

VIOÊNCIA AUTOPROVOCADA ENTRE ADOLESCENTES NO BRASIL E POLÍTICAS PÚBLICAS DE PREVENÇÃO

Luiz Claudio Assis Tavares¹

Resumo: Este ensaio tem como objeto a violência autoprovocada entre adolescentes no Brasil, compreendida como aquela resultante da autolesão, tentativa de suicídio e suicídio consumado, sob uma análise das políticas públicas de prevenção. Trata-se de uma pesquisa teórica, descritiva, quanto aos fins e bibliográfica e documental, quanto aos meios, realizada sob a abordagem da Sociologia, que tem como o objetivo informar sobre a violência autoprovocada entre a população de adolescentes, considerando a faixa etária dos 10 aos 19 anos, conforme critério cronológico da Organização Mundial da Saúde (OMS). No que diz respeito à coleta de dados, a investigação utiliza informações disponibilizadas em relatórios técnicos de organismos internacionais, no contexto global, e informações do governo federal, de instituições de pesquisas, de Organizações Não-Governamentais e de revistas especializadas, no contexto nacional. De modo geral, o artigo compreende os aspectos teóricos da violência autoprovocada, descrevendo aspectos teóricos, bem como os fatores de risco e políticas de prevenção, neste caso, o Programa de Combate à Intimidação Sistemática (*Bullying*) e a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. Os resultados parciais apontam para uma realidade preocupante devido à resistência à abordagem do tema, dificultando a identificação, o encaminhamento e o tratamento adequado dos adolescentes em situação de risco, resultando, muitas vezes, em perda de vidas.

Palavras-chave: Violência autoprovocada; fatores de risco; políticas de prevenção.

SELF-INFLICTED VIOLENCE AMONG ADOLESCENTS IN BRAZIL AND PUBLIC PREVENTION POLICIES

Abstract: *This essay focuses on self-inflicted violence among adolescents in Brazil, understood as that resulting from self-harm, suicide attempt and completed suicide, under an analysis of public prevention policies. This is a theoretical, descriptive research, regarding the ends and bibliographic and documentary research, regarding the means, carried out under the approach of Sociology, which aims to inform about self-inflicted violence among the population of adolescents, considering the age group of the adolescents. 10 to 19 years old, according to the chronological criteria of the World Health Organization (WHO). With regard to data collection, the investigation uses information available in technical reports from international organizations, in the global context, and information from the federal government, research institutions, Non-Governmental Organizations and specialized journals, in the national context. In general, the article comprises the theoretical aspects of self-inflicted violence, describing theoretical aspects, as well as risk factors and prevention policies, in this case, the Program to Combat Systematic Intimidation (Bullying) and the National Policy for the Prevention of Self-Mutilation and Suicide. The partial results point to a worrying reality due to the resistance to approaching the topic, making it difficult to identify, refer and properly treat adolescents at risk, often resulting in loss of life.*

Keywords: *Self-inflicted violence; risk factors; public prevention policies.*

¹ Advogado, mestre em Direito e doutorando em Sociologia pelo Centro de Investigação e Estudos em Sociologia do Instituto Universitário de Lisboa (CIES-IUL). E-mail: assis.tavares@yahoo.com

Sumário: Considerações iniciais. 1. Aspectos teóricos. 1. Conceito de adolescência. 1.2 Conceito de violência autoprovocada. 2. Fatores de risco. 2.1 Fatores de risco para a violência autoprovocada. 2.2 A notificação da violência autoprovocada. 3. Políticas públicas de prevenção. 3.1 Programa de Combate à Intimidação Sistemática. 3.2 Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. 4. Considerações finais. 5. Referências.

*A morte de qualquer homem me diminui,
porque sou parte do gênero humano. E por isso,
não perguntes por quem os sinos dobram;
eles dobram por ti.*

John Donne.

Considerações iniciais

Estudos de avaliação em saúde mental realizados em jovens de todo o mundo apontam que 1 em cada 7 jovens (14%) de 10 a 19 anos tem problemas de saúde mental, sendo que grande parte desses casos não são reconhecidos e não são tratados. Entre as causas determinantes estão os distúrbios emocionais e comportamentais, psicose, comportamento de risco autolesão e suicídio.

Se considerarmos que dos 211 milhões de habitantes do Brasil 69 milhões são jovens (32,7%) de até 19 anos compreenderemos a dimensão do problema e a importância dessa discussão. Existe, ainda, em determinadas regiões do país uma forte resistência por parte de escolas (públicas e particulares), igrejas (católicas e não-católicas) e do próprio poder público (principalmente o municipal) em abordar temas como esse, voltado para a violência autoprovocada entre jovens.

Essa resistência é geralmente atribuída à existência de um tabu sobre o tema, o que é verdade, mas, apenas em parte. É provável que o receio dessa discussão por parte dessas instituições esteja relacionado ao conhecimento dos casos. Isso colocaria as instituições em uma posição desconfortável e na situação de responsável (direta ou indiretamente) por promover ações e medidas voltadas para o problema. Bem mais fácil, portanto, “não mexer na ferida”, deixando as pessoas (e suas famílias) aos seus próprios cuidados com os seus problemas de saúde mental.

Com o surgimento da pandemia de Covid-19 houve um aumento dos fatores de risco e conseqüentemente os números de casos de violência autoprovocada no Brasil e no mundo, principalmente entre os jovens. Isso aumenta a responsabilidade dos governantes mundiais sobre a necessidade de ações e medidas voltadas para esse segmento, no qual se encontram os adolescentes, categoria compreendida entre 10 e 19 anos, conforme critério cronológico da Organização Mundial da Saúde (OMS), e que constitui objeto deste estudo voltado para a violência autoprovocada.

A violência autoprovoçada é um problema de saúde pública global e pode manifestar-se de diversas formas e alcançar qualquer indivíduo, independentemente de sua condição social, raça, sexo e faixa etária. Antes mesmo do surgimento da pandemia de Covid-19, as estimativas globais apontavam a violência autoprovoçada como a terceira causa de morte entre adolescentes, com mais de 62 mil óbitos em 2016. Na Europa e no Sudeste Asiático, a violência autoprovoçada figurava como a principal causa de morte em adolescentes.

No Brasil, as notificações e internações por lesões autoprovoçadas em adolescentes já indicavam, entre 2011 e 2014, um crescimento exponencial. Diante do agravamento do quadro social, político e econômico em todos os países em decorrência da pandemia de Covid-19, com os números atingindo patamares bem mais altos, é provável que as ações e medidas de promoção à saúde mental e prevenção da violência autoprovoçada voltadas para esta população incluam um maior conhecimento da própria adolescência.

Parece óbvio, mas para compreender o fenômeno da violência autoprovoçada entre adolescentes é preciso compreender o adolescente. De nada adianta conhecer o conceito e a tipologia da violência se não conhecermos aquele que a sofre. É preciso ir além da dimensão do problema, dos fatores de risco, das estratégias de prevenção, bem como das concepções naturalizantes que insistem em enxergar a adolescência como uma “fase” – difícil e problemática – entre a infância e a fase adulta.

Além disso, é preciso que existam mais estudos e pesquisas voltadas para a avaliação do impacto da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio (Lei n. 13.819 de 26 de abril de 2019), do governo federal, que prevê uma série de medidas de promoção à saúde mental e prevenção da violência autoprovoçada e do suicídio.

