

AVALIAÇÃO DAS VIOLÊNCIAS AUTOPROVOCADAS EM PERNAMBUCO, 2014-2023

ASSESSMENT OF SELF-INFLICTED VIOLENCE IN PERNAMBUCO, 2014-2023

EVALUACIÓN DE LA VIOLENCIA AUTOINFLIGIDA EN PERNAMBUCO, 2014-2023

Priscilla Muniz Torres¹ Patrícia Michelly dos Santos Lima²

RESUMO

Objetivo: Avaliar o sistema de vigilância das violências autoprovocadas em Pernambuco, entre 2014 e 2023. **Método:** Estudo avaliativo com dados secundários do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), obtidos via DATASUS, filtrando apenas casos de violência autoprovocada. Avaliaram-se completitude, consistência e representatividade dos dados, conforme critérios do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC). A representatividade foi comparada aos registros do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), considerando variáveis de pessoa, tempo e local. **Resultados:** Houve aumento de 586,9% nas notificações no período. A completitude e a consistência médias foram de 72,5% e 93,0%, respectivamente. A representatividade foi considerada satisfatória quanto à variável pessoa e insatisfatória nas demais. **Considerações finais:** O SINAN apresentou completitude regular e consistência excelente. No entanto, a representatividade global do sistema foi baixa.

Descritores: *Sistemas de Saúde; Suicídio; Epidemiologia.*

ABSTRACT

Objective: To evaluate the self-inflicted violence surveillance system in Pernambuco, Brazil, from 2014 to 2023. **Methods:** An evaluative study using secondary data from the Notifiable Diseases Information System (SINAN), obtained via DATASUS, filtering only self-inflicted violence cases. Data completeness, consistency, and representativeness were assessed according to Centers for Disease Control and Prevention (CDC) criteria. Representativeness was compared to Unified Health System Hospital Information System (SIH/SUS) records, considering person, time, and place variables. **Results:** A 586.9% increase in notifications was observed during the period. Mean completeness and consistency were 72.5% and 93.0%, respectively. Representativeness was considered satisfactory for person variables but unsatisfactory for others. **Final considerations:** SINAN showed moderate completeness and excellent consistency. However, the system's overall representativeness was low.

Keywords: Health Systems; Suicide; Epidemiology.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el sistema de vigilancia de las violencias autoinfligidas en de Pernambuco, Brasil, entre 2014 y 2023. **Método:** Estudio evaluativo con datos secundarios del Sistema de Información de Agravios de Notificación (SINAN), obtenidos a través de DATASUS, filtrando únicamente los casos de violencia autoinfligida. Se evaluaron la completitud, la consistencia y la representatividad de los datos, según los criterios de los Centers for Disease Control and Prevention (CDC). La representatividad se comparó con los registros del Sistema de Información Hospitalaria del Sistema Único de Salud (SIH/SUS), considerando las variables de persona, tiempo y lugar. **Resultados:** Hubo un aumento del 586,9% en las notificaciones durante el período. La completitud y la consistencia promedio fueron del 72,5% y el 93,0%, respectivamente. La representatividad se consideró satisfactoria en cuanto la variable de persona e insatisfactoria en las demás. **Consideraciones finales:** El SINAN presentó una completitud regular y una consistencia excelente. Sin embargo, la representatividad global del sistema fue baja.

Palabras clave: Sistemas de Salud; Suicidio; Epidemiología.

INTRODUÇÃO

1 Secretaria Estadual de Saúde. Recife/PE - Brasil. 

2 Escola de Saúde Pública. Fortaleza/CE - Brasil. 

O suicídio é caracterizado como um ato deliberado, realizado por uma pessoa com o objetivo consciente e intencional de tirar a própria vida. Trata-se de um fenômeno complexo e influenciado por múltiplos fatores, incluindo elementos sociais, econômicos e, sobretudo, psicológicos¹.

O cenário epidemiológico do Brasil tem sido caracterizado por um processo de transição, no qual se observa um aumento nos óbitos por causas externas e uma redução nas mortes por doenças infecciosas e parasitárias. Nesse contexto, o suicídio figura como a terceira principal causa de morte por fatores externos, sendo superado apenas pelos homicídios e pelos acidentes de trânsito².

No estado de Pernambuco, foram registrados 6.065 óbitos por suicídio entre os anos de 1996 e 2015. Neste estado, o coeficiente médio de suicídio entre 2000 e 2014 foi de 4,9 por 100 mil habitantes. Do total das causas externas ocorridas no estado, analisadas em dois períodos, 2001 - 2003 e 2011 - 2013, as mortes autoprovocadas representaram 3,7% e 4,2%, respectivamente, o que corresponde a um aumento de 15,9% entre 2001 e 2013^{3,4,5}.

