

**VIOLÊNCIA
AUTOPROVOCADA ENTRE
ADOLESCENTES NO
AMAPÁ: ANÁLISE DAS
NOTIFICAÇÕES DO
SINAN/DATASUS, 2021 –
2025**

**SELF-INFLICTED VIOLENCE AMONG ADOLESCENTS IN AMAPÁ: ANALYSIS
OF SINAN/DATASUS NOTIFICATIONS, 2021-2025**

Ciências Humanas, Ciências da Saúde • 15/10/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/792019362](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/792019362)

Odinete Cristina Almeida Alves¹

Laine Freitas da Silva²

Cláudio Afonso Soares³

RESUMO

A violência autoprovocada entre adolescentes constitui um relevante problema de saúde pública, por expressar situações de sofrimento psíquico, vulnerabilidade psicossocial e necessidade de cuidado intersetorial. Este estudo teve como objetivo analisar a frequência das notificações de violência autoprovocada entre adolescentes de 10 a 19 anos no estado do Amapá, no período de 2021 a 2025, registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), disponibilizado pelo DATASUS. Trata-se de estudo epidemiológico, descritivo, de abordagem quantitativa e delineamento retrospectivo, fundamentado em dados secundários de acesso público. Foram analisadas as variáveis ano de notificação, faixa etária, sexo, município de notificação e raça/cor. De forma complementar, utilizaram-se indicadores da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) 2024, do Índice de Progresso Social Brasil 2026 e informações sobre a distribuição dos Centros de Atenção Psicossocial no estado, com finalidade contextual e interpretativa. Foram identificadas 1.587 notificações no período investigado, com tendência geral de crescimento ao longo da série histórica e maior número de registros em 2025. Observou-se discreta predominância da faixa etária de 10 a 14 anos (51,4%), expressiva concentração no sexo feminino (89,0%) e maior frequência de adolescentes autodeclarados pardos (72,4%). Macapá concentrou 943 registros, correspondendo a 59,7% das notificações com município informado. Os achados indicam que a violência autoprovocada entre adolescentes no Amapá apresenta elevada magnitude e deve ser compreendida em articulação com vulnerabilidades psicossociais, desigualdades territoriais, limitações da rede de cuidado e possíveis diferenças na capacidade de identificação e notificação entre municípios. Conclui-se que o fortalecimento da vigilância epidemiológica, da atenção psicossocial e das ações intersetoriais

entre saúde, educação, assistência social, família e comunidade é fundamental para a prevenção e o cuidado de adolescentes em situação de sofrimento psíquico no contexto amapaense.

Palavras-chave: Adolescência; Violência autoprovocada; Saúde mental; SINAN; Amapá.

ABSTRACT

Self-inflicted violence among adolescents constitutes a relevant public health problem, as it expresses situations of psychological distress, psychosocial vulnerability, and the need for intersectoral care. This study aimed to analyze the frequency of notifications of self-inflicted violence among adolescents aged 10 to 19 years in the state of Amapá, Brazil, from 2021 to 2025, registered in the Notifiable Diseases Information System (SINAN), made available through DATASUS. This is an epidemiological, descriptive study with a quantitative approach and retrospective design, based on publicly available secondary data. The variables analyzed were year of notification, age group, sex, municipality of notification, and race/skin color. Complementary indicators from the 2024 National School Health Survey (PeNSE), the 2024 Brazil Social Progress Index, and information on the distribution of Psychosocial Care Centers in the state were used for contextual and interpretative purposes. A total of 1,587 notifications were identified during the study period, with an overall upward trend throughout the time series and the highest number of records in 2025. There was a slight predominance of the 10-to-14-year age group (51.4%), a marked concentration among females (89.0%), and a higher frequency of adolescents self-identified as brown/mixed race (72.4%). Macapá accounted for 943 records, corresponding to 59.7% of notifications with municipality information. The findings indicate that self-inflicted violence among adolescents in Amapá presents considerable magnitude and should

be understood in connection with psychosocial vulnerabilities, territorial inequalities, limitations in the care network, and possible differences in the capacity for case identification and notification across municipalities. It is concluded that strengthening epidemiological surveillance, psychosocial care, and intersectoral actions involving health, education, social assistance, family, and community is essential for the prevention and care of adolescents experiencing psychological distress in the Amapá context.

Keywords: Adolescence; Self-inflicted violence; Mental health; SINAN; Amapá.

1. INTRODUÇÃO

A violência autoprovocada entre adolescentes constitui um fenômeno multifatorial e socialmente determinado, cuja compreensão exige articulação entre saúde pública, psicologia do desenvolvimento, epidemiologia e políticas de prevenção. Na adolescência, as intensas transformações físicas, cognitivas, emocionais e sociais podem ampliar a vulnerabilidade ao sofrimento psíquico, sobretudo quando associadas a contextos de violência, bullying, isolamento social, conflitos familiares, desigualdades sociais e fragilidade das redes de apoio (Santos *et al.*, 2025; Trindade; Pereira, 2026). Nesse cenário, os comportamentos autolesivos e as tentativas de autoagressão devem ser compreendidos como expressões complexas de sofrimento, podendo estar relacionados a fatores psicossociais, familiares, escolares e territoriais, além de transtornos mentais como depressão e ansiedade (Watanabe *et al.*, 2025).

Do ponto de vista conceitual, a violência autoprovocada envolve atos nos quais o indivíduo dirige algum tipo de agressão contra si mesmo, podendo abranger autolesão com ou sem intenção suicida,

intoxicação, tentativas de suicídio e outras formas de dano autoinfligido. A literatura diferencia o comportamento suicida, que pode envolver ideação, planejamento, tentativa e suicídio consumado, da autolesão não suicida, embora esta também possa indicar sofrimento psíquico significativo e aumento do risco para comportamentos suicidas futuros (Campos *et al.*, 2026; Orsatto *et al.*, 2025; Silva, Rodrigo Sousa *et al.*, 2019). Essa distinção é relevante para estudos baseados em dados do SINAN/DATASUS, pois as notificações registradas pelos serviços de saúde expressam os casos identificados e notificados pela rede assistencial, não correspondendo necessariamente à totalidade dos eventos ocorridos na população.

No Brasil, a violência autoprovocada entre adolescentes apresenta expressiva relevância epidemiológica. Estudos baseados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação indicam que, entre 2012 e 2022, foram notificados 824.430 casos entre adolescentes de 10 a 19 anos, com predominância do sexo feminino e distribuição desigual entre regiões e faixas etárias (Silva, Tarciso Feijó da *et al.*, 2025). Nesse contexto, o SINAN/DATASUS constitui fonte fundamental para a identificação de padrões temporais, territoriais e sociodemográficos, subsidiando ações de vigilância, prevenção e cuidado em saúde mental. Contudo, a interpretação desses registros requer cautela, uma vez que os dados podem estar sujeitos à subnotificação, incompletude de campos e variações na capacidade de identificação, registro e notificação entre municípios e regiões (Prado; Pinto, 2022).

No estado do Amapá, foram registrados 1.587 casos de violência autoprovocada entre adolescentes de 10 a 19 anos no período de 2021 a 2025, evidenciando a relevância do problema no contexto

local. Os dados apontam tendência geral de crescimento ao longo da série histórica, com aumento de 30,5% no total de registros entre 2021 e 2022, relativa estabilidade entre 2022 e 2024 e novo crescimento em 2025. Observa-se, ainda, discreta predominância da faixa etária de 10 a 14 anos, o que indica que o fenômeno não se restringe à adolescência final, manifestando-se de forma expressiva já em adolescentes mais jovens (Brasil, 2026). Tal cenário exige análise que considere as vulnerabilidades psicossociais próprias da adolescência, as desigualdades territoriais, a distribuição da rede de cuidado em saúde mental e os limites inerentes aos dados secundários de notificação.

Além dos registros do SINAN/DATASUS, indicadores complementares, como os da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (Pense, 2024), permitem contextualizar o sofrimento psíquico entre adolescentes escolares, especialmente no que se refere à tristeza frequente, percepção de desamparo, autoavaliação negativa da saúde mental e vontade de se machucar de propósito. Esses dados não substituem as notificações de violência autoprovocada, mas contribuem para compreender dimensões subjetivas e escolares que podem anteceder, acompanhar ou intensificar comportamentos autolesivos (IBGE, 2024; Ferreira *et al.*, 2024). Do mesmo modo, indicadores socioambientais, como o IPS Brasil 2026, podem auxiliar na contextualização das desigualdades territoriais, sem estabelecer relação causal direta, mas permitindo situar os achados epidemiológicos em um cenário mais amplo de vulnerabilidade social, acesso desigual a serviços e limitações estruturais (Wilm *et al.*, 2026).

