	-3.94	130	7.4	
Objeto cortante	N	%	RP	N	%	RP	N	%	P-valor
Sím	101	25.8	-0.78	379	27.8	0.78	480	27.4	0.001
Não	256	65.5	-0.98	927	68.1	0.98	1183	67.5	
IIB	34	8.7	3.69	55	4.0	-3.69	89	5.1	
Substância quente	N	%	RP	N	%	RP	N	%	P-valor
Sím	11	2.8	2.96	12	0.9	-2.96	23	1.3	<.001
Não	334	85.4	-4.64	1265	92.9	4.64	1599	91.3	
IIB	46	11.8	3.72	84	6.2	-3.72	130	7.4	
Envenenamento	N	%	RP	N	%	RP	N	%	P-valor
Sím	108	27.6	-8.80	719	52.8	8.80	827	47.2	<.001
Não	237	60.6	6.50	572	42.0	-6.50	809	46.2	
IIB	46	11.8	4.64	70	5.1	-4.64	116	6.6	
Arma de fogo	N	%	RP	N	%	RP	N	%	P-valor
Sím	6	1.5	1.85	8	0.6	-1.85	14	0.8	<.001
Não	339	86.7	-4.21	1270	93.3	4.21	1609	91.8	
IIB	46	11.8	3.78	83	6.1	-3.78	129	7.4	
Ameaça	N	%	RP	N	%	RP	N	%	P-valor
Sím	5	1.3	1.21	9	0.7	-1.21	14	0.8	<.001
Não	337	86.2	-4.39	1268	93.2	4.39	1605	91.6	
IIB	49	12.5	4.18	84	6.2	-4.18	133	7.6	



Outros	N	%	RP	N	%	RP	N	%	P-valor
Sim	42	10.7	-0.43	157	11.5	0.43	199	11.4	<.001
Não	283	72.4	-3.99	1111	81.6	3.99	1394	79.6	
IIB	66	16.9	6.09	93	6.8	-6.09	159	9.1	
Total	391	100.0		1361	100.0		1752	100.0	

Legenda: IIB= Ignorado, Incorreto, em Branco; RP= Resíduo Padronizado.
Fonte: (Nascimento; Oliveira, 2026) dados extraídos do SINAN/DATASUS.

Em relação às unidades de saúde notificadoras, é importante conferir destaque ao aumento de casos notificados durante o segundo período temporal, ou seja 2020 a 2024, resultado que expõem a melhora da sensibilidade de detecção da VA pelos serviços de vigilância em saúde, conectado ao aumento dos esforços para evidenciar as notificações de agravos de saúde pública como ação necessária, com impactos diretos para formulação de políticas públicas de enfrentamento.

Foi observado o protagonismo dos estabelecimentos de média e alta complexidade (p-valor <,001) respectivamente, que juntos concentraram 94,7% das notificações de violência autoprovocada, com um aumento de 9,21 dos casos notificados pelos serviços de média complexidade e 1,92 pelos serviços de alta complexidade, achado apontado pelo RP>1,96. Esse achado demonstra a elevada procura da população por esses serviços em situações de LA e TS.

Entre as unidades de média complexidade, o Serviço de Pronto Atendimento (SPA) En^F Eliameme Rodrigues Mady localizado na zona norte da cidade foi a unidade com maior quantitativo de notificações (N=205), seguida pelo Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) Dr. Rogelio Casado Marinho Filho II (n=111), localizado a zona leste de Manaus, AM. Quanto a alta complexidade, o destaque foi o Hospital e Pronto Socorro 28 de Agosto, importante serviço de referência em urgência e emergência localizado na zona sul, com 171 notificações, seguido do Hospital e Pronto Socorro Dr. João Lúcio Pereira Machado, referência em emergências traumáticas e neurológicas, localizado na zona leste da cidade, com 134 casos notificados. Em relação aos serviços de saúde primária ou de baixa complexidade, a Unidades de Saúde da Família (USF) St. Antônio e a USF Dr. Jose Figliuolo tiveram o maior volume de notificações com 3 casos notificados em ambas as unidades.