Dessa forma, os comportamentos suicidas são reconhecidos como uma questão de saúde pública devido à sua alta prevalência em diversas culturas e aos impactos psicossociais que causam. Considerando as exigências geradas por esse fenômeno complexo e as dificuldades para uma compreensão precisa, a criação da Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada surge como medida para registro e monitoramento de casos de lesões autoprovocadas em todo o país. A notificação das situações de violência interpessoal e autoprovocada faz parte do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA). O VIVA é composto pelo VIVA SINAN, que prevê a coleta contínua de notificações em serviços de saúde públicos e privados, e pelo VIVA Inquérito, responsável pela análise dos casos atendidos em unidades sentinela de urgência e emergência^{6,7,8}.

As informações nacionais sobre violências são fornecidas pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), por meio de sistemas de informação, como o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). O SINAN é uma plataforma que coleta e registra dados de forma contínua sobre doenças e agravos sujeitos a notificação obrigatória, sob a responsabilidade da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA) do Ministério da Saúde^{9,10}.

De acordo com Waldman (2009), é fundamental que todo sistema de vigilância, como o VIVA SINAN, seja periodicamente avaliado e, com base nessa avaliação, ajustado quando necessário. Um dos aspectos importantes dessa avaliação refere-se à qualidade dos dados, para que o sistema gere informações precisas e úteis para apoiar a tomada de decisões pelos gestores. Segundo Mota, Almeida e Viacava, quanto mais alta a qualidade da informação, maior será seu potencial para influenciar a criação de políticas, estratégias e a análise de ações^{10,11}.

A avaliação dos dados possibilita medir a dimensão do problema, permitindo a implementação de ações fundamentadas em evidências. Através dessas análises, é possível identificar fatores de risco, populações vulneráveis e tipos de violência que exigem intervenção urgente, como a violência sexual e as tentativas de suicídio. Considerando a relevância da informação para a tomada de decisões, a qualidade dos dados é

essencial, desde o preenchimento da Ficha de Notificação até o processamento e a análise destas informações¹². Dessa forma, o objetivo deste estudo é avaliar o sistema de vigilância das violências autoprovocadas no estado de Pernambuco, no período de 2014 a 2023.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo avaliativo descritivo, baseado em dados de fontes secundárias, extraídos do DATASUS, sobre casos de violência autoprovocada registrados no SINAN de Pernambuco.

O estudo foi realizado em Pernambuco, estado brasileiro localizado na região Nordeste, composto por 184 municípios e o arquipélago de Fernando de Noronha. O período de análise do estudo foi de janeiro de 2014 a dezembro de 2023. A população do estudo consistiu em casos registrados no SINAN de violência autoprovocada, provenientes de residentes de Pernambuco.

Para análise do atributo qualidade dos dados, utilizaram-se os dados do VIVA SINAN. Esses dados são registrados por meio de formulários individuais de notificação e investigação de doenças e agravos. No caso de violência, utiliza-se um formulário específico denominado “Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada”, que contém 11 blocos e 69 variáveis. Para este estudo, aplicou-se um filtro no campo 54 da ficha, selecionando apenas os casos de lesões autoprovocadas^{10,13,14}. Para análise do atributo representatividade, além dos dados do VIVA SINAN, utilizaram-se também os dados hospitalares do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS). Neste estudo, foi utilizado o atributo qualidade dos dados no que se refere aos elementos completude e consistência, e o atributo representatividade, de acordo com o Guia do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), dos Estados Unidos da América¹⁵.

A completude foi definida como o nível de preenchimento das variáveis. Aquelas deixadas em branco ou preenchidas como "ignorado" foram classificadas como incompletas. Para análise da consistência, foi avaliado o grau de coerência entre os dados de uma variável e os de outra correlacionada. A representatividade é a propriedade descreve com precisão em quem, onde e quando o evento de saúde de interesse ocorre, exigindo a comparação das características (pessoa/lugar/tempo) dos casos relatados com todos os casos registrados na população monitorada.