Diante desse cenário, o presente artigo tem como objetivo analisar a frequência das notificações de violência autoprovocada entre

adolescentes de 10 a 19 anos no estado do Amapá, registradas no SINAN/DATASUS, no período de 2021 a 2025. A análise considerou as variáveis ano de notificação, faixa etária, sexo, município de notificação e raça/cor, articulando os dados epidemiológicos a indicadores complementares da PeNSE 2024, do IPS Brasil 2026 e da distribuição territorial da Rede de Atenção Psicossocial. Busca-se, assim, contribuir para a compreensão do perfil epidemiológico da violência autoprovocada entre adolescentes no Amapá, discutindo seus padrões de ocorrência, possíveis desigualdades sociodemográficas e territoriais, limitações dos registros secundários e implicações para o fortalecimento das ações de vigilância, prevenção e cuidado em saúde mental.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Violência autoprovocada, saúde pública e vigilância epidemiológica

A violência autoprovocada constitui agravo relevante para a saúde pública, especialmente quando envolve adolescentes, por expressar situações de sofrimento psíquico, autoagressão, risco de recorrência e necessidade de cuidado contínuo. No campo da vigilância epidemiológica, a notificação permite dimensionar a frequência dos registros, identificar grupos mais vulneráveis, observar padrões temporais e territoriais e subsidiar políticas públicas de prevenção e atenção psicossocial (Brasil, 2016b; Organização Mundial da Saúde, 2014).

No Brasil, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), disponibilizado por meio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), constitui uma das principais

fontes para estudos epidemiológicos descritivos sobre violências. O Ministério da Saúde orienta que situações de violência interpessoal e autoprovocada sejam registradas pelos serviços de saúde, de modo a possibilitar vigilância, acompanhamento e planejamento das ações no território (Brasil, 2016b). Desse modo, estudos baseados no SINAN/DATASUS não apenas descrevem eventos notificados, mas também permitem analisar a capacidade da rede de saúde de identificar e registrar casos, especialmente em contextos marcados por desigualdades territoriais.

Entretanto, os dados provenientes de sistemas de notificação devem ser interpretados com cautela, pois expressam a frequência dos registros realizados e não necessariamente a ocorrência real do fenômeno na população. A existência da notificação depende do acesso do adolescente ao serviço de saúde, da identificação do caso pelos profissionais, do preenchimento adequado da ficha e da capacidade da vigilância local. Por isso, a análise deve considerar subnotificação, incompletude, campos ignorados, inconsistências e desigualdades no acesso aos serviços (Brasil, 2016b; Malta *et al.*, 2017). A Organização Mundial da Saúde também reconhece que a qualidade dos dados sobre suicídio e autolesão constitui desafio internacional, sobretudo em razão do estigma, da classificação inadequada e da subnotificação (Organização Mundial da Saúde, 2014; 2025b).

Neste estudo, a violência autoprovocada entre adolescentes de 10 a 19 anos no Amapá é analisada a partir das notificações disponíveis no SINAN/DATASUS. Assim, os registros são compreendidos como indicadores epidemiológicos da visibilidade do fenômeno na rede de saúde e, ao mesmo tempo, como expressão das possibilidades e limitações dos serviços locais de vigilância e cuidado.

2.1. Delimitações Conceituais: Violência Autoprovocada, Autolesão e Comportamento Suicida

A violência autoprovocada compreende atos dirigidos contra o próprio corpo, podendo envolver autolesão, autoagressão, intoxicação, tentativa de suicídio e outras formas de dano autoinfligido. Trata-se de uma categoria ampla no campo da vigilância em saúde, razão pela qual é necessário distinguir seus diferentes significados para evitar interpretações inadequadas dos dados epidemiológicos (Brasil, 2016b; Bertolote, 2012).

Bertolote (2012) define o suicídio como ato deliberado e intencional de causar a própria morte, iniciado e executado por uma pessoa que tem consciência ou expectativa de que o desfecho possa ser fatal. Para o autor, o comportamento suicida pode ser compreendido como processo que envolve ideação, planejamento, tentativa e suicídio consumado. A tentativa de suicídio corresponde a um ato autoagressivo deliberado, realizado com intenção de morte, mas sem desfecho fatal; já a autoagressão pode abranger lesões ou intoxicações autoinfligidas com ou sem intenção de morrer (Bertolote, 2012).

Essa distinção é importante porque nem toda autolesão corresponde a uma tentativa de suicídio, assim como nem toda notificação de violência autoprovocada pode ser interpretada como suicídio consumado. A intencionalidade, o contexto do ato e a história de sofrimento do adolescente são dimensões relevantes para a análise clínica e psicossocial; contudo, em estudos baseados em dados secundários, essas informações nem sempre estão disponíveis ou devidamente preenchidas, o que exige prudência interpretativa (Bertolote, 2012; Botega, 2015).

Assumpção (2004) contribui para essa discussão ao recuperar o sentido etimológico do termo suicídio, derivado de *sui* e *caedere*, isto é, matar a si próprio, mas ressalta que o fenômeno não pode ser reduzido ao ato final. Ele envolve dimensões históricas, culturais, subjetivas, familiares e sociais. De modo semelhante, a Organização Mundial da Saúde compreende o suicídio e a autolesão como fenômenos multifatoriais, atravessados por fatores psicológicos, sociais, culturais, biológicos e ambientais ao longo da vida (Organização Mundial da Saúde, 2014; 2025b).

Portanto, neste artigo, a violência autoprovocada é compreendida tanto como categoria epidemiológica de notificação quanto como possível expressão de sofrimento psíquico e vulnerabilidade psicossocial. Essa dupla perspectiva permite articular a análise quantitativa dos registros do SINAN/DATASUS com a discussão teórica sobre adolescência, saúde mental, comportamento suicida, desigualdades territoriais e prevenção.

2.2. Adolescência, Sofrimento Psíquico e Vulnerabilidade Psicossocial

A adolescência constitui etapa do desenvolvimento humano marcada por intensas transformações biológicas, psicológicas, afetivas, cognitivas e sociais. A Organização Mundial da Saúde compreende esse período como fase formativa, na qual mudanças físicas, emocionais e sociais podem tornar os indivíduos mais vulneráveis a problemas de saúde mental, especialmente quando há exposição à pobreza, violência, abuso, discriminação, conflitos familiares ou barreiras de acesso ao cuidado (Organização Mundial da Saúde, 2025a).

No campo psicológico, a adolescência não deve ser entendida apenas como transição cronológica entre infância e vida adulta, mas como período de reorganização subjetiva, construção da identidade, busca por autonomia, elaboração de perdas simbólicas e necessidade de pertencimento. Essas mudanças exigem do adolescente novas formas de relação consigo mesmo, com o corpo, com a família, com a escola e com o grupo social. Quando esse processo ocorre em contextos marcados por fragilidade de vínculos, isolamento, violência ou ausência de suporte, o sofrimento psíquico pode se intensificar e se manifestar por comportamentos autolesivos ou suicidas (Organização Mundial da Saúde, 2025a).

A Teoria Interpessoal-Psicológica do Suicídio, proposta por Joiner (2005), contribui para compreender a relevância dos vínculos sociais na prevenção do comportamento suicida. Segundo essa perspectiva, pertencimento frustrado, percepção de ser um peso para os outros e capacidade adquirida para a autoagressão podem se combinar na produção de risco. Embora esses elementos não expliquem todo o fenômeno, ajudam a compreender a importância do pertencimento, da percepção de valor da própria vida e da presença de redes de apoio no cuidado a adolescentes em sofrimento (Joiner, 2005; Prado; Pinto, 2022).

Em perspectiva sociológica clássica, Durkheim (2000) também contribui para deslocar a compreensão do suicídio de uma explicação exclusivamente individual para uma leitura que considera integração, regulação social e vínculos coletivos. Ainda que sua obra não seja suficiente para explicar, isoladamente, os registros contemporâneos de violência autoprovocada entre adolescentes, sua contribuição permanece relevante ao evidenciar que os

comportamentos autodestrutivos também expressam relações entre indivíduo, sociedade e contexto histórico.

Dessa forma, a violência autoprovocada entre adolescentes deve ser compreendida como fenômeno multifatorial, no qual fatores individuais, familiares, escolares, sociais, culturais e territoriais interagem. Tal compreensão é coerente com a leitura dos resultados deste estudo, que articula faixa etária, sexo, raça/cor, município de notificação, indicadores da PeNSE (2024), condições territoriais e organização da rede de cuidado.