Não é este, porém, o intuito deste ensaio², que constitui uma análise teórica da violência autoprovoçada entre adolescentes no Brasil, sob as políticas públicas de prevenção, a partir do método bibliográfico e documental, baseado em dados coletados de relatórios técnicos de organismos internacionais voltados para o contexto global, e dados coletados do governo federal, instituições de pesquisas e revistas especializadas, voltadas para o contexto nacional.

² Este ensaio foi escrito para o projeto voluntário e gratuito *Violência autoprovoçada entre jovens*, voltado para o poder público (prefeituras e câmaras municipais), igrejas (católicas e não católicas) e escolas (públicas e particulares). O projeto consiste em uma palestra sobre o tema e tem como objetivo criar espaços de discussão a respeito do suicídio, da tentativa de suicídio e da lesão autoprovoçada entre jovens. Surpreendentemente, porém, mesmo demonstrando consciência da sua importância (relatando, inclusive, a ocorrência interna de casos de violência autoprovoçada), estas instituições não tem apresentado o menor interesse em sua abordagem por este ou por qualquer outro projeto (interno ou externo). Uma omissão que tem custado não só aos jovens, mas também às famílias e à sociedade, de modo geral, sofrimento e perdas de vidas.

Os resultados parciais indicam que apesar da considerável produção de informações a respeito da violência autoprovocada, a realidade para os nossos jovens muito é preocupante, sobretudo devido à resistência por parte das instituições à abordagem do tema, dificultando e às vezes, impedindo, a identificação, o encaminhamento e o tratamento adequado dos adolescentes em situação de risco, resultando, em muitos casos, em perdas de vidas.

O ensaio está dividido em três partes. A primeira parte apresenta os “Aspectos teóricos”, descrevendo os conceitos de adolescência, com suas concepções naturalizante e histórico-social, e de violência autoprovocada e sua tipologia.

A segunda parte aponta os “Fatores de risco”, enquanto situações que aumentam a probabilidade de doença ou agravo à saúde, com suas consequências para os adolescentes, bem como a importância das notificações em violências autoprovocadas, com destaque para o SINAN.

A terceira e última parte apresenta brevemente as “Políticas públicas de prevenção”, no caso, o Programa de Combate à Intimidação Sistemática (*Bullying*) e a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio.

1. Aspectos teóricos

1.1 Conceito de adolescência

De modo geral a adolescência é compreendida como um período de transição entre a infância e a vida adulta, caracterizado pelos impulsos do desenvolvimento físico, mental, emocional, sexual e social e pelos esforços do indivíduo em alcançar os objetivos relacionados às expectativas culturais da sociedade em que vive (EISENSTEIN, 2005).

Os limites cronológicos da adolescência são definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) entre 10 e 19 anos (*adolescents*) e pela Organização das Nações Unidas (ONU) entre 15 e 24 anos (*youth*). No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei n. 8.069, de 1990, em seu artigo 2º, considera *criança* a pessoa até 12 anos de idade incompletos e *adolescente* a pessoa de 12 e 18 anos.

Do ponto de vista teórico, porém, verifica-se na literatura especializada importantes diferenças acrescidas ao longo do tempo de construção do seu conceito e que caracterizam diferentes concepções acerca da adolescência, como aponta Bock (2007) a partir de um estudo que veremos a seguir.

Antes, porém, é importante destacar que a adolescência é um fenômeno das sociedades modernas surgidas no final do século XIX e início do século XX com o

incremento da urbanização e da industrialização. Ao estudar a construção histórica da infância e da adolescência, em seu mestrado, Santos (1996) vai citar Morin (1986; 1990) que acredita que a adolescência, enquanto “classe de idade”, surgiu na civilização do século XX, nos anos 50, e hoje é, praticamente, fenômeno universal.

Em um artigo no qual faz uma revisão crítica sobre a concepção de adolescência, a partir de livros, revistas e publicações na área da Psicologia (nas especialidades de Psicologia do Desenvolvimento, Psicologia da Educação e Psicologia Social), Bock (2007), apresenta uma breve a evolução do conceito e das diferenças entre as abordagens naturalizante e sócio-histórica da adolescência.

Com base em uma publicação anterior de Aguiar, Bock e Ozella (2001), Bock (2007) descreve como estes autores apresentam uma síntese de estudos sobre o conceito de adolescência. Na primeira parte do seu artigo Bock (2007) apresenta um desenho evolutivo da construção do conceito de adolescência, sob o que considera uma concepção naturalizante, e na segunda parte apresenta a sua concepção histórico-social.

Conforme acrescenta a autora, Aguiar, Bock e Ozella (2001) afirmam a marca indelével da Psicanálise na construção do conceito e identificam no início do Século XX, com Stanley Hall, a introdução da adolescência como objeto de estudo da Psicologia. Concebida como uma fase da vida do homem, a adolescência foi identificada como uma etapa marcada por tormentos e conturbações vinculadas à emergência da sexualidade.

Foi Erikson (1976), no entanto, que institucionalizou a adolescência, caracterizando-a como fase especial no processo de desenvolvimento, na qual a confusão de papéis, as dificuldades para estabelecer uma identidade própria marcavam como “[...] um modo de vida entre a infância e a vida adulta” (ERIKSON, 1976, p. 128).

Erikson foi seguido por muitos autores. Na América Latina cabe destacar por Aberastury e Knobel (1981) que, com sua obra, tornaram-se referência para profissionais de diversas áreas. Knobel introduziu a noção de “Síndrome normal da adolescência”, caracterizada pela sintomatologia que inclui, por exemplo: busca de si mesmo e da identidade; tendência grupal; necessidade de intelectuaizar e fantasiar; crises religiosas (desde o ateísmo ao misticismo fervoroso); evolução sexual manifesta; atitude social reivindicatória com tendência anti ou associas; uma separação progressiva dos pais e constantes flutuações de humor e do estado de ânimo (KNOBEL, 1981)

Nota-se que as concepções correntes, até então, afirma Bock (2007), concebiam a adolescência como uma etapa natural do desenvolvimento, tendo um caráter universal e abstrato.

Nessas construções teóricas encontramos a visão de que o homem é dotado de uma natureza, dada a ele pela espécie e, conforme cresce, se desenvolve e se relaciona com o meio, atualizando características que já estão lá, pois são de sua natureza. A adolescência pertence a esse conjunto de aspectos (Bock, 2007, p. 64).

Desde então inúmeros estudos tem sido feitos sem que se apresente uma nova versão ou conceituação para a adolescência capaz de superar essa “visão naturalizante”. Mesmo os estudos de Becker (1989) e de Calligaris (2000), que trouxeram elementos culturais para a leitura da adolescência, “não superaram a visão abstrata do conceito” (Bock, 2007, p. 64, 65 e 66).

A adolescência continua sendo concebida como uma fase difícil, uma fase problemática da vida, que deve ser superada. As características da adolescência são (se é que existem) são tomadas como negativas ou como bobagens da idade (Bock, 2007). É nesse sentido que a autora critica a perspectiva neutralizante, na medida em que esta deixa de contribuir para uma leitura crítica da sociedade para a construção de políticas adequadas para a juventude, e propõe uma “superação de concepções naturalizantes” que tem marcado o conceito de adolescência.