Durante o período de 2015 a 2024, a rede pública de saúde notificou 98,9% do total de 1752 casos de violência autoprovocada e apenas 20 casos (1,1%) foram notificados por unidades de saúde privadas. A Tabela 03 expõem os resultados encontrados quanto as unidades notificadoras, classificadas segundo o nível de complexidade em saúde.

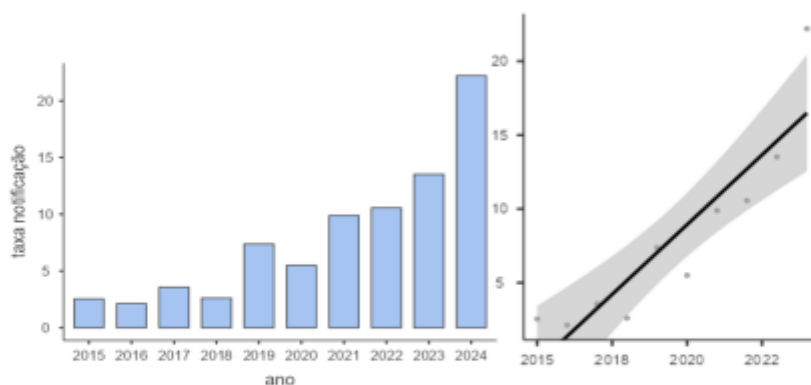
Tabela 03 – Unidades notificadoras dos casos de violência autoprovocada, classificadas segundo o nível de complexidade, Manaus, AM, 2026.

Unidade/nível de complexidade	2015-2019			2020-2024			Total		
	N	%	RP	N	%	RP	N	%	P-valor
Baixa	11	2.8	1.41	23	1.7	-1.41	34	1.9	<.001
Média	83	21.2	-12.19	765	56.2	12.19	848	48.4	
Alta	277	70.8	11.04	534	39.2	-11.04	811	46.3	
Distrito de saúde	20	5.1	2.35	37	2.7	-2.35	57	3.3	
IIB	0	0.0	-0.75	2	0.1	0.75	2	0.1	
Total	391	100.0%		1361	100.0%		1752	100.0%	

Legendas: IIB= Ignorado, Incorreto, em Branco; RP= Resíduo Padronizado.
Fonte: (Nascimento; Oliveira, 2026) dados extraídos do SINAN/DATASUS.

A partir da Figura 1 observou-se correlação positiva muito forte entre os anos de análise da pesquisa e as taxas de notificação de violência autoprovocada (Tau-b de Kendall = 0,867; $p < 0,001$), indicando tendência temporal crescente estatisticamente significativa no período analisado. A análise gráfica corroborou o achado inferencial, evidenciando incremento progressivo das taxas com ápice em 2024.

Figura 1 – Gráfico de tendência e taxa de notificação de violência autoprovocada ao longo do período analisado. Manaus, AM, 2026.



Fonte: (Nascimento; Oliveira, 2026) dados extraídos do SINAN/DATASUS.

DISCUSSÃO

Durante a década analisada, observou-se uma ascensão expressiva nas notificações de VA, com um aumento de 9,54% entre o primeiro e o último ano do período. Esse incremento sugere duas hipóteses principais: o fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica, que conferiu maior sensibilidade à detecção e ao registro de casos, ou um agravamento real da saúde mental da população local. É possível, ainda, que ambos os cenários tenham ocorrido de forma concomitante.