2.3. PeNSE (2024), Saúde Mental Escolar e Indicadores Complementares de Sofrimento Psíquico

Embora a fonte principal deste estudo seja o SINAN/DATASUS, a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (Pense, 2024) constitui fonte complementar relevante para contextualizar o sofrimento psíquico entre adolescentes brasileiros. Realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em parceria com o Ministério da Saúde, a PeNSE (2024) investiga comportamentos, condições de saúde e fatores de risco entre escolares, incluindo indicadores relacionados à saúde mental, vínculos sociais, tristeza, solidão, preocupação, percepção de desamparo e comportamentos autolesivos (IBGE, 2024; Ferreira *et al.*, 2024).

A distinção entre SINAN/DATASUS e PeNSE(2024) é metodologicamente importante. Enquanto o SINAN registra notificações realizadas pelos serviços de saúde, baseadas em atendimentos e registros clínico-epidemiológicos, a PeNSE coleta informações autorreferidas por escolares em ambiente de pesquisa. Portanto, os dados da PeNSE(2024) não substituem os registros do

SINAN, mas auxiliam na interpretação do contexto mais amplo de sofrimento psíquico que pode anteceder ou acompanhar comportamentos autolesivos. Enquanto o SINAN evidencia a parcela do fenômeno que chega aos serviços e é notificada, a PeNSE permite observar dimensões subjetivas e escolares que muitas vezes permanecem invisíveis nos sistemas de notificação (IBGE, 2024; Ferreira *et al.*, 2024).

Ferreira *et al.*, (2024) ressaltam que a PeNSE(2024) constitui importante componente da vigilância em saúde dos adolescentes brasileiros, mas alertam que mudanças metodológicas entre suas edições devem ser consideradas com cautela, pois podem afetar a comparabilidade dos indicadores ao longo do tempo. Essa observação é relevante para evitar o uso inadequado da PeNSE como se seus dados fossem diretamente equivalentes aos registros do SINAN/DATASUS.

No presente artigo, a PeNSE(2024) é utilizada como fonte complementar para discutir saúde mental escolar, sofrimento psíquico e vulnerabilidade adolescente, especialmente nas comparações entre meninos e meninas e entre Brasil, Região Norte, Amapá e Macapá. Essa articulação fortalece a análise ao aproximar notificações formais de violência autoprovocada e indicadores autorreferidos de sofrimento psíquico entre escolares.

2.4. Determinantes Sociais, Território, Raça/Cor e Rede de Cuidado

A análise das notificações de violência autoprovocada deve considerar que variáveis sociodemográficas e territoriais não são apenas categorias descritivas, mas elementos fundamentais para

compreender padrões de vulnerabilidade, acesso aos serviços e capacidade de registro. Neste estudo, destacam-se faixa etária, sexo, raça/cor e município de notificação, em articulação com indicadores complementares sobre condições territoriais e organização da rede de atenção psicossocial (Brasil, 2016b; Paim *et al.*, 2011).

A variável sexo possui relevância analítica porque os comportamentos autolesivos e suicidas são atravessados por relações de gênero. Estudos sobre comportamento suicida apontam que autolesões e tentativas podem ser mais frequentemente notificadas entre meninas, enquanto os óbitos por suicídio tendem a apresentar maior letalidade entre meninos e homens em diferentes contextos. Essa diferença não deve ser explicada de forma biologizante, mas compreendida a partir de fatores socioculturais, como formas de expressão do sofrimento, padrões de busca por ajuda, violência de gênero, socialização emocional e barreiras de acesso ao cuidado (Bertolote, 2012; Botega, 2015; Prado; Pinto, 2022).

A variável raça/cor deve ser interpretada como marcador social e determinante de desigualdades, e não como característica biológica. No Brasil, as desigualdades raciais atravessam o acesso à saúde, à educação, à proteção social e às condições de vida. A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra reconhece o racismo como determinante social da saúde, destacando que populações negras e pardas podem estar mais expostas a vulnerabilidades estruturais, discriminação e barreiras de acesso ao cuidado (Brasil, 2017). No contexto do Amapá, a predominância de adolescentes pardos nas notificações deve ser analisada em diálogo com a composição demográfica do estado e com as desigualdades sociais e territoriais estruturantes.

O município de notificação constitui dimensão central para a interpretação territorial dos dados. A concentração de notificações em municípios com maior população e maior estrutura de serviços, como Macapá, pode refletir maior ocorrência, mas também maior capacidade de identificação, atendimento e registro. Por outro lado, números reduzidos em municípios menores não significam, necessariamente, ausência do fenômeno, podendo indicar subnotificação, dificuldade de acesso, invisibilidade do sofrimento ou fragilidade da vigilância local (Malta *et al.*, 2017; Almeida *et al.*, 2022).

Os determinantes sociais da saúde mental também são fundamentais para compreender a distribuição territorial dos registros. Condições socioeconômicas, escolaridade, qualidade da moradia, saneamento, disponibilidade de serviços de saúde, discriminação e coesão social influenciam o sofrimento psíquico e o acesso ao cuidado. No Brasil, apesar dos avanços do Sistema Único de Saúde, persistem desigualdades regionais e assistenciais que afetam com maior intensidade populações pobres, rurais, periféricas e residentes em áreas remotas (Paim *et al.*, 2011; Massuda *et al.*, 2018).

Nesse sentido, indicadores como o IPS Brasil 2026 e a distribuição dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são úteis para contextualizar as condições sociais, territoriais e assistenciais nas quais os adolescentes estão inseridos. Esses indicadores não estabelecem causalidade direta com as notificações de violência autoprovocada, mas ajudam a interpretar a vulnerabilidade territorial, as barreiras de acesso e a desigual visibilidade estatística dos casos (Wilm *et al.*, 2026; BRASIL, 2024; Amapá, 2024).

2.5. Prevenção da Violência Autoprovocada e Cuidado Psicossocial na Adolescência

A prevenção da violência autoprovocada entre adolescentes exige ações intersetoriais, contínuas e territorialmente sensíveis. Não se trata apenas de ampliar as notificações, mas de transformar a informação epidemiológica em cuidado, planejamento e proteção. A notificação deve funcionar como instrumento de vigilância e também como disparador de acolhimento, avaliação de risco, encaminhamento e acompanhamento pela rede de saúde e proteção social (Brasil, 2016b; Organização Mundial da Saúde, 2021).

Por seu turno, Bertolote (2012) destaca que a prevenção do suicídio envolve diferentes níveis de intervenção, incluindo ações universais, seletivas e indicadas. As ações universais buscam reduzir riscos na população geral; as seletivas são direcionadas a grupos em situação de maior vulnerabilidade; e as indicadas voltam-se a pessoas que já apresentam sinais de sofrimento intenso, autolesão, tentativa de suicídio ou risco iminente. Essa perspectiva é compatível com estudos epidemiológicos baseados em notificações, pois os registros permitem identificar grupos, faixas etárias e territórios que podem demandar estratégias específicas.

A Organização Mundial da Saúde, por meio da iniciativa *LIVE LIFE*, recomenda intervenções baseadas em evidências, como promover habilidades socioemocionais em adolescentes, estimular comunicação responsável sobre o tema, reduzir o estigma e identificar, avaliar, manejar e acompanhar precocemente pessoas afetadas por comportamentos suicidas (Organização Mundial da Saúde, 2021). Essas recomendações dialogam com a necessidade de fortalecer a atenção básica, a escola, os CAPS, a família e a rede de

proteção social no acompanhamento de adolescentes em sofrimento.

A escola ocupa lugar estratégico na prevenção, pois constitui espaço cotidiano de convivência, socialização e observação de mudanças comportamentais. Prado e Pinto (2022), ao discutirem a prevenção do suicídio no ambiente escolar a partir da Teoria Interpessoal-Psicológica do Suicídio, destacam que pertencimento, percepção de valor da própria vida e fortalecimento dos vínculos são caminhos relevantes para ações preventivas no contexto educacional. Assim, a escola pode contribuir para identificar sinais de sofrimento, acolher adolescentes, orientar famílias, acionar a rede de proteção e promover ações de educação em saúde mental (Prado; Pinto, 2022).

No Brasil, a Lei nº 13.819/2019 institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, reforçando a importância da notificação, da prevenção e da articulação entre diferentes setores (Brasil, 2019). No contexto do Amapá, a utilização qualificada dos dados do SINAN/DATASUS, em diálogo com indicadores da PeNSE(2024), do IPS Brasil e da rede CAPS, pode subsidiar políticas públicas mais sensíveis às especificidades locais.