É quando então propõe, na segunda parte do seu artigo, uma “superação de concepções naturalizantes”, pretendendo não só um novo conceito como também reapresentá-lo a partir da “perspectiva sócio-histórica” em Psicologia, como uma “produção social”, de modo a indicar subsídios para uma “nova prática” com adolescentes e para a construção de políticas públicas que tomem o jovem como ator social importante” (Bock, 2007, p. 66). Como destaca Eisenstein,

É importante enfatizar que, devido às características de variabilidade e diversidade dos parâmetros biológicos e psicossociais que ocorrem nesta época, e denominadas de *assincronia de maturação*, a idade cronológica, apesar de ser o quesito mais usado, muitas vezes não é o melhor critério descritivo em estudos clínicos, antropológicos e comunitários ou populacionais (2005, p. 6, grifo no original).

É uma compreensão que está de acordo com a concepção sócio-histórica, dada a própria “*assincronia de maturação*” (EISENSTEIN, 2005, p. 6, grifo no original), cuja abordagem, ao estudar o adolescente, não faz a pergunta “o que é a adolescência”, mas, “como se constituiu historicamente este período do desenvolvimento”. Isto porque para essa abordagem, só é possível compreender qualquer fato a partir de sua inserção na totalidade, na qual este fato foi produzido, totalidade essa que o constitui e lhe dá sentido (BOCK, 2007, 68).

Nesse mesma linha é que Clímaco (1990), que sugere exatamente repensar as

concepções de adolescência, traz em seus estudos vários fatores socio-econômicos e culturais que possibilitam compreender como surgiu a adolescência. Clímaco aponta a situação na sociedade moderna, com suas revoluções industriais, que acabou gerando grandes modificações nas formas de viver, sobretudo em relação ao trabalho e à ciência – e, conseqüentemente à escola –, fazendo com que a sociedade assistisse a um novo grupo social com padrão coletivo de comportamento: a juventude ou adolescência.

2.2 Conceito de violência autoprovocada

A violência autoprovocada (cometida contra si mesmo) envolve o *comportamento suicida* e o *suicídio* propriamente dito. O *comportamento suicida* inclui ideias de acabar com a vida e a automutilação (destruição direta e deliberada de partes do corpo sem a intenção suicida consciente), que pode ser grave (amputação dos próprios dedos, por exemplo), estereotipada (tal como bater a cabeça, morder-se ou arrancar os cabelos) ou superficial (cortar-se, arranhar-se ou introduzir agulhas na pele) (KRUG *et al*, 2002). O *suicídio*, por sua vez, caracteriza-se pelo desenvolvimento de um plano para cometer o ato, conseguir os meios de realizá-lo e concretizá-lo, dando fim à própria vida.

Em decorrência da própria historicidade do fenômeno da violência, o conceito de violência autoprovocada não apresenta as mesmas dificuldades teóricas enfrentadas pelo conceito de adolescência (como a variabilidade de parâmetros biológicos e psicossociais). Entretanto, a própria diversidade da nomenclatura para se referir ao fenômeno da violência autoprovocada (ou a um dos seus tipos) constitui, por si só, uma dificuldade para a compreensão do fenômeno.

É muito comum, por exemplo, pensar que autoviolência, autolesão, automutilação, autoagressão, por exemplo, se referem ao mesmo ato. Apesar de todos constituírem formas de autoagressão (ato destrutivo cometido contra si mesmo, ao contrário, portanto, da heteroagressão, que é o ato destrutivo cometido contra o mundo exterior: objetos, animais, pessoas), são formas diferenciadas de autoagressão que se manifestam de formas diferentes e exigem, conseqüentemente, diferentes formas de diagnóstico e de tratamento.

Além disso, o ato em si não diz tudo. É preciso saber se o autor do ato ou comportamento foi ou é adulto, criança ou adolescente, idoso, o que pode mudar significativamente a abordagem em termos de motivação, formas de manifestação, métodos de diagnóstico e tratamento, bem como de ações de prevenção e promoção.

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2002) define três categorias amplas, considerando o autor da violência: a *própria pessoa* (autoprovocada ou autoinfligida), *interpessoal*

(doméstica e comunitária) e *coletiva* (cometidas por grandes grupos ou pelo estado – via de regra, de natureza estrutural). Em um artigo que analisa a autolesão, a automutilação e a autoagressão, Almeida e Horta (2010) apresentam importantes distinções a respeito desses conceitos, tão comumente confundidos.

Em primeiro lugar, Almeida e Horta (2010) apontam a necessidade de contextualização dos comportamentos autogressivos, destacando a existência de distinções entre estes comportamentos, visto que uns são realizados como parte de práticas e crenças culturais e religiosas (componente simbólico), enquanto que outros como consequência de problemas psiquiátricos (componente patológico). Em segundo lugar, estabelecem uma classificação a partir dos atos autoagressivos em autolesões, automutilações, tentativas de suicídio e suicídio.

As *autolesões* são os atos caracterizados por lesões corporais moderadas, sobre o próprio corpo, sem qualquer ideação suicida (cf. STANLEY, GAMEROFF; MICHAELSEEN e MANN, 2007; KLONSKY e OLINO, 2008), mas, como uma tentativa de manter a integridade psicológica do indivíduo que não tem estratégias adequadas para lidar com todos os sentimentos que lhe são insurportáveis, bem como as tensões causadas por estes³ (MALTSBERGER e LOVETT, 1992).

São exemplos de autolesões a ingestão de objetos cortantes, arranhões, bater-se, moder-se, interferir com a cicatrização de ferimentos. Os mais frequentes, porém, são queimaduras, e os cortes nos pulsos, pernas e braços.

Geralmente utilizado incorretamente quando se refere à autolesões (SIMEON e FAVAZZA, 2001; WALSH, 2006), o termo *automutilação* diz respeito a comportamentos autoagressivos mais graves, tais como amputações de membros, remoção do globo ocular e castração, levando a uma destruição irreversível do próprio corpo.

As *tentativas de suicídio* (também tratadas como parassuicídio⁴ ou comportamentos parassuicidas, cf. FIGUEREDO *et al*, 2020; GUERREIRO e SAMPAIO, 2013, OLIVEIRA, AMÂNCIO e SAMPAIO, 2001), por sua vez, são caracterizadas por atos deliberados com consequências não fatais, incluindo as autolesões, (ingestão de substâncias e objetos), os comportamentos aditivos (alcoolismo crônico e abuso de substâncias) e as automutilações.

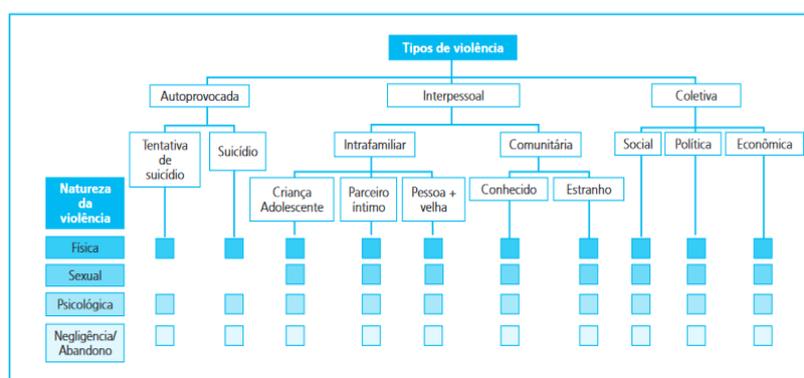
As autolesões, automutilações, tentativas de suicídio e suicídio são formas de

³ Citados por Millon e Davis, 2001, Russ *et al* dizem que o objetivo das autolesões é a descarga da tensão e servir para desviar a atenção de sentimentos muito dolorosos e sentidos como insuportáveis.