15

Diante da ascensão do agravo, é relevante analisar os achados encontrados em paralelo com eventos extraordinários ou desastres relacionados a população estudada como foi vivenciado entre os anos de 2020 a 2023, pela pandemia do SARS-CoV-2 que trouxe consigo não apenas desafios de natureza sanitária, mas também impactos profundos na saúde mental das pessoas ao redor do mundo. A interação complexa entre os efeitos diretos e indiretos da pandemia contribuiu para o agravamento dos problemas de saúde mental e a expressão de comportamentos autodestrutivos (GUNNELL et. al, 2020)

Entre os achados desta pesquisa é possível identificar um crescimento gradual nas taxas de VA anualmente, porém esse cenário é agravado após 2020. Nos anos seguintes as taxas obtidas foram cada vez maiores com o ápice em 2024 (Figura 1). Diversos fatores podem ter colaborado para tal desfecho como a crise econômica desencadeada pelo cenário pandêmico que contribuiu para a perda de empregos, a redução de renda e a insegurança financeira; ou fatores



relacionados a saúde pessoal e de familiares, além do medo da doença e da morte (CZEILER et. al, 2020).

Especificamente em Manaus-AM, a pandemia da Covid-19 obteve um desdobramento extra, pois a cidade foi o epicentro da crise de desabastecimento de oxigênio. Nos primeiros dias de janeiro de 2021, mais de 1.600 pessoas foram vitimadas pelo novo corona vírus, esse total é superior ao somatório de óbitos de abril a dezembro do ano passado, já no final do mês, o total de óbitos chegou a mais de 7 mil. A falta de oxigênio nos hospitais, de leitos destinados a cuidados intensivos e a chegada de uma nova variante mais transmissível foram fatores que culminaram em um cenário de tragédia local que fez inúmeras vítimas (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2021). Essas condições de calamidade pública podem ter levado ao agravamento do adoecimento mental da população, resultando no pico de notificações de lesões autoprovocadas e tentativas de suicídio em 2024, um ano após o fim da pandemia.

Entre as vítimas mais atingidas estão adolescentes (p-valor <,001) do sexo feminino (69,1%) (Tabela 01), reconhecidos fatores de risco para a VA segundo a literatura. SOUZA et. al (2024), encontrou resultado semelhantes ao desta pesquisa ao constatar que em todo o Amazonas, entre os anos de 2017 a 2022, foram registrados 2924 casos notificados de VA e deste total 1242 eram vítimas adolescentes, representando 42% do total de casos notificados. Das características analisadas, houve predomínio do sexo feminino (64%) e raça/cor parda (59%, n=727) seguido por indígena (30%).

16

É possível identificar que o perfil epidemiológico da capital assume característica de amostra da população do estado, pois os resultados desta pesquisa estão em concordância com os encontrados nos demais municípios do Amazonas.

Como pertencer a essa faixa etária adolescente é reconhecidamente um fator de risco mundialmente e há a notável ascensão desse agravo a nível municipal (Figura 01) ações de prevenção a violência, promoção e manutenção a saúde mental devem ser intensificadas e expandidas, para o alcance das vítimas em sofrimento seja em espaços físicos, como escolas, centros de convivência e outros, ou em ambientes virtuais.

Quanto a predominância de vítimas do sexo feminino, o maior número de tentativas de suicídio entre mulheres (69,1%) é um padrão bem estabelecido na literatura e que foi replicado neste estudo (Tabela 01). Apesar disso, a VA atingi ambos os sexos, pois as mulheres são a maioria entre os casos de tentativa de suicídio em todos os países, mas os homens são aqueles que mais alcançam o desfecho de óbito por suicídio. Isso acontece devido ao meio de agressão



escolhido pelas vítimas, as mulheres optam por métodos menos violentos como intoxicação exógena, enquanto os homens lançam mão de meios mais letais como o enforcamento e arma de fogo (MENDES et al., 2021).

Neste estudo as 78.2% das vítimas foram consideradas pardas. Embora a maior prevalência de violência autoprovocada neste grupo seja estatisticamente esperada devido a composição étnica local formada por uma população majoritariamente parda (69,6%), a interpretação desses dados exige cautela (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022).