Assim, a prevenção da violência autoprovocada entre adolescentes deve articular vigilância epidemiológica, cuidado psicossocial, escola, família, atenção básica, assistência social e políticas públicas. Essa abordagem deve reconhecer as desigualdades estruturantes que atravessam a experiência adolescente, especialmente em territórios vulnerabilizados, e investir em ações capazes de construir ambientes psicossociais mais acolhedores, inclusivos e protetivos (Brasil, 2019; Organização Mundial da Saúde, 2021).

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, de abordagem quantitativa e delineamento retrospectivo, realizado com dados secundários de acesso público do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). O delineamento foi escolhido por ser compatível com o objetivo de descrever a distribuição das notificações de violência autoprovocada entre adolescentes no estado do Amapá, segundo características temporais, sociodemográficas e territoriais. A unidade de análise foi o registro de notificação disponível na base, e não o adolescente individualmente. Assim, os resultados representam notificações registradas pelos serviços de saúde e não necessariamente pessoas distintas ou a totalidade dos eventos ocorridos na população.

O universo do estudo compreendeu os registros de violência autoprovocada envolvendo adolescentes de 10 a 19 anos, de todos os sexos, com município de notificação localizado no estado do Amapá e ano de notificação entre janeiro de 2021 e dezembro de 2025. Foram incluídos todos os registros publicados na base consultada que atenderam simultaneamente aos critérios temporal, geográfico e etário, sem amostragem probabilística. Não foram realizados procedimentos de imputação de dados. Como a base pública não permite identificar nominalmente os sujeitos, não foi possível verificar se notificações distintas correspondiam ou não ao mesmo indivíduo; por essa razão, a interpretação foi restrita ao número de notificações disponíveis.

Foram analisadas as variáveis ano de notificação, faixa etária, sexo, município de notificação e raça/cor. As categorias “ignorado” e “em

branco”, quando presentes, foram mantidas e tratadas como informação sobre a completude do preenchimento, sem serem redistribuídas entre as categorias válidas. Os dados foram extraídos da base pública do DATASUS, organizados em planilha eletrônica e submetidos à conferência de consistência dos totais, categorias e percentuais. Para cada distribuição, foram calculadas frequências absolutas e relativas, com indicação do denominador utilizado e dos registros sem informação sempre que presentes. Também foram elaboradas tabelas simples e cruzadas por ano, faixa etária, sexo, território e raça/cor.

A análise foi exclusivamente descritiva. As variações anuais foram interpretadas como mudanças no volume de notificações registradas, não como incidência, prevalência ou aumento comprovado da ocorrência na população, uma vez que não foram empregados denominadores populacionais nem testes formais de tendência ou associação. Da mesma forma, as comparações entre municípios foram realizadas em termos de distribuição dos registros, considerando que diferenças de acesso aos serviços, cobertura assistencial e capacidade de notificação podem influenciar os resultados.

De modo complementar, foram utilizados indicadores da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (Pense-2024), dados do Índice de Progresso Social Brasil 2026 e informações oficiais sobre a distribuição dos Centros de Atenção Psicossocial no Amapá. Essas fontes foram empregadas apenas para contextualização social, escolar e assistencial dos achados do SINAN, sem combinação de bancos, estimação conjunta ou comparação direta entre populações com desenhos amostrais distintos. A interpretação considerou as limitações dos dados secundários, incluindo subnotificação,

incompletude, possíveis diferenças territoriais na capacidade de registro e ausência de informações clínicas detalhadas.

Por utilizar exclusivamente informações públicas, agregadas e sem identificação nominal, o estudo não envolveu contato direto com participantes nem coleta dirigida de dados. Nessa condição, a pesquisa não se enquadra nas situações de registro e avaliação pelo Sistema CEP/CONEP previstas para pesquisas com informações públicas ou bancos agregados sem possibilidade de identificação individual, conforme a Resolução CNS nº 510, de 7 de abril de 2016 (Brasil, 2016a). Foram observados, ainda, os princípios de uso responsável das informações, transparência na apresentação dos procedimentos, preservação da confidencialidade e não tentativa de reidentificação.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apresentação dos resultados foi organizada de modo integrado à discussão, considerando os dados do SINAN/DATASUS como fonte principal e os indicadores da PeNSE 2024, do IPS Brasil 2026 e da distribuição dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como elementos complementares de contextualização. Essa opção analítica permite interpretar a violência autoprovocada entre adolescentes no Amapá não apenas como evento individual, mas como fenômeno situado em condições sociais, territoriais, familiares, escolares e assistenciais específicas. Por se tratar de estudo descritivo, baseado em dados secundários, as interpretações apresentadas não estabelecem relações causais, mas indicam padrões epidemiológicos e hipóteses explicativas que podem subsidiar políticas de prevenção e cuidado.

4.1. Magnitude dos Registros, Faixa Etária e Tendência Temporal

No período de 2021 a 2025, conforme apresentado na Tabela 1, foram identificados 1.587 registros de violência autoprovocada entre adolescentes de 10 a 19 anos no estado do Amapá. A distribuição por faixa etária demonstrou discreta predominância entre adolescentes de 10 a 14 anos, com 815 casos, correspondendo a 51,4% do total. A faixa etária de 15 a 19 anos apresentou 772 notificações, equivalentes a 48,6%. Esse resultado evidencia que a ocorrência da violência autoprovocada não se restringe à fase final da adolescência, manifestando-se de maneira expressiva já entre adolescentes mais jovens (Brasil, 2026).

Tabela 1. Distribuição dos casos de violência autoprovocada entre adolescentes segundo faixa etária e ano de notificação. Amapá, 2021–2025

Ano de notificação	10–14 anos	%	15–19 anos	%	Total
2021	129	51,8	120	48,2	249
2022	162	49,8	163	50,2	325
2023	166	51,7	155	48,3	321
2024	171	54,1	145	45,9	316
2025	187	49,7	189	50,3	376

△ Esta tabela possui muitas colunas e foi cortada para impressão. Para visualizá-la completa, acesse o artigo original em: <https://revistatopicos.com.br/artigos/violencia-autoprovocada-entre-adolescentes-no-amapa-analise-das-notificacoes-do-sinan-datasus-2021-2025?noblockage>

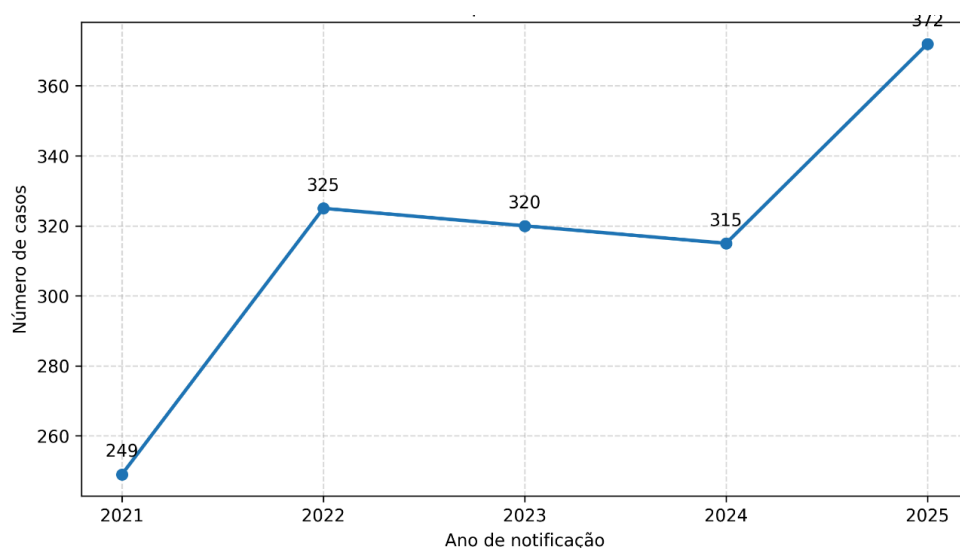
Fonte: Ministério da Saúde/SVSA – Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), via DATASUS. Dados organizados pela autora, 2026.

A literatura documenta uma transformação importante no perfil epidemiológico brasileiro dos comportamentos suicidas. Anteriormente mais concentrado em populações idosas, o comportamento autoprovocado passou a intensificar-se progressivamente em faixas etárias mais jovens (Filho; Zerbini, 2016). Esse deslocamento epidemiológico, observado também em escala global, tem repercutido nos padrões regionais brasileiros, inclusive em territórios historicamente atravessados por vulnerabilidades sociodemográficas e limitações na infraestrutura de atenção à saúde mental, como a Amazônia brasileira e o Nordeste (Andrade *et al.*, 2021).