Para análise da representatividade, compararam-se os casos de violência autoprovocada notificados no SINAN com os dados de morbidade hospitalar do SUS (códigos CID-10: X60 - X84) no mesmo período, referente a lesões autoprovocadas intencionais registradas no SIH/SUS, analisando-se ano de atendimento, faixa etária, sexo, raça/cor e município de residência. Considerou-se como parâmetro satisfatório quando as variáveis selecionadas para as categorias de pessoa, lugar e tempo apresentaram concordância total entre os sistemas analisados. Em casos de discordância, o parâmetro foi classificado como insatisfatório.

Foram estabelecidos os seguintes critérios para avaliação do grau de completude: Boa: $\geq 75,1\%$; Regular: $50,1\%$ a $75,0\%$; Baixa: $25,1\%$ a $50,0\%$; Muito baixa: $\leq 25,0\%$ ¹¹. Para o grau de consistência, adotaram-se as seguintes classificações: Ex-

celente: $\geq 90,0\%$; Regular: $70,0\%$ a $89,0\%$; Baixa: $\leq 70,0\%$ ¹⁶. Quanto à representatividade: Alta: 3 categorias classificadas como satisfatórias; Regular: 2 categorias classificadas como satisfatórias; Baixa: 1 ou nenhuma categoria classificada como satisfatória¹⁷. Para a avaliação geral da qualidade dos dados, calculou-se a média final dos percentuais de completitude e consistência, utilizando os seguintes parâmetros: Excelente: $\geq 90,0\%$; Regular: $70,0\%$ a $89,9\%$; Baixa: $\leq 70,0\%$.

Para análise dos dados, utilizaram-se os softwares Microsoft Excel, Tabwin, Epi Info 7 e QGIS. As bases de dados secundárias utilizadas para a realização deste estudo eram de acesso público e não continham informações pessoais detalhadas dos pacientes, assegurando sua confidencialidade. Assim, não foi necessária submissão deste estudo ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme a Resolução nº 674 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), de 6 de maio de 2022.

RESULTADOS

No período de janeiro de 2014 a dezembro de 2023, foram notificados 34.943 casos de violência autoprovocada em residentes de Pernambuco. O ano de 2023 registrou 7.350 casos (21%), seguido por 2022 (5.476 casos; 15,7%) e 2019 (5.069 casos, 14,5%). Considerando-se o número de notificações, houve um aumento proporcional de 586,9% entre 2014 e 2023.

A análise da completitude revelou que a proporção média de preenchimento das variáveis ao longo dos anos estudados foi de 72,5%, sendo classificada como regular. Dentre todas as variáveis analisadas, apenas a escolaridade apresentou percentual baixo, com uma proporção de 48,0% (Tabela 1).

Tabela 01 - Número, média percentual e parâmetro de completitude no preenchimento da ficha de notificação/investigação de violência autoprovocada, segundo variáveis de estudo. Pernambuco, 2014 a 2023.

Variáveis	N	Média %	Parâmetro
Sexo	34.935	99,9	Boa
Raça/cor	33.742	96,6	Boa
Idade	34.861	99,8	Boa
Escolaridade	16.784	48,0	Baixa
Orientação sexual	20.906	59,8	Regular
Identidade de gênero	19.331	55,3	Regular
Motivo da violência	19.424	55,6	Regular
Meio de Agressão	22.612	64,7	Regular
Total		72,5	Regular

Fonte: SINAN, DATASUS, 2024.

Na análise de consistência, a média percentual das combinações das variáveis ao longo dos anos estudados foi de 93,0% (classificação excelente), com a menor proporção média de consistência sendo 69,6% (referente à relação entre as variáveis “lesão autoprovocada com autor da agressão igual a própria pessoa”, e o “registro do tipo da violência autoprovocada no campo ‘Outros’”) (Tabela 2). Portanto a avaliação geral da qualidade dos dados, considerando consistência e completitude, foi

classificada como regular (82,7%).