⁴ Para Kreitman (1977), que introduziu o termo em 1977, o parassuicídio inclui tentativas de suicídio reais e ferimentos contra si mesmo com pouca ou sem intenção de causar morte. Tal comportamento, no entanto, não envolve tomar drogas não prescritas para se dopar, para ter uma noite normal de sono ou para se automedicar.

autoagressões que apresentam características próprias e diferentes modos de manifestações que variam entre os diversos períodos da vida (infância, adolescência, juventude, meia-idade, velhice) exigindo, conseqüentemente, diferentes métodos de diagnóstico e tratamento, bem como de ações de prevenção e promoção voltadas para os fatores de risco.

Um diagrama extraído do livro “Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias” (BRASIL, 2010, p. 28), baseada nos estudos apresentados por KRUG *et al* (2002) e intitulada “Tipos e naturezas das principais violências que atingem crianças e adolescentes”, pode ser uma alternativa para a proposta de uma classificação mais precisa.



Quadro 1 – Fonte: BRASIL (2010, p. 28)

Conforme Quadro 1, Krug *et al* (2002) dividem os tipos das principais violências que atingem crianças e adolescentes em três grandes grupos (autoprovocada, interpessoal e coletiva), a partir dos quais os autores fazem uma subdivisão das suas naturezas (física, sexual, psicológica e negligência e abandono). A partir dessa classificação é possível perceber que os tipos de violência sofrem divisões e subdivisões que permitem uma identificação mais precisa do seu autor, enquanto que a natureza da violência permanece de acordo classificações anteriores.

2. Fatores de risco

2.1 Fatores de risco para a violência autoprovocada

Um fator de risco é qualquer situação que aumenta a probabilidade de ocorrência de uma doença ou agravo à saúde. Em violência autoprovocada considera-se como fatores de risco as variáveis que levam a prever um alto índice desta violência (FARRINGTON, 2002).

O conhecimento dos fatores de risco é fundamental para nortear ações e medidas voltadas para adolescentes com problemas de saúde mental. As ações de promoção e as

medidas de prevenção podem ajudar a evitar o desenvolvimento e a progressão dos fatores de risco enfrentados por estes adolescentes.

Vários são os fatores que afetam a saúde mental. No caso dos adolescentes, quanto mais fatores de risco a que tiverem expostos, maior o impacto potencial em sua saúde mental. Fatores que contribuem para o estresse durante a adolescência incluem a exposição à adversidade, pressão para se conformar com os pares e exploração da identidade.

Além disso, a influência da mídia e as normas de gênero podem exacerbar as disparidades vividas de um adolescente e suas percepções ou aspirações para o futuro. Outros determinantes importantes incluem a qualidade de sua vida em casa e as relações com os pares. Violência, pais muito rígidos e graves problemas socioeconômicos constituem riscos para a saúde mental destes jovens.

A proteção à saúde mental do adolescente começa com os pais e familiares, além da escola e a comunidade. Educação desses importantes interessados em relação à saúde mental pode ajudar os adolescentes a aumentar suas habilidades sociais, ampliar a capacidade de solucionar problemas e intensificar a confiança, o que, por sua vez, pode amenizar os problemas em saúde mental e evitar comportamentos violentos e de risco (PINTO, 2014, p. 556).

Essa é uma realidade que precisa ser compreendida pela escola, mas, também, pela família e pela sociedade de modo geral. A violência, seja ela interpessoal, autoprovocada afeta não somente o indivíduo mas, também a família e toda a sociedade com consequências devastadoras para a própria humanidade.

Os adolescentes com problemas de saúde mental são particularmente vulneráveis à exclusão social, discriminação, estigma (afetando a prontidão para procurar ajuda), dificuldades educacionais, comportamentos de risco, problemas de saúde física e violações de direitos humanos.

Para listar os fatores de risco para a violência autoprovocada, analisamos comparativamente temas transversais publicado na literatura especializada, como, por exemplo, problemas de saúde mental e meios utilizados na violência autoprovocada (PINTO *et al*, 2014; BRITO *et al*, 2021), a partir do qual os fatores foram agrupados em individuais, familiares, escolares e sociais.

FATORES DE RISCO			
Individuais	Familiares	Escolares	Sociais
<ul style="list-style-type: none"> - baixa autoestima - depressão - ansiedade - insônia - irritabilidade - dificuldades de concentração - agressividade - menor desejo de viver - sentimento de inutilidade 	<ul style="list-style-type: none"> - problemas na infância - ausência de afeto - baixo nível socioeconômico 	<ul style="list-style-type: none"> <i>bullying</i> e <i>cyberbullying</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - violência (interpessoal e sexual) - abuso de substâncias (álcool e drogas)

Quadro 2

Apesar da intenção teórica-explicativa, a classificação apresentada do quadro acima, assim como outras relacionadas à epidemiologia da violência autoprovocada, são terminologicamente imprecisas, uma vez que os fatores de risco podem muito bem variar entre um e outro grupo coexistindo com demais fatores.

Fatores considerados individuais, por exemplo, podem estar relacionados a problemas na família ou na escola. Na infância e na adolescência pesam muito os abusos físicos e sexuais e problemas com a orientação social. Os problemas com a orientação sexual, por exemplo, invariavelmente tem consequências no ambiente familiar (conflitos), escolar (*bullying*) e social (preconceito, discriminação, violência), o que pode levar à ansiedade, depressão, menor desejo de viver e, em último caso, ao suicídio⁵.

A violência autoprovocada é um fenômeno complexo e multicausal e possui como determinantes os fatores sociais, econômicos, culturais, biológicos e a história de vida pessoal (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2017), o que dificulta a própria classificação do fenômeno. De fato, não encontramos na literatura consultada uma classificação teoricamente sofisticada a ponto de dar conta da complexidade terminológica relacionada à epidemiologia da violência autoprovocada, porém, compreendemos que uma classificação mais ampla pode ser menos arriscada, mas não, isenta de falha.

2.2 A notificação da violência autoprovocada

É importante destacar a importância da notificação como instrumento de cuidado e garantia de direitos. A notificação se constitui como uma primeira etapa para a inclusão de pessoas em situação de violência em linhas de cuidado, a fim de prover atenção integral a essas pessoas e garantir seus direitos.

A notificação de violências (contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas) é uma exigência legal, fruto de uma luta continua para que a violência perpetrada contra estes

⁵ Durkheim, em seu clássico “O suicídio: estudo de sociologia” (2000), compreende, sob o ponto de vista social mais amplo, que os índices de suicídio são um sintoma de patologia social e da desintegração social.

segmentos da população saia da invisibilidade, revelando sua magnitude, tipologia, gravidade, perfil das pessoas envolvidas, localização de ocorrência e outras características dos eventos violentos.

De igual forma, coloca-se no mesmo patamar de relevância e interesse a luta pela equidade nas políticas públicas de outros segmentos sociais como a população negra, indígena, população do campo, da floresta e das águas, pessoas com deficiência e população LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais) (BRASIL, 2015).

A notificação é uma dimensão da Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas famílias em Situação de Violência (BRASIL, 2010) que prevê também o acolhimento, o atendimento, os cuidados profiláticos, o tratamento, o seguimento na rede de cuidado e a proteção social, além das ações de vigilância, prevenção das violências e promoção da saúde e da cultura da paz.