A adolescência inicial, compreendida entre 10 e 14 anos, constitui fase marcada por transformações biológicas, psicológicas e sociais particularmente intensas. Nessa etapa, as capacidades cognitivas e emocionais necessárias ao manejo de estressores ainda estão em desenvolvimento, ao mesmo tempo em que ocorrem mudanças hormonais associadas à puberdade (Keyes; Platt, 2023). Estudos longitudinais também indicam que adolescentes em fases iniciais do desenvolvimento apresentam dinâmicas psicossociais distintas daquelas observadas nos estágios finais da adolescência (Bakken *et al.*, 2025). Além disso, comportamentos de autolesão não suicida podem emergir nessa faixa etária, precedendo ou ocorrendo simultaneamente à ideação suicida em proporções variáveis (Brown; Plener, 2017).

A diferença de 2,8 pontos percentuais entre as faixas de 10 a 14 anos e 15 a 19 anos, correspondentes a 51,4% e 48,6%, evidencia um padrão relativamente equilibrado na distribuição dos casos. Esse achado se diferencia de padrões observados em algumas populações nas quais o risco tende a aumentar de forma linear com a idade. Em revisão realizada em 21 países latino-americanos, Elia *et al.*, (2020) identificaram prevalência relevante de ideação suicida com planejamento entre meninos e meninas, sem que houvesse padrão uniforme associado exclusivamente à idade. Portanto, os dados do Amapá sugerem que as estratégias preventivas devem alcançar tanto adolescentes mais velhos quanto aqueles em fase inicial da adolescência.

Gráfico 1. Número de casos de violência autoprovocada entre adolescentes por ano de notificação. Amapá, 2021–2025



Fonte: Ministério da Saúde/SVSA – SINAN/DATASUS (2026).

Conforme apresentado no Gráfico 1, a análise temporal indicou aumento das notificações ao longo da série histórica. Foram registrados 249 casos em 2021, 325 em 2022, 320 em 2023, 315 em 2024 e 372 em 2025, considerando os registros com distribuição municipal informada. Observa-se crescimento expressivo entre 2021 e 2022, seguido de relativa estabilidade entre 2022 e 2024, e novo

aumento em 2025, ano que concentrou o maior número de notificações do período (Brasil, 2026).

Esse aumento deve ser interpretado com cautela. Por um lado, pode expressar ampliação real da ocorrência de violência autoprovocada entre adolescentes; por outro, pode refletir maior capacidade dos serviços de saúde para identificar, registrar e notificar os casos. Em estudos baseados em sistemas de informação, especialmente aqueles dependentes da notificação compulsória, a leitura dos dados deve considerar a possibilidade de subnotificação, campos incompletos, diferenças na sensibilidade da rede de vigilância e variações na organização dos serviços entre os municípios (Brasil, 2026; Malta *et al.*, 2017).

O crescimento observado entre 2021 e 2022 também pode ser analisado à luz dos impactos psicossociais da pandemia de COVID-19. O isolamento social, o fechamento das escolas, as alterações na convivência familiar, as perdas econômicas e o enfraquecimento das redes de apoio foram fatores que ampliaram a vulnerabilidade emocional de crianças e adolescentes. A literatura aponta que a pandemia produziu deterioração significativa da saúde mental de adolescentes, tornando esse grupo mais vulnerável a estressores ambientais e perturbações sociais (Zhang *et al.*, 2025). A relativa estabilidade entre 2022 e 2024 pode sugerir adaptação parcial ao contexto pós-pandêmico, embora os números tenham permanecido elevados.

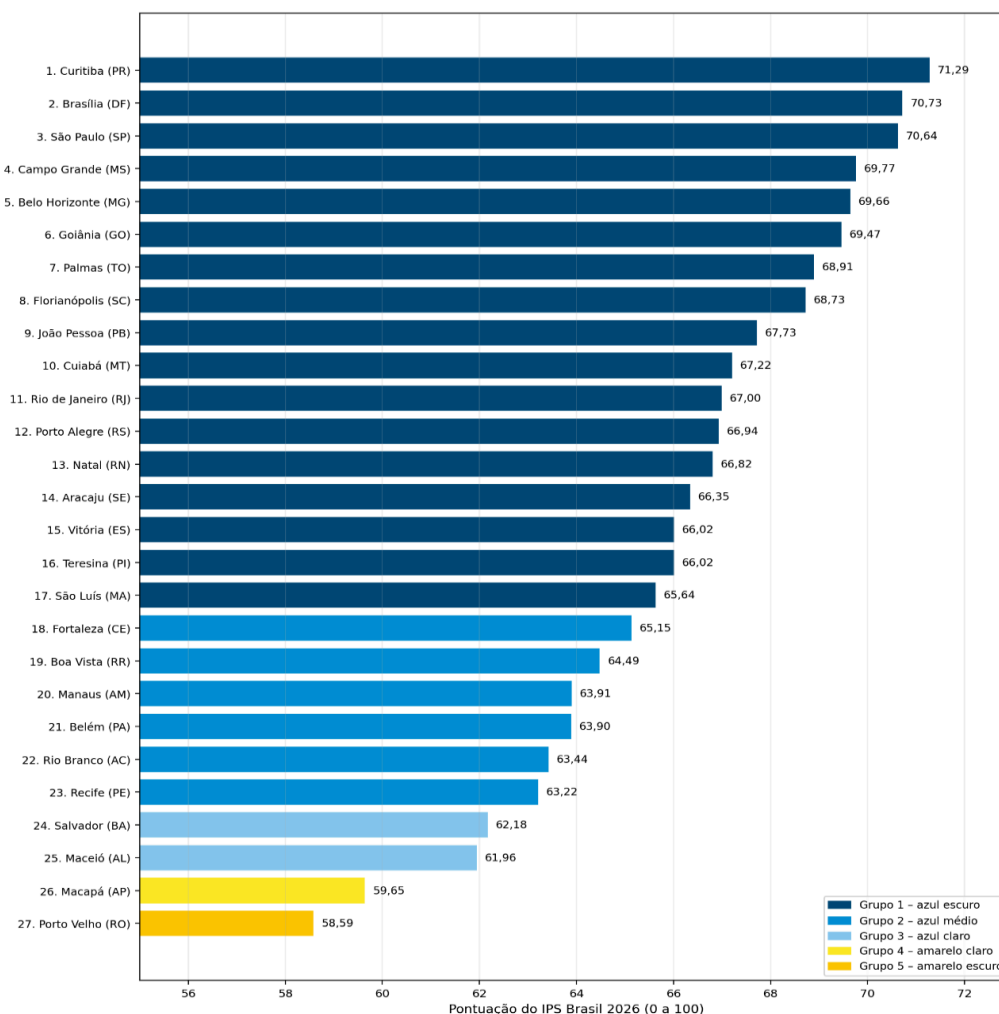
O novo aumento registrado em 2025 merece atenção, pois pode indicar a persistência de fatores individuais, familiares, escolares, comunitários e sociais associados à violência autoprovocada. Entre esses fatores, destacam-se sintomas depressivos e ansiosos,

fragilidade do suporte familiar, baixo apoio social, uso de substâncias, sedentarismo, uso problemático das redes sociais e exposição ao cyberbullying, elementos associados à ideação suicida, à automutilação e a outros comportamentos de risco em adolescentes (Zhang *et al.*, 2025).

4.2. Vulnerabilidades Territoriais, IPS Brasil 2026 e Rede de Cuidado em Saúde Mental

A interpretação da tendência temporal deve ser articulada às condições sociais e territoriais do Amapá. O IPS Brasil 2026 permite contextualizar parte dessas vulnerabilidades ao avaliar o desempenho social e ambiental dos municípios e capitais brasileiras a partir de dimensões relacionadas às necessidades humanas básicas, aos fundamentos do bem-estar e às oportunidades. No *ranking* das capitais brasileiras, Macapá aparece na 26ª posição, com pontuação de 59,65, ficando à frente apenas de Porto Velho. Esse resultado não permite afirmar relação causal com as notificações de violência autoprovocada, mas ajuda a contextualizar as fragilidades socioambientais e territoriais associadas ao sofrimento psíquico e ao acesso desigual a recursos de proteção (Wilm *et al.*, 2026).

Gráfico 2. Ranking das capitais brasileiras segundo o IPS Brasil 2026



Fonte: Elaborado pelos autores com base em Wilm *et al.*, (2026).