Apesar de preencher apenas 0,8% da população de casos notificados neste estudo, os povos originários são uma população de risco para a VA. A taxa média de suicídio consumado entre indígenas é 2,9 vezes maior que entre brancos e 3,1 vezes maior que entre negros, sobretudo entre jovens (BRASIL, 2020). Outro estudo com fonte de dados secundários no estado do Amazonas identificou que, entre 2017 a 2022, 30% das vítimas de VA eram indígenas (Souza et al., 2024)

Ainda sobre barreiras de acessibilidade e invisibilidade de grupos vulneráveis, é relevante destacar a fragilidade no preenchimento dos campos relativos à identidade de gênero (43.9%) e a orientação sexual (33.4%) nos resultados desta pesquisa (Tabela 01), campos estes considerados obrigatórios em casos de vítimas maiores de 10 anos (BRASIL, 2016a).

17

Essa ausência de informações impossibilita o dimensionamento do agravo na população Lésbica, Gay, Bissexual, Transgênero/Travesti, Queer, Intersexo, Assexual, Pansexual, Não-Binária E Outros (LGBTQIAPN+), além de retardar a formulação de políticas públicas voltadas para a saúde mental desse público e distanciar um importante grupo de risco, historicamente exposto a preconceito e discriminação, de ações de promoção e prevenção de saúde pública.

A fragilidade na notificação de casos tem impactos importantes no conhecimento do fenômeno no país. Segundo Andrade et al. (2020) a subnotificação e comprometimento da qualidade do preenchimento das FNI podem ser interpretados como uma forma de violência coletiva, pois se não há dados que comprovem a existência e as necessidades das vítimas não haverá insumos para investimento político, econômico e social.

Diante do elevado número de variáveis não preenchidas entre os resultados deste estudo, é imperativo a implementação de ações educativas por parte do Sistema de Vigilância em Saúde (SVS) a fim de capacitar, engajar e requerir aos profissionais de saúde a notificarem os casos de violência, seja ela interpessoal ou autoprovocada.



Se a maioria dos dados for comprometida, a análise do perfil sociodemográfico da população torna-se impraticável. Essa lacuna impede o diagnóstico dinâmico e a extração de indicadores essenciais para o planejamento estratégico, a definição de prioridades e o monitoramento das intervenções vigentes, impedindo a vigilância epidemiológica de cumprir seu propósito fundamental, assumindo um caráter (Ministério da saúde, 2016a).

Como exemplo desse cenário, é possível observar a variável motivação da violência (Tabela 02), em que os dados considerados IIB representaram 39,5% do total, alcançando o maior quantitativo dessa variável. Este é um importante indicador para a compreensão do contexto em que as vítimas estão inseridas e demais agravantes relacionados à piora da saúde mental, que foi inviabilizado por falhas no preenchimento das notificações.

No tocante a ocupação, os estudantes (25,0%) foram a maioria entre os dados preenchidos, esse achado pode ser correlacionado com a faixa etária mais atingida e com o nível de escolaridade predominante encontrados neste estudo. Vítimas adolescentes, entre 10 a 19 anos, estudantes cursando ensino fundamental ou médio podem sofrer diversos tipos de violências em ambiente escolar.

Em geral, as instituições escolares deveriam ser um espaço seguro para crianças e adolescentes, contudo, o propósito de acolhimento é impedido pela ausência de mecanismos funcionais de controle da violência física e psicológica no ambiente escolar, resultando na reprodução de atos violentos dentro das escolas e consequentemente no acréscimo de traumas à vivência dos alunos (AGUIAR, 2024).

A maioria dos casos de VA ocorreu nas residências (83,7%) das vítimas. Esse resultado evidencia o espaço doméstico como um local de vulnerabilidade em situações de sofrimento psíquico, por vezes não percebido pela rede de apoio (SILVA; MOREIRA, 2025). E quando não há rede apoio ou familiar, esse achado conversa com a variável estado civil, na qual neste estudo predominou vítimas solteiras (51.4%). Sabe-se que o estado civil pode atuar como fator protetor ou de risco para o comportamento suicida, que se manifesta mais comumente entre indivíduos solteiros, divorciados e viúvos (SILVA; MARCOLAN, 2021).