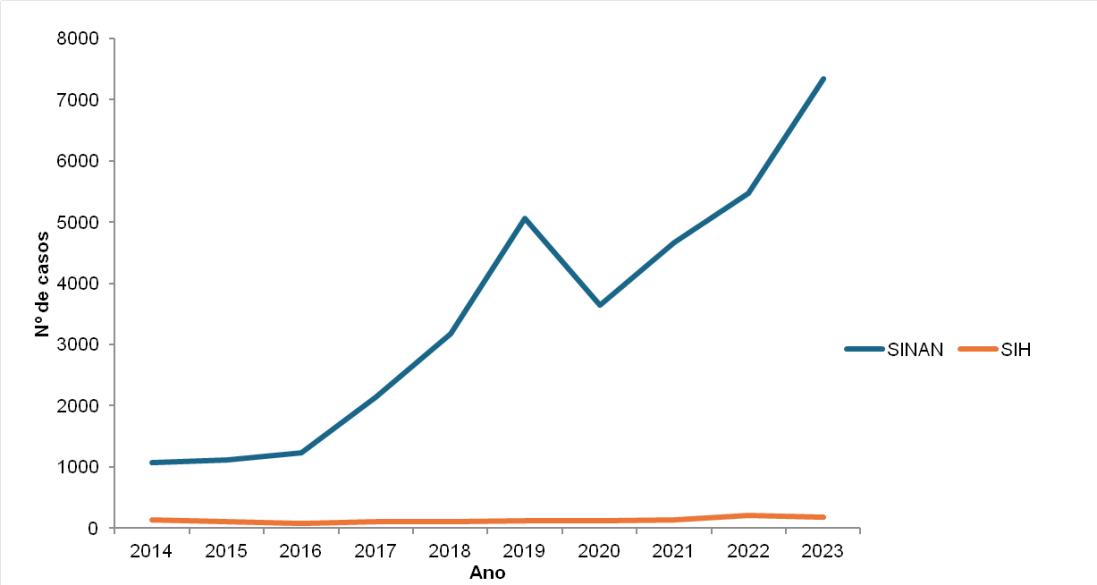
Tabela 02 - Número, média percentual e parâmetro de consistência no preenchimento da ficha de notificação/investigação de violência autoprovocada, segundo variáveis de estudo. Pernambuco, 2014 a 2023.

Combinação de variáveis de acordo com a consistência	N (total)	n (consistência)	Média %	Parâmetro
Data da ocorrência da violência diferente da data de nascimento	34.943	34.927	99,9	Excelente
Lesão autoprovocada com autor igual à própria pessoa	34.943	32.753	93,7	Excelente
Lesão autoprovocada em indivíduos maiores de 10 anos	34.943	34.383	98,4	Excelente
Lesão autoprovocada e número de envolvidos iguais a 1 (um)	34.943	33.012	94,5	Excelente
Lesão autoprovocada com autor igual à própria pessoa, e o sexo da vítima igual ao sexo do autor	32.753	31.110	94,9	Excelente
Lesão autoprovocada com autor da agressão igual à própria pessoa, e registro do tipo da violência autoprovocada no campo “Outros”	32.753	22.792	69,6	Baixa
Indivíduo do sexo masculino e variável “Gestante” igual a “Não se aplica”	10.012	10.012	100,0	Excelente
Total			93,0	Excelente

Fonte: SINAN, DATASUS, 2024.

Na Figura 1, quanto à análise de representatividade relacionada ao tempo, observou-se tendência divergente entre as notificações de registros de violência autoprovocada no SINAN (aumento de 596,9%) e os registros de internações hospitalares pelo SIH/SUS (aumento de 27,46%), no período de 2014 a 2023, caracterizando um parâmetro insatisfatório.

Figura 1 - Distribuição dos casos notificados e internados por violência autoprovocada, segundo ano. Pernambuco, 2014 a 2023.



Fonte: Sinan/ SIH, Datasus, 2024. Gráfico de autoria do próprio autor.

Quanto à análise da representatividade por pessoa (Tabela 3), ambos os sistemas apresentaram maior proporção na faixa etária de 20 a 29 anos (SINAN: 30,5%; SIH/

SUS: 26,2%) e em indivíduos de raça/cor parda (SINAN: 72,5%; SIH/SUS: 66,3%). Em relação à variável sexo, observou-se divergência entre os sistemas: no SINAN, 71,3% dos casos eram do sexo feminino, enquanto no SIH/SUS, 56,9% eram do sexo masculino, configurando um parâmetro satisfatório.