Desse modo, os determinantes sociais da saúde mental são centrais para compreender a distribuição dos casos no Amapá. Condição socioeconômica, escolaridade, qualidade da moradia, saneamento, acesso aos serviços de saúde, discriminação, coesão social e oferta de oportunidades variam entre os territórios e influenciam os desfechos em saúde mental. Pesquisas demonstram que pessoas expostas a circunstâncias sociais mais desfavoráveis apresentam maior vulnerabilidade ao sofrimento psíquico ao longo da vida, sobretudo em contextos marcados por desigualdades estruturais e ciclos intergeracionais de desvantagem (Kirkbride *et al.*, 2024).

Além disso, o aumento das notificações no Amapá pode estar relacionado a um cenário mais amplo de vulnerabilidade em saúde mental entre adolescentes, especialmente quando se consideram as

limitações da rede de cuidado e as desigualdades no acesso aos serviços. Embora o Sistema Único de Saúde tenha ampliado o acesso à saúde no Brasil, ainda persistem desafios importantes na articulação entre atenção primária, serviços especializados e cuidado em saúde mental. Tais dificuldades podem comprometer a identificação precoce, o encaminhamento adequado e o acompanhamento contínuo de adolescentes em situação de risco (Paim *et al.*, 2011).

No Amapá, essas limitações podem ser intensificadas pela concentração de serviços especializados em alguns municípios, dificultando o acesso de adolescentes que vivem em áreas distantes ou com menor estrutura assistencial. A integração da saúde mental na atenção primária é apontada como estratégia importante para ampliar o acesso, fortalecer a prevenção e favorecer intervenções precoces (Adler *et al.*, 2023). A distribuição dos CAPS por município permite visualizar como a organização territorial da rede especializada pode influenciar tanto o acesso ao cuidado quanto a visibilidade dos casos notificados.

Tabela 2. Distribuição dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) por município no estado do Amapá.

Município	Quantidade de CAPS	Serviços identificados	Público/observação
Macapá	3	CAPS AD/Espaço Acolher; CAPS III Casa Gentileza; CAPSi de Macapá	Inclui serviço infantojuvenil; atende crianças e adolescentes, inclusive casos com práticas autolesivas, ideação e tentativas de suicídio.

Santana	2	CAPS AD de Santana; CAPS IJ/Espaço Japiim de Santana	Inclui serviço infantojuvenil para crianças e adolescentes.
Laranjal do Jari	1	CAPS I de Laranjal do Jari	Atendimento a pessoas em sofrimento psíquico intenso e/ou relacionado ao uso de substâncias psicoativas.
Oiapoque	1	CAPS I de Oiapoque	Atendimento informado para pessoas a partir de 12 anos.
Porto Grande	1	CAPS I de Porto Grande	Serviço listado pela SESA/AP e habilitado pela Portaria GM/MS nº 5.470/2024.
Mazagão	1	CAPS I de Mazagão	Serviço informado pela SESA/AP e habilitado pela Portaria GM/MS nº 5.470/2024.
Total	9	Nove unidades especializadas	Distribuição baseada nas informações oficiais disponíveis.

Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

Conforme apresentado na Tabela 2, os CAPS estão distribuídos em seis municípios, com maior concentração em Macapá e Santana. Essa configuração evidencia que a rede especializada não se distribui de modo homogêneo no território estadual. Assim, municípios com menor estrutura assistencial podem apresentar não apenas maior dificuldade de cuidado, mas também menor capacidade de identificação e notificação dos casos. Por esse motivo,

baixos números em municípios menores não devem ser lidos automaticamente como baixa ocorrência, mas como possível expressão de subnotificação e menor acesso aos serviços.

O estigma relacionado à saúde mental também pode dificultar o reconhecimento do sofrimento psíquico e atrasar a busca por ajuda entre adolescentes. O conhecimento limitado sobre sofrimento psíquico, automutilação e comportamento suicida pode levar familiares, profissionais e instituições a interpretar sinais de risco como “fase da adolescência”, “rebeldia” ou “problema disciplinar”, retardando o acolhimento. A literatura enfatiza que o comportamento suicida deve ser compreendido em perspectiva biopsicossocial e multissetorial, exigindo atuação articulada entre saúde, educação, assistência social, família e comunidade (Bertolote, 2012; Botega, 2015; Prado; Pinto, 2022).

4.3. Variáveis Sexo e Sofrimento Psíquico Adolescente

Conforme apresentado na Tabela 3, verificou-se predominância expressiva do sexo feminino em ambas as faixas etárias. Entre adolescentes de 10 a 14 anos, foram registrados 772 casos no sexo feminino e 44 no sexo masculino. Na faixa de 15 a 19 anos, observaram-se 640 notificações no sexo feminino e 131 no sexo masculino. Embora as notificações femininas sejam majoritárias, nota-se maior participação proporcional do sexo masculino entre adolescentes de 15 a 19 anos, sugerindo possível mudança no padrão de ocorrência ao longo do desenvolvimento adolescente (Brasil, 2026).

Tabela 3. Distribuição dos casos de violência autoprovocada em adolescentes segundo faixa etária e sexo. Amapá, 2021–2025.

Faixa etária	Masc. Nº	Masc. %	Fem Nº	Fem %	Total Nº
10 a 14 anos	44	5,4	772	94,6	815
15 a 19 anos	131	17,0	640	83,0	771
Total	175	11,0	1.411	89,0	1.586

⚠ Esta tabela possui muitas colunas e foi cortada para impressão. Para visualizá-la completa, acesse original em: <https://revistatopicos.com.br/artigos/violencia-autoprovocada-entre-adolescentes-r-analise-das-notificacoes-do-sinan-datasus-2021-2025?noblockage>

Fonte: Ministério da Saúde/SVSA – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN Net/DATASUS. Dados organizados pelos autores (2026).

Os achados do SINAN/DATASUS dialogam com os indicadores da PeNSE(2024), que também evidenciam maior vulnerabilidade emocional entre meninas escolares no Amapá. Conforme a Tabela 3, as meninas apresentaram percentuais superiores aos meninos em todos os indicadores analisados: tristeza frequente, sensação de que ninguém se preocupava com elas, percepção de que a vida não vale a pena ser vivida, autoavaliação negativa da saúde mental e vontade de se machucar de propósito (IBGE, 2024).

Tabela 4. Comparação dos indicadores de saúde mental entre meninos e meninas escolares de 13 a 17 anos no Amapá, segundo a PeNSE (2024).

Indicador de saúde mental	Meninos (%)	Meninas (%)	Total (%)	Diferença meninas-meninos (p.p.)	Tabela PeNSE(2024)
Tristeza frequente	20,6	49,9	35,5	29,3	12.3.2
Ninguém se preocupava com eles	21,9	38,7	30,5	16,7	12.4.2

△ Esta tabela possui muitas colunas e foi cortada para impressão. Para visualizá-la completa, acesse o artigo original em: <https://revistatopicos.com.br/artigos/violencia-autoprovocada-entre-adolescentes-no-amapa-analise-das-notificacoes-do-sinan-datasus-2021-2025?nolockage>

Fonte: Elaborado pelos autores com base nos dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE 2024, IBGE, Tabelas 12.3.2, 12.4.2, 12.6.2, 12.7.2 e 12.8.2. Nota: valores em percentual de escolares de 13 a 17 anos do Amapá

As diferenças de gênero na prevalência da automutilação e da violência autoprovocada não devem ser explicadas apenas pelo sexo biológico, mas pela exposição desigual a fatores psicossociais, relacionais e culturais. Entre meninas, podem atuar de forma combinada pressões sobre aparência corporal, comparação social, *cyberbullying*, violência sexual, sobrecarga emocional e maior exposição a experiências de abuso e negligência. Estudos indicam que abuso físico, emocional, sexual e negligência emocional podem favorecer desregulação emocional, sintomas depressivos e ansiosos, impulsividade e comportamentos autolesivos (Zhang *et al.*, 2025).

No contexto amazônico, essa leitura ganha relevância quando articulada aos dados da PeNSE (2024). Soares (2026), ao analisar indicadores de saúde mental e suporte social entre adolescentes do Amapá, identificou maior prevalência de sofrimento psíquico no estado em comparação à média nacional, com destaque para tristeza frequente, percepção de desamparo, desesperança e comportamentos autolesivos. O estudo também evidenciou desigualdade de gênero, com maior prevalência desses indicadores entre meninas, reforçando que o sofrimento psíquico adolescente deve ser interpretado em relação aos determinantes sociais, às desigualdades territoriais e às especificidades da adolescência amazônica.