A notificação está contemplada em normas técnicas do Ministério da Saúde, tais como a Norma Técnica de Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com registro de informações e coleta de vestígios (BRASIL, 2016), entre outras. Também está priorizada em algumas políticas de saúde, como as Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, instituída pela Portaria n. 2.836, de 1º de dezembro de 2011; a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, instituída pela Portaria n. 992, de 13 de maio de 2009; a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta, instituída pela Portaria n. 2.866, de 2 de dezembro de 2011.

O que justifica a importância do SINAN, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória (Portaria de Consolidação n. 4, de 28 de Setembro de 2017), facultado, porém, a estados e municípios incluir outros problemas de saúde importantes em sua região, difilobotriase no município de São Paulo.

Sua utilização efetiva permite a realização do diagnóstico dinâmico da ocorrência de um evento na população, podendo fornecer subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória, além de vir a indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo assim, para a identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica.

O seu uso sistemático, de forma descentralizada, contribui para a democratização da informação, permitindo que todos os profissionais de saúde tenham acesso à informação e

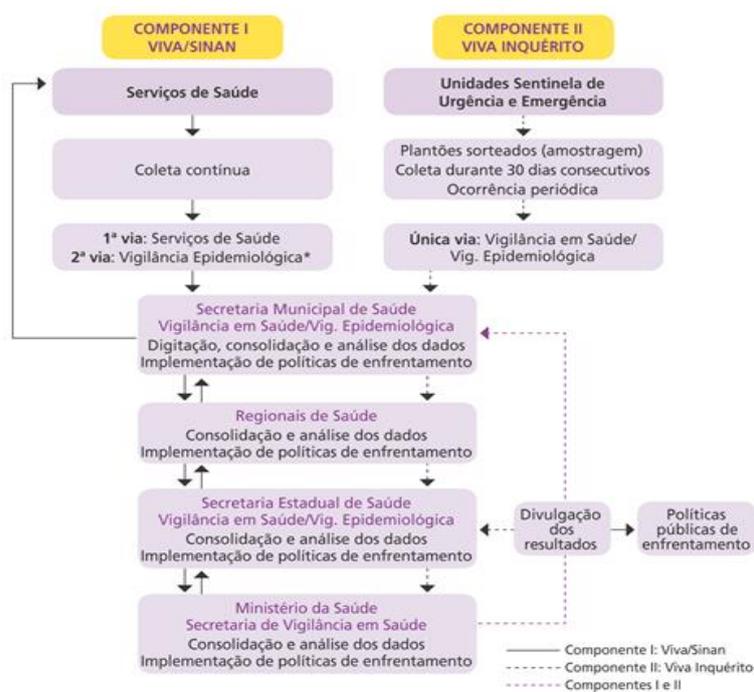
as tornem disponíveis para a comunidade. É, portanto, um instrumento relevante para auxiliar o planejamento da saúde, definir prioridades de intervenção, além de permitir que seja avaliado o impacto das intervenções, especialmente no caso da realização de estudos epidemiológicos sobre a violência autoprovocada na população, com abrangência nacional.

O Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) foi implantado pelo Ministério da Saúde em 2006, através da Portaria MS/GM n. 1.356, de 23 de junho de 2006, sendo composto por dois componentes: Vigilância de violência interpessoal e autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (VIVA/SINAN) e Vigilância de violências e acidentes em unidades sentinela de urgência e emergência (VIVA Inquérito).

No período de 2006 a 2008, a vigilância de violências e acidentes foi implantada em serviços de referência para violências (centros de referência para violências, centros de referência para IST/Aids, ambulatórios especializados, maternidades, entre outros). A partir de 2009, o VIVA passou a compor o Sistema de Informação de Agravos de Notificação, integrando a Lista de Notificação Compulsória em Unidades Sentinelas.

O objetivo do VIVA é conhecer a magnitude e a gravidade das violências e acidentes e fornecer subsídios para definição de políticas públicas, estratégias e ações de intervenção, prevenção, atenção e proteção às pessoas em situação de violência.

Os fluxos de dados das notificações do VIVA são descritos na Figura 1:



Fonte: Viva Sinan/SVS/MS.

*Em caso de violência contra crianças e adolescentes, encaminhar comunicado sobre o evento notificado para os órgãos de defesa de direitos (Conselho Tutelar), de acordo com a Lei nº 8.069/1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA). Tratando-se de casos de violência contra pessoas idosas, encaminhar comunicado sobre o evento notificado para os órgãos de defesa de direitos (Ministério Público ou Conselho do Idoso) ou para os órgãos de responsabilização (Delegacias Gerais ou Especializadas), em conformidade com as leis nº 10.741/2003 (Estatuto do Idoso) e nº 12.461/2011.

Desde 2011, com a publicação da Portaria n. 104, de 25 de janeiro de 2011, as notificações de violência doméstica, sexual e outras violências tornaram-se compulsórias para todos os serviços de saúde, públicos ou privados, do Brasil. Em 2014, a Portaria MS/GM n. 1.271, de 06 de junho de 2014, atualizou a lista de doenças e agravos de notificação compulsória atribuindo caráter imediato (em até 24 horas pelo meio de comunicação mais rápido) à notificação de casos de violência sexual e tentativa de suicídio para as Secretarias Municipais de Saúde.

Conforme a Portaria de Consolidação n. 4, de 28 de setembro de 2017, são objetos de notificação compulsória casos suspeitos ou confirmados de ‘Violência doméstica e/ou outras violências’, e de notificação imediata casos de ‘Violência sexual e tentativa de suicídio’. O instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada, publicado em 2016, define como objetos de notificação (Figura 2):

“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.”

Figura 2: Objeto de notificação do Viva/Sinan



Adicionalmente à notificação à autoridade sanitária, o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990) determina a comunicação obrigatória de casos suspeitos e confirmados de violências contra crianças e adolescentes ao conselho tutelar. O Estatuto do Idoso (Lei n. 10.741, de 1 de outubro de 2003) determina a comunicação obrigatória de casos suspeitos e confirmados de violência contra idosos à autoridade policial, Ministério Público ou Conselho Municipal, Estadual ou Nacional do Idoso. O Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei n. 13.146, de 6 de julho de 2016) determina

a comunicação obrigatória de suspeita ou confirmação de violência contra pessoa com deficiência à autoridade policial e ao Ministério Público. A Lei n. 13.931, de 10 de dezembro de 2019, determina a comunicação obrigatória de suspeita ou confirmação de violência contra mulheres à autoridade policial.

Mas por que é necessário notificar os casos de violências?

A necessidade de notificação dos casos de violências se dá por diversos motivos, dentre os quais, conforme destacado pelo manual de Notificação de Violências Interpessoais e Autoprovocadas (BRASIL, 2017):

a) para conhecer a magnitude e a gravidade das violências e identificar os casos que permanecem “ocultos” nos espaços privados e públicos;

b) para compreender a situação epidemiológica desse agravo nos municípios, estados e no país, subsidiando as políticas públicas para a atenção, a prevenção de violências, a promoção da saúde e a cultura da paz;

c) para intervir nos cuidados em saúde, promovendo atenção integral às pessoas em situação de violência;

d) para proteger e garantir direitos por meio da rede de atenção e proteção. O trabalho de cada profissional que atende pessoas em situação de violência é estratégico para o fortalecimento da vigilância e da rede de atenção e proteção.

É importante destacar ainda, de acordo com o manual de Notificação de Violências Interpessoais e Autoprovocadas, que a notificação de violências interpessoais e autoprovocadas exige de profissionais e de gestores(as) da saúde uma postura ética e cuidadosa em relação à pessoa que vivencia situação de violência e à sua família. Ela não pode ser feita a partir de uma lógica burocrática. Ao contrário, notificar os casos de violências implica compromisso com a pessoa que está em sofrimento e que necessita de proteção e cuidado (BRASIL, 2017).