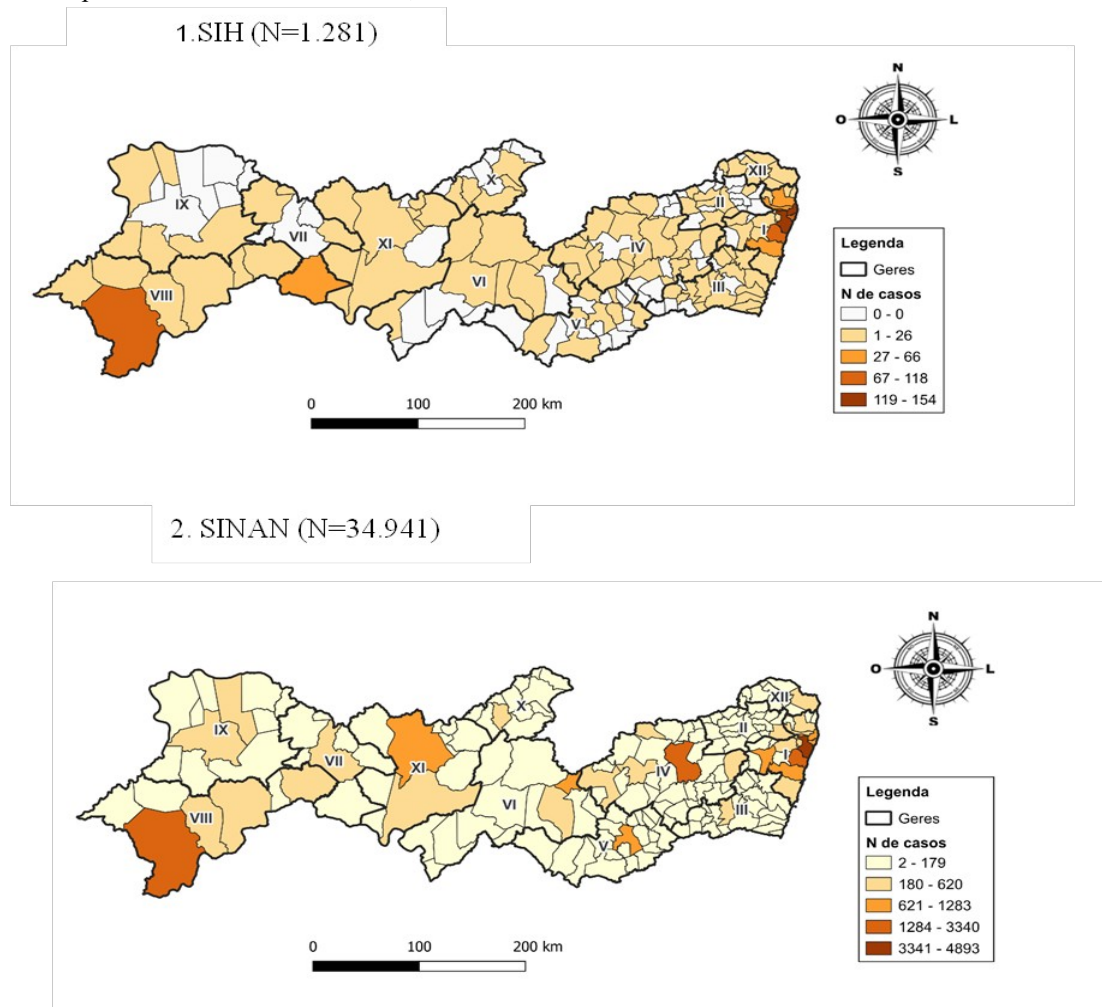
Tabela 3 - Distribuição e proporção dos casos registrados e internados por violência autoprovocada, segundo sexo, faixa etária e raça/cor. Pernambuco, 2014 a 2023.

Características	Casos registrados de violência autoprovocadas no SINAN		Casos de internação por violência autoprovocadas no SIH/SUS	
	N	%	n	%
Sexo	N=34.935		N=1.281	
Masculino	10012	28,7	729	56,9
Feminino	24923	71,3	552	43,1
Faixa etária	N=34.861		N=1.281	
0-9	560	1,6	21	1,6
10--19	10577	30,3	233	18,2
20-29	10645	30,5	336	26,2
30-39	6405	18,3	290	22,6
40-49	3795	10,9	189	14,8
50-59	1717	4,9	115	9,0
60+	1162	3,3	97	7,6
Raça/cor	N=33.688		N=1.013	
Branca	5515	15,8	62	4,8
Preta	2120	6,1	43	3,4
Parda	25347	72,5	849	66,3
Amarela	428	1,2	59	4,6
Indígena	278	0,8	0	0,0

Fonte: SINAN, SIH/SUS, DATASUS, 2024.