O isolamento domiciliar, a ausência de rede de apoio e a solidão contribuem para um mesmo fim: o isolamento social. Descrito como um estado em que contatos interpessoais e relacionamentos estão comprometidos ou são inexistentes, essa situação de solidão e desamparo contribui particularmente para uma maior taxa de suicídio entre indivíduos idosos, tendo em



vista que o envelhecimento é acompanhado pela perda de relações interpessoais e de cônjuges (MOTILLON-TOUDIC et al., 2022).

No que tange aos métodos de agressão e às circunstâncias da lesão, observa-se uma convergência nos achados desta pesquisa ao apontar a intoxicação exógena como o meio mais prevalente de VA (47.29%) (Tabela 02).

Diante dos resultados, assume caráter de urgência a implementação estratégias para o uso racional de medicamentos juntamente a medidas de proteção aos grupos vulneráveis. É papel da vigilância sanitária intensificar o controle sobre a venda ilegal de pesticidas, além de integrar o manejo do uso deliberado de fármacos às políticas públicas de prevenção (SOARES et. al, 2025).

No tocante a rede de atenção à saúde o protagonismo notável das unidades de média e alta complexidade em detrimento do reduzido total de casos notificados pela Atenção Primária a Saúde (APS) (Tabela 03), retoma reflexões sobre as diferentes portas de entrada do usuário ao SUS. Em casos de TS, o ponto inicial do acolhimento a vítima deveria ser a APS, o secundário seria a Atenção Psicossocial Estratégica como o Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e por fim, o terciário seria a Atenção Hospitalar mediada pelos Hospitais Gerais de Urgência e Emergência (STOPPA et. al., 2021).

19

O monitoramento das violências é diverso no país, mas há a presença marcante da notificação das violências sobretudo pelas unidades hospitalares, o que pode ser explicado por serem referências no tratamento de traumas frequentemente associadas a violências. Paralelamente, a subnotificação na atenção primária é justificada pela alta rotatividade dos profissionais, aspecto que prejudica a continuidade da capacitação e da atualização para o entendimento do agravo de violência (AVANCI et. al, 2025)

Apesar dos desafios é mandatório o aprimoramento da vigilância epidemiológica na APS a fim de sanar as fragilidades expostas nesse estudo, pois a APS é considerada a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem como foco a promoção da saúde e a prevenção de agravos (AVANCI et. al, 2025)

Os serviços de saúde privada demonstraram um quantitativo ínfimo de notificações na última década (N=20 1,1%). Esse resultado evidencia fragilidades éticas e legais dos serviços privados de saúde, pois além de demonstrar ausência de engajamento com o combate a VA também oculta casos que são de notificação obrigatória e imediata, essa lacuna na qualidade da



informação resulta na invisibilidade do problema real pelos gestores de saúde (AVANCI et. al, 2025).

O perfil epidemiológico evidenciado neste estudo reforça uma importante e rápida reorganização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com enfoque no fortalecimento das ações da APS, com engajamento dos gestores de saúde de intuições públicas e privadas de todos os níveis de atenção em saúde, a fim de atender as necessidades das vítimas de forma resolutiva, promover saúde mental, mitigar os casos de violência e de reincidência, para o alcance desses desdobramentos são necessária ações de treinamento direcionado para abordagem e cuidados em saúde de vítimas de VA além da capacitação dos profissionais envolvidos na notificação de eventos e agravos.

O crescimento apontado pelas autoras tende a persistir em projeções futuras se ações com enfoque voltado para os grupos vulneráveis não forem implementadas.

Este estudo apresentou algumas limitações o uso de fonte de dados secundários sujeitos ao preenchimento de terceiros; a subnotificação que invisibiliza um quantitativo expressivo de casos que sequer chegaram aos serviços de saúde; o elevado percentual de dados ignorados, em branco ou incorretos que comprometem a análise do panorama epidemiológico em sua magnitude completa e ainda; o viés de detecção pós pandemia, por se tratar de um evento extraordinário que impactou nos achados encontrados. Recomenda-se, portanto, estudos de campos relacionados a temática.