As experiências adversas vivenciadas na infância e na adolescência constituem elementos relevantes para compreender as diferenças de gênero na violência autoprovocada. Situações como abuso físico, emocional e sexual, bem como a negligência emocional, podem comprometer o desenvolvimento afetivo, a segurança emocional e a construção de vínculos protetivos. No caso das adolescentes do sexo feminino, essa vulnerabilidade pode ser intensificada pela maior exposição a diferentes formas de violência simbólica, relacional e, em muitos contextos, física e sexual, com impactos diretos sobre a saúde mental (Soares, 2026). A literatura aponta que adolescentes submetidos a essas experiências apresentam maior risco de autolesão, sobretudo quando há desregulação emocional, sintomas depressivos e ansiosos, impulsividade e dificuldade de simbolizar o sofrimento psíquico (Calvo *et al.*, 2024; Li *et al.*, 2023; Poon *et al.*, 2023). Nesse sentido, a violência autoprovocada pode assumir, em alguns casos, a função de aliviar um sofrimento intenso, expressar uma dor psíquica não elaborada ou recuperar algum senso de

controle diante de experiências emocionais percebidas como insuportáveis.

A depressão e a ansiedade também se destacam como elementos relevantes para compreender a distribuição por sexo. Evidências indicam que adolescentes do sexo feminino tendem a apresentar maior prevalência de sintomas internalizantes, como tristeza persistente, ansiedade, baixa autoestima e autoavaliação negativa da saúde mental, enquanto adolescentes do sexo masculino podem expressar sofrimento por meio de manifestações externalizantes, como impulsividade, retraimento silencioso, problemas de conduta, uso de substâncias e maior exposição a comportamentos de risco (Miranda-Mendizábal *et al.*, 2019). Essa distinção não deve reforçar estereótipos, mas contribuir para estratégias de identificação e cuidado mais sensíveis às diferentes formas de manifestação do sofrimento psíquico.

No caso dos meninos, o menor número de notificações deve ser interpretado com cautela. A menor frequência registrada pode refletir, em parte, barreiras de acesso aos serviços, dificuldades de verbalização do sofrimento, estigmas relacionados à masculinidade e menor procura por ajuda. O aumento proporcional dos casos masculinos na faixa de 15 a 19 anos sugere que o sofrimento dos meninos não deve ser invisibilizado, especialmente porque a literatura aponta diferenças de gênero na forma de expressão e na letalidade dos comportamentos suicidas (Botega, 2015; Prado; Pinto, 2022).

Nesse sentido, a leitura conjunta dos dados do SINAN/DATASUS e da PeNSE 2024 reforça que a escola ocupa posição estratégica na identificação precoce do sofrimento psíquico. Como inquérito de

base escolar, a PeNSE(2024) permite captar experiências autorreferidas que podem não chegar aos serviços de saúde, enquanto o SINAN/DATASUS registra casos atendidos e notificados. A integração dessas bases amplia a compreensão do fenômeno e evidencia a necessidade de políticas de prevenção que contemplem tanto os serviços de saúde quanto o cotidiano escolar (IBGE, 2024; Ferreira *et al.*, 2024).

4.4. Distribuição Territorial das Notificações e Indicadores de Saúde Mental na PeNSE(2024)

Em relação ao município de notificação, conforme demonstra a Tabela 5, observou-se forte concentração dos casos em Macapá, que registrou 947 notificações, correspondendo a aproximadamente 59,7% do total analisado por município. Em seguida, destacaram-se Santana, com 214 casos; Laranjal do Jari, com 163; Oiapoque, com 108; e Porto Grande, com 54 notificações. Os demais municípios apresentaram frequências inferiores (BRASIL, 2026).

Tabela 5. Distribuição dos casos de violência autoprovocada em adolescentes segundo município de notificação. Amapá, 2021–2025

Município de notificação	Nº	%
Macapá	947	59,7
Santana	214	13,5
Laranjal do Jari	163	10,3
Oiapoque	108	6,8
Porto Grande	54	3,4
Tartarugalzinho	21	1,3

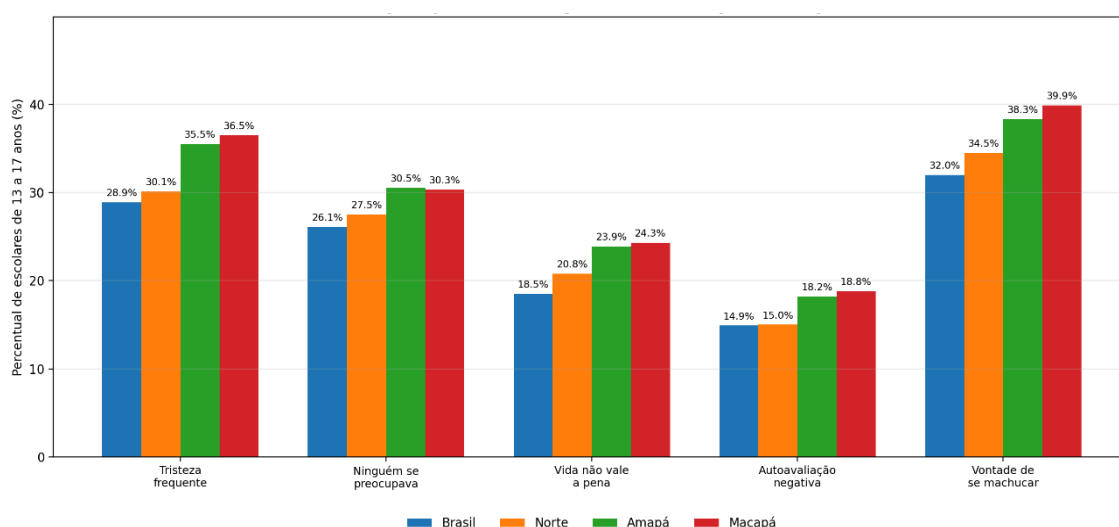
Pedra Branca do Amapari	19	1,2
Amapá	17	1,1
Vitória do Jari	11	0,7
Calçoene	8	0,5
Cutias	6	0,4
Mazagão	6	0,4
Ferreira Gomes	5	0,3
Itaubal	5	0,3
Pracuúba	3	0,2
Total	1.587	100,0

Fonte: Ministério da Saúde/SVSA – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN Net/DATASUS. Dados organizados pelos autores, 2026.

A concentração em Macapá pode refletir a maior densidade populacional, a centralização dos serviços de saúde, a existência de serviços especializados e a maior capacidade local de identificação, atendimento e registro dos casos. Entretanto, os baixos percentuais em municípios menores não devem ser interpretados necessariamente como ausência de violência autoprovoçada, pois podem estar relacionados à subnotificação, às barreiras geográficas de acesso, à menor disponibilidade de profissionais capacitados e à fragilidade da rede local de acolhimento e notificação (Malta *et al.*, 2017; Almeida *et al.*, 2022).

Após a análise das notificações por município no SINAN/DATASUS, os dados da PeNSE (2024) permitem ampliar a compreensão da saúde mental dos adolescentes escolares, especialmente em Macapá. O Gráfico 3 apresenta indicadores de sofrimento psíquico entre adolescentes escolares, comparando Brasil, Região Norte, Amapá e Macapá. Observa-se que a capital apresentou percentuais elevados em todos os indicadores analisados, superando o Brasil e a Região Norte em aspectos como tristeza frequente, sentimento de que a vida não vale a pena ser vivida, autoavaliação negativa da saúde mental e vontade de se machucar de propósito (IBGE, 2024).

Gráfico 3. Indicadores de saúde mental de adolescentes escolares no Brasil, Região Norte, Amapá e Macapá, segundo a PeNSE 2024.



Fonte: Elaborado pelos autores com base nos dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE 2024, IBGE, Tabelas 12.3.2, 12.3.3, 12.4.2, 12.4.3, 12.6.2, 12.6.3, 12.7.2, 12.7.3, 12.8.2 e 12.8.3.