No quesito representatividade por lugar (Figura 2), o SINAN mostrou maior concentração de casos nos municípios de Recife (4.893 casos; 14,0%), Jaboatão dos Guararapes (3.340; 9,6%), que fazem parte da região metropolitana, e Petrolina (2.928; 8,4%), seguidos por Caruaru (1.925; 5,5%) e Vitória de Santo Antão (1.283; 3,7%), municípios do interior. No SIH/SUS, os municípios com maior número de internações foram: Paulista (154 casos; 12,0%), Recife (130; 10,1%), Olinda (118; 9,2%), Jaboatão dos Guararapes (116; 9,1%) e Petrolina (89; 6,9%). O padrão de distribuição mostrou-se diferente nos dois sistemas, caracterizando um parâmetro insatisfatório. Dessa forma, a análise final da representatividade do sistema, considerando os três componentes, resultou em classificação de baixa representatividade.

Figura 2 – Distribuição de casos notificados de violência autoprovocada no SIH (1) e Sinan (2), segundo município de residência. Pernambuco, 2014 a 2023.



Fonte: Sinan/SIH, Datasus, 2024. Mapa de autoria do próprio autor. Nota: Dados extraídos em 21/08/2024 (Sinan) e em 14/10/2024 (SIH). No Sinan, dois casos possuem município de residência “ignorado”.

DISCUSSÃO

O estudo da evolução dos casos de violência autoprovocada em Pernambuco, no período de 2014 a 2023, revelou um aumento proporcional de 586,9% das notificações, indicando uma tendência de aumento desses casos. Pesquisas têm demonstrado aumento na identificação de casos de lesão autoprovocada globalmente¹⁸. No contexto brasileiro, esse crescimento pode estar relacionado à implementação do sistema de notificação de casos de violência, estabelecido pelas Portarias nº 104/2011 e nº 1.271/2014, que trata da lista de doenças e agravos de notificação compulsória⁸.

Entre 2020 e 2021, observou-se uma queda significativa no número de novos registros, atribuída principalmente à pandemia de COVID-19. Nesse período, as medidas restrições impostas para conter a propagação do vírus podem ter favorecido o aumento do convívio familiar, criando um ambiente mais solidário e intensificando a vigilância familiar sobre pessoas com depressão, comportamentos autolesivos e pensamentos suicidas¹⁹. Além disso, a limitação no acesso aos serviços de saúde, decorrente da priorização dos esforços no combate à pandemia, contribuiu tanto para que

muitas pessoas não buscassem atendimento médico para outras condições quanto para a subnotificação de doenças e/ou agravos²⁰.

Por outro lado, em 2022 e 2023, observou-se um aumento significativo nos casos de lesões auto infligidas, relacionado principalmente aos efeitos psicológicos da pandemia de COVID-19. Nesse cenário, a redução no acesso aos serviços de saúde mental, a insegurança provocada pela evolução da pandemia e o isolamento social foram fatores que contribuíram para o agravamento da saúde mental, especialmente entre os grupos mais vulneráveis, como aqueles com transtornos mentais preexistentes e indivíduos em luto^{19,21,22}.

Quanto à distribuição por sexo, Pernambuco segue a tendência nacional, em que as mulheres apresentam maior taxa de notificações, com 71,3% dos casos registrados no SINAN, enquanto os homens tiveram 56,9% de incidência no SIH/SUS. Em um contexto global, pesquisas têm demonstrado disparidades de gênero nos comportamentos autolesivos. Os dados revelam que mulheres apresentam índices mais altos de planejamento, ideação e tentativas de suicídio, enquanto homens enfrentam risco maior de morte por suicídio¹⁹. Esse fenômeno pode ser atribuído a múltiplos fatores, como: peso excessivo de tarefas e responsabilidades associadas ao gênero feminino; desigualdades sociais que resultam em desvantagens econômicas e financeiras para as mulheres: violência urbana, doméstica e sexual, que frequentemente levam ao desenvolvimento de distúrbios mentais e diversos tipos de sofrimento psicológico^{20,23}.

Em relação à faixa etária, tanto nos dados locais quanto nos nacionais, observou-se maior incidência de casos entre jovens adultos, especialmente na faixa de 20 a 29 anos (SINAN: 30,5%; SIH/SUS: 26,2%,). Esse padrão é consistente com o que é encontrado em pesquisas nacionais²⁴. Diversos fatores estão relacionados ao comportamento auto lesivo e suicida nessa faixa etária, incluindo impulsividade, sentimentos de angústia, tristeza e desespero^{23,24}. Além disso, a globalização teve um impacto significativo na vida de todos, em especial de jovens, tornando-os mais vulneráveis a lesões autoprovocadas, em parte devido à crescente influência das redes sociais em seu cotidiano²⁵.