3. Políticas públicas de prevenção

3.1 Programa de Combate à Intimidação Sistemática (*Bullying*)

7 de abril é considerado o Dia Nacional de Combate ao *Bullying* e à Violência nas Escolas. A data foi instituída em 2016, por meio da Lei n. 13.277, relacionada à tragédia que ocorreu em 2011, quando um jovem de 24 anos invadiu a Escola Municipal Tasso da Silveira, no Bairro de Realengo, no Rio de Janeiro, e matou 11 crianças (BRASIL, s/d).

Desde então o *bullying* e a violência nas escolas passaram a ser vistos como problemas graves, que pais, educadores, governos e toda a sociedade precisam enfrentar. A gravidade

da questão se confirma por meio de estudos recentes como o “Diagnóstico Participativo da Violência nas Escolas”, realizado pela Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais (FLACSO) em 2015, com apoio do Ministério da Educação, que revelou que 69,7% dos estudantes declaram ter presenciado alguma situação de violência dentro da escola.

A preocupação com o fenômeno fez com que o termo *bullying* fosse incluído também na Pesquisa Nacional da Saúde do Escolar (PeNSE) de 2015. Nesse estudo, 7,4% dos estudantes informaram que já se sentiram ofendidos ou humilhados e 19,8% declararam que já praticaram alguma situação de intimidação, deboche ou ofensa contra algum de seus colegas.

Nas escolas, são muitos os exemplos de atitudes agressivas capazes de causar sofrimento e angústia. É comum vivenciar casos de estudantes introvertidos, intimidados pelos alunos mais fortes e desinibidos; a menina que carrega o apelido de baleia; o garoto conhecido por quatro olhos e o chamado de palito.

Essas situações não são novas, mas somente a partir da década de 70 começaram a ser estudadas com atenção, por pesquisadores de diferentes países, como integrantes de um fenômeno conhecido atualmente como *bullying* (do inglês *bully*, valentão, brigão), muito comum nas relações entre pares, em especial, estudantes. Na prática, ocorre quando um estudante (ou mais), de forma intencional, elege como alvo outro (ou outros) contra o qual desfere uma série de maus-tratos repetitivos, impossibilitando a sua defesa.

O problema pode ter inúmeras causas, desde modelos educativos familiares, como o autoritarismo, a permissividade, a ausência de limites e afeto e o abandono, e também fatores como a força da mídia, principalmente por meio de programas e filmes violentos, e a influência cultural – o egoísmo, o individualismo e o descaso colaboram para a falta de empatia, compaixão, tolerância e respeito.

O *bullying* pode ocasionar sérios problemas, de acordo com a gravidade e do tempo de exposição aos maus-tratos. As vítimas podem ter o processo de aprendizagem comprometido, apresentar déficit de concentração, queda de rendimento escolar e desmotivação para os estudos. Isso pode resultar em evasão e reprovação escolar.

Tais consequências podem atingir também o processo de socialização e causar retraimento, dificuldade no relacionamento e na tomada de iniciativas e de decisões. Os problemas podem atingir até a saúde das vítimas e desencadear sintomas e doenças de fundo emocional, como dores de cabeça e de estômago, febre, vômitos, alergias, fobias e depressão.

O *bullying* se diferencia das brigas comuns – as que chegam às vias de fato ou as que ficam apenas na discussão. O que é considerado normal pelos especialistas e faz parte do

desenvolvimento. O problema é quando se torna algo rotineiro, em que um jovem ou grupo começa a perseguir um ou mais colegas.

Crianças e adolescentes que têm um perfil mais retraído costumam ser as maiores vítimas. No geral, elas apresentam maior dificuldade para se expressar ou se abrir em casa ou na escola. O medo de piorar a situação, quando a chantagem costuma fazer parte das agressões, também contribui para o silêncio.

Os casos de *bullying* começam muito mais silenciosos e, por isso, são mais graves. Quem sofre a agressão não conta nem na escola nem na família, mas começa a mudar o comportamento. Queda no rendimento escolar, faltas na escola e mudanças no comportamento são os sinais mais frequentes apresentados por quem sofre esse tipo de violência.

Por isso, pais e escola devem estar sempre atentos para os sinais que são apresentados pelos jovens. É importante ficar atentos ao comportamento dos jovens e manter sempre abertos os canais de comunicação com eles, afinal, o diálogo continua a ser a melhor arma contra esse tipo de violência, que pode causar efeitos devastadores em crianças e adolescentes⁶.

É nesse sentido que a Lei n. 13.185, de 6 de novembro de 2015, do Governo Federal, representa um marco importante na luta contra a violência ao instituir o Programa de Combate à Intimidação Sistemática (*Bullying*), estabelecendo medidas para tentar acabar com a prática do *bullying* nas escolas. A partir de agora, as instituições de ensino deverão produzir campanhas educativas e poderão ser responsabilizadas por omissão ou negligência caso não o façam.

É importante destacar que até a homologação da Lei n. 13.185/2015, não havia no sistema jurídico uma definição concisa sobre a palavra *bullying*, mas tão somente as discussões entre psicólogos e educadores. Embora não tipifique nenhuma ação específica como crime de *bullying*, as suas ações podem ser enquadradas em tipos penais já existentes (instigação ao suicídio, calúnia, difamação, injúria, dano, entre outros previstos no Código Penal e em leis especiais⁷). O que significa dizer que, na prática, podem gerar consequências jurídicas, independente de ocorrerem de forma repetitiva.

A Lei n. 13.185/2015 não só atribui parâmetros, mas, também, programas e responsabilidades, ambiente educacional o que já se entendia como missão da escola, mas

⁶ Os mesmos cuidados valem para situações enfrentadas fora da escola, seja no mundo virtual – como em casos de *cyberbullying* –, na vizinhança onde moram ou nos locais que costumam frequentar, afirmam os especialistas (BRASIL, s/d).

⁷ A exemplo da Lei de Crimes de Preconceito de Raça ou de Cor (Lei n. 7.716/89) e da Lei de Crimes Hediondos (Lei. n. 8.072/90), entre outras.

que muitas ainda negligenciavam. A Lei classifica a prática de *bullying* como intimidação sistemática, quando há violência física ou psicológica, intencional e repetitiva, sem motivação evidente, praticada por indivíduo ou grupo, contra uma ou mais pessoas, com o objetivo de intimidá-la ou agredi-la, causando dor e angústia à vítima.

Esses atos de intimidação sistemática (*bullying*) são caracterizados por atos de intimidação, humilhação ou discriminação e, ainda, ataques físicos, comentários sistemáticos e apelidos pejorativos, expressões pejorativas, isolamento social, entre outros. Ainda segundo a Lei n. 13.185/2015, há intimidação sistemática na rede mundial de computadores (*cyberbullying*), quando se usarem os instrumentos que lhe são próprios para depreciar, incitar a violência, adulterar fotos e dados pessoais com o intuito de criar meios de constrangimento psicossocial.

Além disso, a Lei n. 13.185/2015 também estabelece objetivos para o programa de combate à intimidação sistemática, de forma que não basta apenas uma palestra ou a publicação de uma cartilha. É preciso instituir um programa, ou seja, um conjunto de ações que envolvem capacitação de docentes e equipes pedagógicas, campanhas de educação, atendimento psicológico, orientação a pais. É preciso disseminar, efetivamente, a conscientização de forma preventiva entre educandos, educadores e pais de alunos. Afinal, o *bullying* é uma responsabilidade de todos, visto que não afeta somente o indivíduo, mas todo o meio social.