20

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo identificou o perfil epidemiológico de vítimas de violência autoprovocada, em um período de uma década, na cidade de Manaus (AM) notificados no SINAN. A maioria das vítimas foram mulheres, adolescentes entre 10 a 19 anos, pardas, não gestantes, solteiros, estudantes cursando ou com o ensino médio completo, heterossexuais, sem diagnóstico prévio de transtorno ou deficiência atrelado a vítima.

Esse perfil epidemiológico foi semelhante ao encontrado em outras regiões do país e pode ser um importante direcionamento para o planejamento de ações de enfrentamento a violência além de criação de políticas públicas.

Os achados evidenciam o impacto pós pandêmico sobre a saúde mental da população residente na cidade e apontam a fragilidade das notificações em relação a grupos vulneráveis como a população LGBTQIAPN+.



Quanto as características da ocorrência, as vítimas cometeram os atos violentos majoritariamente em seus domicílios, durante o período noturno. Os casos de VA não estavam relacionados ao trabalho ou uso de álcool, foram considerados violências de repetição e o meio de agressão mais utilizado foi a intoxicação exógena. Os achados relativos ao cenário em que a VA ocorreu auxiliam na caracterização do caso e aspectos que precipitaram ou corroboraram com a ocorrência da violência.

Durante a década analisada foi identificado um incremento expressivo no número de casos com ápice no ano de 2024, essa curva de crescimento pode estar relacionada ao período pandêmico e seus desdobramentos na saúde física e mental da população residente na cidade. Diante do panorama epidemiológico visto, o engajamento dos gestores e saúde para o combate a VA é necessário a fim de promover treinamento aos profissionais de saúde que prestam assistência a vítima, capacitação voltada para o preenchimento adequado das notificações, ações de prevenção a VA e promoção a saúde mental.

Uma porcentagem ínfima de casos foi notificada por intuições de saúde privada exigindo ações que transformem esse cenário, sejam elas educativas ou legais, pois a ocultação dos casos de VA que recorrem aos serviços de saúde privada para cuidados de saúde leva a vieses e impossibilita o diagnóstico real do agravo na cidade.

21

FINANCIAMENTO

Este estudo foi financiado pela Fundação de Amparo em Pesquisa do Estado Amazonas (FAPEAM).

REFERÊNCIAS

AGUIAR, M. Reflexões sobre violência em ambiente escolar. *Revista Científica do UBM*, v. 26, n. 50, p. 139-147, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.52397/rcubm.v26i50.1807>. Acesso em: 16 fev. 2026.

AMAZONAS. Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas - Dra. Rosemary Costa Pinto (FVS-RCP). *Boletim Epidemiológico: situação epidemiológica da violência autoprovocada e suicídio no estado do Amazonas*, 2023. Manaus: FVS-RCP, 2024. Disponível em: https://www.fvs.am.gov.br/media/publicacao/Boletim_n.17_Viol%C3%Aancia-Autoprovocada_2023_2.pdf. Acesso em: 23 fev. 2026.

ANDRADE, et al. Violência interpessoal e autoprovocada: Caracterização dos casos notificados em uma regional de saúde do Paraná. *Cogitare Enfermagem*, v. 25, e67571, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/ce.v25i0.67571>. Acesso em: 16 dez. 2025.



AVANCI, J. Q.; OLIVEIRA, Q. B. M.; ASSIS, S. G. Ações de vigilância das violências em serviços da atenção primária, hospitalar e de reabilitação no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 30, n. 3, e17372024, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232025303.17372024>. Acesso em: 13 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.876, de 14 de agosto de 2006. Institui as Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html. Acesso em: 16 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Viva: instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovoada. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf. Acesso em: 12 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. SINANWEB - O Sinan. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em: <https://portalsinan.saude.gov.br/o-sinan>. Acesso em: 20 dez. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública. Brasília, DF: Diário Oficial da União, n. 32, p. 23, 18 fev. 2016c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prto204_17_02_2016.html. Acesso em: 21 dez. 2025.