Quanto à raça/cor, ambos os sistemas mostraram predomínio de pardos (SINAN: 72,5%; SIH/SUS: 66,3%). Essa variável pode não estar diretamente associada às taxas de suicídio, contudo, os fatores que geram desigualdades sociais podem influenciar esses índices, dependendo da condição socioeconômica específica de cada região do Brasil²⁶.

No que se refere ao quesito representatividade lugar, o padrão de distribuição dos municípios apresentou diferença nos dois sistemas, caracterizando um parâmetro insatisfatório. No entanto, em ambos os sistemas, os cinco maiores municípios com registros de casos concentram uma população predominantemente urbana, conforme dados da Base de Dados do Estado de Pernambuco (BDE)²⁷. Esse achado corrobora com o estudo de Silva e Marcolan²³, que aponta maior frequência de ocorrências de violência autoprovocada na zona urbana (79,11%).

A avaliação geral para qualidade dos dados foi classificada como regular. Segundo Oliveira *et al.*²⁸, um fator crucial para a baixa qualidade dos dados é a falta de envolvimento dos profissionais em cumprir a obrigatoriedade de notificar.

CONCLUSÃO

As notificações de violência autoprovocada desempenham papel importante na compreensão dos perfis e comportamentos de indivíduos que praticam autolesão, fornecendo dados essenciais para a formulação de estratégias de proteção e intervenção. Contudo, a avaliação do sistema de vigilância revelou qualidade regular quanto à consistência e completude, além de baixa representatividade. Esse achado evidencia a necessidade urgente de investimentos para aprimorar a qualidade dos dados, uma vez que informações adequadamente estruturadas são essenciais para fundamentar políticas públicas eficazes de prevenção, controle e vigilância desse tipo de violência.

Como limitação importante, destaca-se que o SIH/SUS registra principalmente casos graves com internação, enquanto o SINAN inclui também casos menos graves. Isso torna o SIH/SUS menos representativo da totalidade dos eventos de saúde notificados.

REFERÊNCIAS

1. Silva AP, Lima DCR, Oliveira SLS, Lago APSP, Alves JC. Análise temporal da mortalidade por suicídio no Nordeste. *Rev Cient Esc Saúde Pública Ceará*. 2024;18:e2042. Disponível em: <https://doi.org/10.54620/cadesp.v18i1.2042>. Acesso em: 16 mar. 2025.
2. Lima PFL, Silva MTA, Lima NLLF, Lima ETP, Silva DTA, Maia LTS. Análise da mortalidade por suicídio no estado de Pernambuco. *Rev Ciênc Plural*. 2022;8(3):e26478. Disponível em: <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2022v8n3ID26478>. Acesso em: 20 ago. 2024.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015.
4. Santos EGO, Barbosa IR. Conglomerados espaciais da mortalidade por suicídio no Nordeste do Brasil e sua relação com indicadores socioeconômicos. *Cad Saúde Colet*. 2017;25(3):371–9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201700030015>. Acesso em: 2 set. 2024.
5. Melo GBT, Alves SV, Lima MLC. Mortalidade por causas externas em Pernambuco, 2001–2003 e 2011–2013. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(5):855–61. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680513i>. Acesso em: 2 set. 2024.
6. Cipriano A, Stefania C, Cotrufo P. Nonsuicidal self-injury: a systematic review. *Front Psychol*. 2017;8:1946. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01946>. Acesso em: 2 set. 2024.
7. Liu RT, Scopelliti KM, Pittman SK, Zamora AS. Childhood maltreatment and non-suicidal self-injury: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2018;5(1):51–64. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30469-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30469-8). Acesso em: 2 set. 2024.
8. Fonseca ACS, Marin AH. Violência autoprovocada no Brasil: caracterização dos casos notificados entre 2009 e 2021. *Rev Psicol Saúde*. 2022;14(3):131–46. Disponível em: <https://doi.org/10.20435/pssa.v14i3.2005>. Acesso em: 30 ago. 2024.
9. Santos SA, Legay LF, Aguiar FP, Lovisi GM, Abelha L, Oliveira SP. Tentativas e suicídios por intoxicação exógena no Rio de Janeiro, Brasil: análise das informações através do linkage probabilístico. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(5):1057–66. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00054213>. Acesso em: 30 ago. 2024.
10. Mota E, Almeida MF, Viacava F. O dado epidemiológico: estrutura, fontes, propriedades e instrumentos. In: Almeida Filho N, Barreto ML, orgs. *Epidemiologia e saúde: fundamentos, métodos, aplicações*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 85–94.
11. Abath MB, Lima MLLT, Lima PS, Silva MCM, Lima MLC. Avaliação da completude, da consistência e da duplicidade de registros de violências do Sinan, Recife, Pernambuco, 2009–2012. *Epidemiol Serv Saúde*. 2014;23(1):131–42. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742014000100013>. Acesso em: 30 ago. 2024.