3.2 Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio

Instituída pela Lei n. 13.819 de 26 de abril de 2019, a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio constitui um avanço em relação à violência autoprovocada no país. A Lei cria um sistema nacional, com estados e municípios, para prevenção do suicídio e da automutilação e um serviço telefônico gratuito para atendimento ao público, determinando, ainda, que a notificação compulsória destes casos deve ter caráter sigiloso nos estabelecimentos de saúde, segurança, escolas e conselhos tutelares.

O suicídio representa 1,4% das mortes em todo o mundo, sendo a segunda principal causa entre os jovens de 15 a 29 anos, segundo levantamento da Organização Mundial de Saúde (OMS). No Brasil, estima-se que entre cinco a nove mortes por 100 mil habitantes em 2018 tenham como causa o suicídio. Esse número representa uma parcela significativa da taxa de mortalidade geral. Ainda segundo a OMS, a cada adulto que comete suicídio, pelo menos outros 20 possuem algum tipo de ideação ou atentam contra a própria vida.

Um importante estudo sobre suicídio no Brasil, entre 2006 e 2015, mostrou um

aumento de 9% na taxa de suicídio ajustada à idade. Até então, nenhum estudo havia examinado a associação entre a taxa de suicídio de adolescentes e indicadores socioeconômicos em grandes centros urbanos no Brasil. O estudo teve como objetivo verificar as mudanças nas taxas de suicídio entre adolescentes de seis grandes cidades brasileiras entre 2006 e 2015 e examinar a relação entre as taxas de suicídio de adolescentes e indicadores socioeconômicos, como PIB, desigualdade social/de renda e taxas de desemprego. A hipótese apresentada pelos autores foi a de que, devido à recente recessão econômica, houvesse um aumento nas taxas de suicídio de adolescentes nas maiores cidades do Brasil entre 2006 e 2015 (JAEN-VARAS *et al*, 2019)⁸.

Além do suicídio, a automutilação também acende um alerta a toda sociedade. Ainda não há estimativas sobre os riscos provocados pela automutilação, o que deve ser resolvido com a criação da Política Nacional de Prevenção ao Suicídio e à Automutilação. A partir dos dados computados, o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos terá condições de mapear a situação atual do problema e, em conjunto com os Ministérios da Educação e da Saúde, organizar ações e políticas públicas voltadas à prevenção.

A Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio foi instituída exatamente como “estratégia permanente do poder público” para a prevenção desses eventos e para o tratamento dos condicionantes a eles associados (art. 2º). Esta Política tem entre os seus objetivos:

- a) a promoção da saúde mental;
- b) a prevenção da violência autoprovocada;
- c) o controle dos fatores determinantes e condicionantes da saúde mental;
- d) informar e sensibilizar a sociedade sobre a importância e a relevância das lesões autoprovocadas como problemas de saúde pública passíveis de prevenção;
- e) promover a articulação intersetorial para a prevenção do suicídio, envolvendo entidades de saúde, educação, comunicação, imprensa, polícia, entre outras;
- f) promover a notificação de eventos, o desenvolvimento e o aprimoramento de métodos de coleta e análise de dados sobre automutilações, tentativas de suicídio e suicídios consumados.

⁸ O estudo constatou que a taxa de suicídio entre adolescentes aumentou 24% em seis grandes cidades brasileiras e 13% no Brasil no geral entre 2006 e 2015. Além disso, o estudo encontrou uma associação entre indicadores socioeconômicos, particularmente desigualdade e desemprego, e taxas de suicídio em adolescentes, de modo que níveis mais altos de desigualdade e desemprego foram associados a maiores taxas de suicídio (JAEN-VARAS *et al*, 2019).

Esse último objetivo tem uma importância peculiar exatamente em decorrência da subnotificação desses eventos, o que dificulta ações e medidas específicas voltadas para promoção e prevenção, sobretudo no que diz respeito aos contextos regionais e locais.

Nesse sentido, é muito importante a previsão normativa que permite ao poder público celebrar parcerias com setores de diversas áreas, como empresas provedoras de conteúdo digital, mecanismos de pesquisa da internet, gerenciadores de mídias sociais, entre outros, para a divulgação de serviços de atendimento a pessoas com sofrimento psíquico.

Ainda no que diz respeito à notificação vale destacar que, segundo a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, os casos suspeitos ou confirmados de violência autoprovocada são de notificação compulsória pelos estabelecimentos de saúde públicos e privados à autoridade sanitária e estabelecimentos de ensino públicos e privados ao conselho tutelar.

Esta notificação compulsória tem caráter sigiloso e as autoridades que a receberem ficam obrigadas a guardar sigilo. Como se pode ver, portanto, não se trata de uma notificação comum. Não por acaso a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio determina que os estabelecimentos informem e treinem os seus profissionais para estes procedimentos de notificação.

Essa preocupação se estende aos casos que envolvem investigação de suspeita de suicídio, quando a autoridade competente deverá comunicar à autoridade sanitária a conclusão do inquérito policial que apurou as circunstâncias da morte.

Apesar de sucinta, esta Lei constitui um marco importante no enfrentamento da violência autoprovocada que, parece, enfim, ocupar a pauta política do Governo Federal, cuja implementação depende, no entanto, da cooperação dos estados e municípios – e também da sociedade.

4. Considerações finais

O ensaio analisou a violência autoprovocada (autolesão, tentativa ou suicídio) entre adolescentes no Brasil – considerando a população de 10 a 19 anos, conforme critério cronológico da Organização Mundial da Saúde (OMS) – sob as políticas públicas de prevenção.

Como vimos, para compreender a violência autoprovocada entre adolescentes é preciso compreender o próprio adolescente. Afinal, de que adianta teorizar sobre a dor se não compreendemos aquele que a sofre? Compreendemos que é preciso ir além da dimensão do problema, dos fatores de risco, das estratégias de prevenção, bem como das concepções

naturalizantes que insistem em enxergar a adolescência como uma “fase” – difícil e problemática – entre a infância e a fase adulta.

Também é preciso que existam mais estudos e pesquisas voltadas para a avaliação do impacto da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio (Lei n. 13.819/2019), que prevê uma série de medidas de promoção à saúde mental e prevenção da violência autoprovocada e do suicídio, e também para uma avaliação do Programa de Combate à Intimidação Sistemática (*Bullying*) (Lei n. 13.185/2015), do Governo Federal, no sentido de saber, inclusive, se as instituições de ensino estão cumprindo o disposto em lei.

Conforme afirmado nas considerações iniciais, existe, ainda, em determinadas regiões do país, uma forte resistência de escolas (públicas e particulares), igrejas (católicas e não-católicas) e do próprio poder público (notadamente o municipal), em relação à temas voltados para a violência autoprovocada entre adolescentes, sob o pretexto de que o levantamento de questões como essa poderia incentivar jovens a cometer atos de violência autoprovocada (autolesão, tentativa ou suicídio).

Essa resistência é geralmente atribuída à existência de um tabu sobre o tema, o que é verdade, mas, apenas em parte. É provável que o receio dessa discussão por parte dessas instituições esteja relacionado ao conhecimento dos casos. Isso colocaria as instituições em uma posição desconfortável e na situação de responsável (direta ou indiretamente) por promover ações e medidas voltadas para o problema. Bem mais fácil, portanto, “não mexer na ferida”, deixando as pessoas (e suas famílias) aos seus próprios cuidados com os seus problemas de saúde mental.