22

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Notificação de violências interpessoais e autoprovoadas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/notificacao_violencias_interpessoais_autoprovocadas.pdf. Acesso em: 14 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Mortalidade por suicídio na população indígena no Brasil, 2015 a 2018. *Boletim Epidemiológico*, v. 51, p. 1-7, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf.4. Acesso em: 23 jan. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovoadas no Brasil. *Boletim Epidemiológico*, v. 52, n. 33, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf/view. Acesso em: 23 fev. 2026.

CZEILER, M. É. et al. Mental health, substance use, and suicidal ideation during the COVID-19 pandemic: United States. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report*, v. 69, n. 32, p. 1049-1057, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6932a1>. Acesso em: 23 fev. 2026.



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Saúde mental na pandemia: Pesquisa revela que 80% da população brasileira sente impactos. Informe ENSP, 12 maio 2021. Disponível em: <https://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/50926>. Acesso em: 01 fev. 2026

GUNNELL, D. et al. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, v. 7, n. 6, p. 468-471, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30171-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30171-1). Acesso em: 05 jan. 2026

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Panorama do Censo 2022. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/?localidade=BR>. Acesso em: 05 dez. 2025.

MENDES, M. V. C. et al. Analysis of factors associated with the risk of suicide in a Brazilian capital: Cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 19, n. 1, 432, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph19010432>. Acesso em: 05 mar. 2026.

MOTILLON-TOUDIC, C. et al. Social isolation and suicide risk: Literature review and perspectives. *European Psychiatry*, v. 65, n. 1, e27, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.17>. Acesso em: 03 mar. 2026.

POSIT TEAM. RStudio: Integrated development environment for R. Versão 4.2.1. Posit Team, 2022. Disponível em: <https://www.posit.co/>. Acesso em: 01 dez. 2025.

RODRIGUES, N. A.; SILVA, L. M. F. Autolesão não-suicida na adolescência: uma revisão narrativa. *Rev Psicoatualidades*, v. 2, n. 1, p. 48-56, 2023. Disponível em: <https://periodicosfacesf.com.br/index.php/Psicoatualidades/article/view/268>. Acesso em: 01 mar. 2026.

23

SILVA, D. A. D.; MARCOLAN, J. F. Suicide attempts and suicide in Brazil: An epidemiological analysis. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, v. 29, n. 3, p. 294-302, 2021.

SILVA, V. J. A.; MOREIRA, R. J. O. Perfil epidemiológico das mortes por suicídio nas regiões do Brasil dos anos de 2014 a 2023. *Revista Foco*, v. 18, n. 10, e7433, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v18n10-184>. Acesso em: 02 mar. 2026.

SOARES, A. B. et al. Tentativas de suicídio por intoxicação exógena no Brasil, 2012-2022: Uma revisão integrativa. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 38, p. 1-13, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/18061230.2025.14865>. Acesso em: 04 mar. 2026.

SOUZA, V. G. L. et al. Análise espaço-temporal de lesões autoprovocadas em adolescentes no Amazonas no período de 2017 a 2022. *Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, e73358, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.14393/Hygeia73358>. Acesso em: 04 mar. 2026.

STOPPA, R. G.; WANDERBROOKE, A. C. N. S.; AZEVEDO, A. V. S. Profissionais de saúde no atendimento ao usuário com comportamento suicida no Brasil: Revisão sistemática. *Revista Psicologia e Saúde*, v. 13, n. 2, p. 173-190, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.20435/pssa.vi.752>. Acesso em: 10 mar. 2026.



THE JAMOVİ PROJECT. jamovi. Versão 2.6. The jamovi project, 2024. Disponível em: <https://www.jamovi.org>. Acesso em: 12 dez. 2025.

WASSERMAN, D. (ed.). Suicide: an unnecessary death. 2. ed. Oxford: Oxford University Press, 2016. p. 27-37.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Suicide worldwide in 2019: global health estimates. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>. Acesso em: 14 dez. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Regional Office for the Eastern Mediterranean. Suicide and self harm. Cairo: WHO, 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333478/WHOEMMNH224E-eng.pdf>. Acesso em: 25 dez. 2025.