12. Ministério da Saúde (BR). Guia de vigilância em saúde: volume 3 [recurso eletrônico]. 6ª ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2023.
13. Ministério da Saúde (BR). Vigilância de violências e acidentes, 2006 e 2007. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.
14. Ministério da Saúde (BR). Vigilância de violências e acidentes, 2008 e 2009. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010.
15. German RR, Lee LM, Horan JM, Milstein RL, Pertowski CA, Waller MN, et al. Updated guidelines for evaluating public health surveillance systems: recommendations from the Guidelines Working Group. *MMWR Recomm Rep*. 2001 Jul 27;50(RR-13):1–35. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5013a1.htm>. Acesso em: 16 out. 2024.
16. Souza VMM, Brant JL, Arsky MLS, Araujo WN. Avaliação do sistema nacional de vigilância epidemiológica da leptospirose, Brasil, 2007. *Cad Saúde Colet*. 2010;18(1):95–105.
17. Pacheco CCA. Avaliação da representatividade, valor preditivo positivo, completitude e oportunidade do sistema de vigilância da dengue no Brasil, 2018 a 2020 [trabalho de conclusão de curso]. Brasília, DF: [s.n.]; 2021. 37 p.
18. Plener PL, Allroggen M, Kapusta N, Brahler E, Fegert J, Groschwitz R. The prevalence of nonsuicidal self-injury (NSSI) in a representative sample of the German population. *BMC Psychiatry*. 2016;16:353. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-016-1060-x>. Acesso em: 2 jan. 2025.
19. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Panorama dos suicídios e lesões autoprovocadas no Brasil de 2010 a 2021. *Bol Epidemiol*. 2024;55(4). 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: 3 jan. 2025.
20. Secretaria de Estado da Saúde do Piauí (BR). Perfil epidemiológico das lesões autoprovocadas no Estado do Piauí entre 2019 e 2021. Teresina: Secretaria de Saúde do Estado do Piauí; 2021. Disponível em: https://www.saude.pi.gov.br/uploads/warning_document/file/816/Boletim_Obito__tentativas_de_suicidio_Setembro_Amarelo_2021__1__1_.pdf. Acesso em: 3 jan. 2025.
21. Gunnell D, Appleby L, Arensman E, Hawton K, John A, Kapur N, et al. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(6):468–71. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30171-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30171-1/fulltext). Acesso em: 3 jan. 2025.
22. Mertens G, Gerritsen L, Duijndam S, Saleminck E, Engelhard IM. Fear of the coronavirus (COVID-19): predictors in an online study conducted in March 2020. *J Anxiety Disord*. 2020;74:102258. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0887618520300724>. Acesso em: 3 jan. 2025.
23. Silva DA, Marcolan JF. Tentativa de suicídio no Brasil: análise epidemiológica. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2021;54(4). Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2021.181793>. Acesso em: 3 jan. 2025.
24. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. *Bol Epidemiol (Rio J)*. 2021;52(33).
25. Almeida AA, Santos FS, Oliveira CM, Rodrigues MN, Silva RB, et al. Perfil das lesões autoprovocadas em adolescentes de 2018 a 2022 em Mato Grosso [trabalho de conclusão de curso]. Várzea Grande (MT): Centro Universitário UNIVAG; 2023. Disponível em: <https://www.repositoriodigital.univag.com.br/index.php/enf/article/view/1868>. Acesso em: 3 jan. 2025.
26. Silva AJC, Medeiros EB, Basílio ICS, Barbosa JKA, Silva RE. Violência autoprovocada em um estado do nordeste brasileiro: série histórica. *Rev Nursing*. 2021;24(274):5347–56. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i274p5347-5356>. Acesso em: 3 jan. 2025.
27. Pernambuco (BR). Base de dados do estado de Pernambuco. Disponível em: http://www.bde.pe.gov.br/EstruturacaoGeral/conteudo_site2.aspx. Acesso em: 2 jan. 2025.
28. Oliveira MEP, Soares MRAL, Costa MCN, Mota ELA. Avaliação da completitude dos registros de febre tifóide notificados no Sinan pela Bahia. *Epidemiol Serv Saúde*. 2009;18(3):2–26. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742009000300004>. Acesso em: 2 jan. 2025.