Essa realidade é agravada pela falta de fiscalização das instituições (municipais e estaduais) que tem por obrigação, por exemplo, a realização de projetos e a notificações sobre a violência autoprovocada entre crianças e adolescentes, cuja falta de dados compromete a avaliação do alcance e da eficácia das políticas públicas criadas pelo Governo Federal.

As políticas públicas voltadas para a saúde mental, especialmente a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio e o Programa de Combate à Intimidação Sistemática (*Bullying*), constituem, de fato, marcos importantes em relação à violência autoprovocada que, parece, enfim, ocupar a pauta política do Governo Federal, não obstante a sua implementação dependa da cooperação de estados e municípios e, também, da sociedade.

5. Referências

AGUIAR, Wanda Maria Junqueira de; BOCK, Ana Mercês Bahia; OZELLA, Sergio. A orientação profissional com adolescentes: um exemplo de prática na abordagem sócio-histórica. In: BOCK, Ana Mercês Bahia; GONÇALVES, M. Graça. M.; FURTADO, Odair (Orgs.) **Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia**. São Paulo: Cortez, p. 163-178, 2017.

ALMEIDA, Carla Maria; HORTA, Purificação. Auto-lesão, auto-mutilação e auto-agressão. A mesma definição? **News**. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, n. 16, ago./set., 2010. Disponível em: <http://news.medicina.ulisboa.pt/2010/09/30/auto-lesao-auto-mutilacao-e-auto-agressao-a-mesma-definicao/>. Acesso em: 12 julho de 2022.

BECKER, Daniel. **O que é a adolescência**. São Paulo: Brasiliense, 1989.

BOCK, Ana Mercês Bahia. Adolescência como construção social: estudo sobre livros destinados a pais e educadores. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional** – ABRAPEE, v. 1, n. 1, p. 63-76, jan./jun., 2007.

BRASIL. Ministério da Educação. **Especialistas indicam formas de combate a atos de discriminação**. Brasília, s/d. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/component/tags/tag/34487>>. Acesso em: 15 de julho 2022.

_____. Ministério da Educação. **Pesquisadora aponta a prevenção como forma de reduzir a violência**. Brasília, s/d. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/component/tags/tag/34487>>. Acesso em: 15 de julho de 2022.

_____. Ministério da Educação. **Sancionada lei que cria política de prevenção da automutilação e do suicídio**. Brasília, 2019. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/component/content/article/12-noticias/acoes-programas-e-projetos-637152388/75511-sancionada-lei-que-cria-politica-de-prevencao-da-automutilacao-e-do-suicidio?Itemid=164>>. Acesso em: 22 de julho de 2022.

_____. 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**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual instrutivo de preenchimento da ficha de notificação/investigação individual violência doméstica, sexual e/ou outras violências**. Brasília, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências**: orientação para gestores e profissionais de saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRITO, Franciele Aline Machado de *et al.* Violência autoprovocada em adolescentes no

Brasil, segundo os meios utilizados. **Cogitare Enfermagem**. 2021. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/76261>>. Acesso em: 14 de julho de 2022.

CALLIGARIS, Contardo. **A adolescência**. Coleção Folha Explica. São Paulo: PubliFolha, 2000.

CLÍMACO, Adélia Araújo de Souza. **Repensando as concepções de adolescência**. 106 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1990.

DEBARBIEUX, Eric e BLAYA, Catherine (Orgs.). **Violência nas escolas e políticas públicas**. Brasília: UNESCO, 2002.

DONNE, John. **Meditações**. Traduzido por Fábio Cyrino. São Paulo: Landmark, 2007.

DURKHEIM Émile. **O suicídio: estudos de sociologia**. Tradução de Monica Stahel. 1. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

EISENSTEIN, Evelyn. Adolescência: definições, conceitos e critérios. **Adolescência & Saúde**, v. 2, n. 2, p. 6-7, jun., 2005.

ERIKSON, Erik. **Identidade, juventude e crise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

FARRINGTON, David P. Fatores de risco para violência juvenil. *In*: DEBARBIEUX, Eric e BLAYA, Catherine (Orgs.). **Violência nas escolas e políticas públicas**. Brasília: UNESCO, 2002.

FIGUEREDO, Vinícius Alves de *et al.* Parasuicídio, entendendo a realidade da mente jovem: uma revisão integrativa. *In*: SOUSA, Cerqueira de. (Org.). **Ciências da saúde no Brasil: impasses e desafios 5**. Ponta Grossa: Atena, p. 123-128, 2020.

GUERREIRO, Diogo Frasilho; SAMPAIO, Daniel. Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Lisboa, v. 31, n. 2, p. 204-213, dez., 2013. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870902513000308>>. Acesso em: 13 de julho de 2022.

JAEN-VARAS, Denisse *et al.* The association between adolescent suicide rates and socioeconomic indicators in Brazil: a 10-year retrospective ecological study. **Brazilian Journal of Psychiatry**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 389-395, Oct. 2019.

KLONSKY, E. D.; OLINO, T. M.. Identifying clinically distinct subgroups of self-injurers among young adults: a latent class analysis. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 76, 1, p. 22-27, 2008.

KNOBEL, Maurício. A síndrome da adolescência normal. *In*: ABERASTURY, Arminda; KNOBEL Maurício. **Adolescência normal: um enfoque psicanalítico**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.

KREITMAN, Norman. **Parasuicide**. London; New York: Wiley, 1977.

KRUG, Etienne G. *et al.* (Ed.). **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002.

MALTSBERGER, J. T.; LOVETT, C. G.. Suicide in borderline personality disorder. *In*: SILVER D.; M. ROSENBLUTH M. (Eds.). **Handbook of borderline disorders**. Madison: IUP, p. 335-387, 1992.

MILLON, T.; DAVIS, R.. **Transtornos de la personalidad en la vida moderna**. Barcelona: Masson, 2001.

OLIVEIRA, Abílio; AMÂNCIO, Lígia; SAMPAIO, Daniel. **Arriscar morrer para sobreviver**: olhar sobre o suicídio adolescente. *Análise Psicológica*, Lisboa, v. 19, n. 4, p. 509-521, out., 2001. Disponível em: <<http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/view/382>>. Acesso em: 13 de julho de 2022.

PINTO, Agnes Caroline Souza *et al.* Fatores de risco associados a problemas de saúde mental em adolescentes: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem** [on line]. 2014, v. 48, n. 03, p. 555-564. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reesp/a/yZbz4QkgvWmVY5mDrXMNhKF/?lang=pt#>>. Acesso em: 15 de julho 2022.

SANTOS, Benedito Rodrigues dos. **Emergência da concepção moderna de infância e adolescência**: mapeamento, documentação e reflexão sobre as principais teorias. Dissertação (Mestrado em Antropologia), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1996.

SIMEON, D., e FAVAZZA, A.. Self-injurious behaviors: Phenomenology and assessment. *In*: D.Simeon e E. Hollander (Eds.), **Self-injurious behaviours, assessment and treatment**. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, p. 1-28, 2001.

WALSH, Barent W.. **Treating self-injury**: a practical guide. New York: Guilford Press, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). KRUG, Etienne G. *et al* (Eds). **World report on violence and health**. Geneva: WHO, 2002. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf>. Acesso em: 14 de julho de 2022.