ANEXO A - Ficha de Notificação das Violências Interpessoais/Autoprovocadas

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		2 Agravado/doença VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		Código (CID10) Y09		3 Data da notificação	
	4 UF		5 Município de notificação		Código (IBGE)			
	6 Unidade Notificadora ☐ 1- Unidade de Saúde ☐ 2- Unidade de Assistência Social ☐ 3- Estabelecimento de Ensino ☐ 4- Conselho Tutelar ☐ 5- Unidade de Saúde Indígena ☐ 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher ☐ 7- Outros							
	7 Nome da Unidade Notificadora				Código Unidade		9 Data da ocorrência da violência	
Notificação Individual	8 Unidade de Saúde				Código (CNES)			
	10 Nome do paciente						11 Data de nascimento	
	12 (ou) Idade ☐ 1 - Hora ☐ 2 - Dia ☐ 3 - Mês ☐ 4 - Ano		13 Sexo ☐ M - Masculino ☐ F - Feminino ☐ I - Ignorado		14 Gestante ☐ 1-1º Trimestre ☐ 2-2º Trimestre ☐ 3-3º Trimestre ☐ 4- Idade gestacional ignorada ☐ 5- Não ☐ 6- Não se aplica ☐ 9- Ignorado		15 Raça/Cor ☐ 1- Branca ☐ 2- Preta ☐ 3- Amarela ☐ 4- Parda ☐ 5- Indígena ☐ 9- Ignorado	
	16 Escolaridade ☐ 0 - Analfabeto ☐ 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) ☐ 2 - 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) ☐ 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) ☐ 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) ☐ 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) ☐ 6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) ☐ 7 - Educação superior incompleta ☐ 8 - Educação superior completa ☐ 9 - Ignorado ☐ 10 - Não se aplica ☐							
Dados de Residência	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	
	27 Geo campo 2		28 Ponto de Referência				29 CEP	
	30 (DDD) Telefone		31 Zona ☐ 1 - Urbana ☐ 2 - Rural ☐ 3 - Periurbana ☐ 9 - Ignorado		32 País (se residente fora do Brasil)			
Dados Complementares								
Dados da Pessoa Atendida	33 Nome Social				34 Ocupação			
	35 Situação conjugal / Estado civil ☐ 1 - Solteiro ☐ 2 - Casado/união consensual ☐ 3 - Viúvo ☐ 4 - Separado ☐ 8 - Não se aplica ☐ 9 - Ignorado							
	36 Orientação Sexual ☐ 1 - Heterossexual ☐ 2 - Homossexual (gay/lésbica) ☐ 3 - Bissexual ☐ 8 - Não se aplica ☐ 9 - Ignorado				37 Identidade de gênero: ☐ 1 - Travesti ☐ 2 - Mulher Transexual ☐ 3 - Homem Transexual ☐ 8 - Não se aplica ☐ 9 - Ignorado			
Dados da Ocorrência	38 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? ☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não ☐ 9 - Ignorado				39 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? ☐ ☐ Deficiência Física ☐ Deficiência visual ☐ Transtorno mental ☐ Outras ☐ ☐ Deficiência Intelectual ☐ Deficiência auditiva ☐ Transtorno de comportamento			
	40 UF		41 Município de ocorrência		Código (IBGE)		42 Distrito	
Dados da Ocorrência	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 ☐ 1 - Urbana ☐ 2 - Rural ☐ 3 - Periurbana ☐ 9 - Ignorado	
	51 Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)		52 Local de ocorrência ☐ 01 - Residência ☐ 02 - Habitação coletiva ☐ 03 - Escola ☐ 04 - Local de prática esportiva ☐ 05 - Bar ou similar ☐ 06 - Via pública ☐ 07 - Comércio/serviços ☐ 08 - Indústrias/construção ☐ 09 - Outro ☐ 99 - Ignorado				53 Ocorreu outras vezes? ☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não ☐ 9 - Ignorado	
	54 A lesão foi autoprovocada? ☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não ☐ 9 - Ignorado							