Embora o SINAN/DATASUS e a PeNSE(2024) possuam naturezas distintas, os resultados se complementam. A PeNSE trabalha com informações autorreferidas por escolares, captando dimensões subjetivas do sofrimento, enquanto o SINAN/DATASUS registra casos atendidos e notificados pelos serviços de saúde. A convergência entre maior volume de notificações em Macapá e maiores

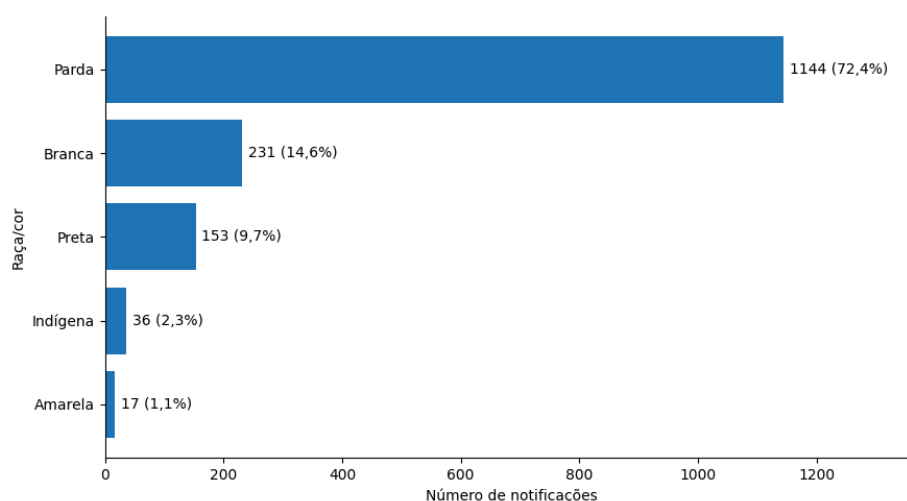
percentuais de sofrimento psíquico autorreferido pela PeNSE(2024) sugere a necessidade de fortalecer ações de prevenção, acolhimento e acompanhamento em saúde mental na capital, sem desconsiderar o risco de invisibilidade dos casos nos municípios menores.

A distribuição territorial das notificações deve ser analisada considerando desigualdades assistenciais que atravessam o acesso à saúde no Amapá. Fragilidades estruturais do sistema de saúde, como financiamento insuficiente, desigual distribuição de profissionais, dificuldade de organização da rede e baixa capacidade de resposta dos serviços, tendem a afetar com maior intensidade regiões pobres, rurais e remotas (Massuda *et al.*, 2018). Nesses territórios, os custos e as limitações de deslocamento até centros com serviços especializados podem restringir o acesso ao atendimento, ao acompanhamento e ao registro dos casos nos sistemas de vigilância (Almeida *et al.*, 2022).

4.5. Variáveis Raça/Cor, Desigualdades Sociais e Vulnerabilidade Psicossocial

Na variável raça/cor, houve predominância de adolescentes pardos, com 1.144 registros, correspondendo a cerca de 72,4% das notificações. Em seguida, apareceram adolescentes brancos, com 231 casos; pretos, com 153; indígenas, com 36; e amarelos, com 17 registros, conforme apresentado na Figura 1. Essa distribuição indica que a violência autoprovocada notificada no Amapá atinge majoritariamente adolescentes autodeclarados pardos, o que deve ser interpretado considerando a composição sociodemográfica da população estadual e a configuração racial do território (Brasil, 2026).

Figura 1. Distribuição dos casos de violência autoprovocada em adolescentes segundo raça/cor. Amapá, (2021–2025).



Fonte: Ministério da Saúde/SVSA – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN Net/DATASUS (2026).

A categoria “pardo”, no contexto brasileiro, não deve ser interpretada como marcador biológico, mas como categoria social atravessada por processos históricos de desigualdade, racialização e acesso diferenciado a direitos. Populações pardos e pretos frequentemente estão situadas em condições de maior vulnerabilidade socioeconômica, com menor acesso a serviços públicos de qualidade, incluindo serviços de saúde mental. Assim, a variável raça/cor deve ser analisada em articulação com renda, escolaridade, moradia, saneamento, exposição à violência, discriminação e desigualdade territorial (Kirkbride *et al.*, 2024; Massuda *et al.*, 2018).

No Amapá, estado amazônico caracterizado por desigualdades territoriais, pobreza estrutural e limitações no acesso a serviços especializados, adolescentes pardos podem estar expostos a múltiplos fatores de risco. Essa vulnerabilidade não deve ser compreendida como resultado de características individuais, mas como expressão de condições sociais mais amplas. Pesquisas sobre violência interpessoal contra meninas jovens no Brasil apontam

disparidades raciais significativas, demonstrando que meninas pretas, indígenas, mestiças e descendentes asiáticas, quando comparadas às brancas, apresentam maiores probabilidades de sofrer bullying, violência física, relações sexuais forçadas e polivitimização, independentemente da idade, do status socioeconômico e da região de residência (Ramos; Góes; Ferreira, 2021).

Esse cenário ajuda a compreender um dos aspectos mais complexos das notificações: populações com maior necessidade potencial de cuidado em saúde mental podem apresentar menores taxas de notificação. Essa aparente contradição não significa menor ocorrência de sofrimento psíquico, mas pode indicar menor acesso aos serviços capazes de identificar, acolher e registrar os casos. Assim, o padrão de notificação no Amapá pode refletir, em parte, quais adolescentes conseguem chegar aos serviços de saúde e ser reconhecidos pelos sistemas de vigilância (Alves *et al.*, 2024).

A baixa renda mensal constitui barreira crítica nesse processo. Adolescentes pardos residentes em municípios mais pobres do Amapá podem enfrentar dificuldades significativas para acessar cuidados especializados em saúde mental, não porque a demanda seja menor, mas porque a oferta de serviços é limitada e frequentemente concentrada na capital ou em poucos polos urbanos. Desse modo, a subnotificação pode estar relacionada às barreiras geográficas, econômicas e institucionais que dificultam o acesso ao cuidado. Além disso, desigualdades raciais no Brasil estão associadas a ambientes socioeconômicos precários, condições inadequadas de habitação e saneamento insuficiente, fatores que ampliam vulnerabilidades sociais e sanitárias (Massuda *et al.*, 2018; Martins-Filho *et al.*, 2021).

4.6. Síntese Crítica dos Achados

Em conjunto, os achados indicam que a violência autoprovoçada entre adolescentes no Amapá apresenta elevada magnitude, crescimento ao longo da série histórica, predominância do sexo feminino, ocorrência expressiva já entre adolescentes de 10 a 14 anos, concentração territorial em Macapá e predominância de adolescentes pardos nas notificações. A leitura desses resultados exige reconhecer que os registros do SINAN/DATASUS expressam simultaneamente a ocorrência do fenômeno e a capacidade dos serviços de saúde de identificar e notificar os casos. Portanto, os números devem ser compreendidos como indicadores relevantes da magnitude do problema, mas também como registros sujeitos às desigualdades de acesso e às limitações próprias dos sistemas de informação.

A incorporação dos dados da PeNSE (2024) fortalece a discussão ao evidenciar que o sofrimento psíquico entre adolescentes escolares no Amapá e em Macapá se manifesta por diferentes indicadores, como tristeza frequente, percepção de desamparo, autoavaliação negativa da saúde mental, sensação de que a vida não vale a pena e vontade de se machucar de propósito. Esses dados não substituem as notificações do SINAN/DATASUS, mas ampliam a compreensão do fenômeno ao revelar dimensões subjetivas que nem sempre chegam aos serviços de saúde. Assim, a comparação entre bases reforça a importância da escola como espaço privilegiado de identificação precoce, escuta qualificada, orientação familiar e encaminhamento para a rede de cuidado.

Por fim, a análise do IPS Brasil 2026 e da distribuição dos CAPS evidencia que a violência autoprovoçada entre adolescentes deve

ser interpretada em articulação com as desigualdades sociais e territoriais. Regiões com menor infraestrutura, menor disponibilidade de serviços especializados e maiores barreiras de acesso podem apresentar simultaneamente maior vulnerabilidade psicossocial e menor visibilidade estatística dos casos. Dessa forma, os resultados apontam para a necessidade de políticas públicas intersetoriais e territorialmente sensíveis, envolvendo saúde, educação, assistência social, família, comunidade e sistema de garantia de direitos, com ênfase na prevenção precoce, no fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial e na qualificação da vigilância epidemiológica.

5. CONCLUSÃO

Este estudo analisou as notificações de violência autoprovocada entre adolescentes de 10 a 19 anos no estado do Amapá, registradas no SINAN/DATASUS, no período de 2021 a 2025. Os resultados evidenciaram a relevância epidemiológica do fenômeno no contexto estadual, com 1.587 notificações no período investigado, tendência geral de crescimento ao longo da série histórica, discreta predominância da faixa etária de 10 a 14 anos e maior concentração de registros no sexo feminino. Esses achados indicam que a violência autoprovocada não se restringe à adolescência final, manifestando-se de forma expressiva já em adolescentes mais jovens, o que reforça a necessidade de estratégias preventivas precoces e contínuas.

A distribuição territorial das notificações demonstrou maior concentração em Macapá, seguida por Santana, Laranjal do Jari, Oiapoque e Porto Grande. Contudo, esses dados devem ser interpretados com cautela, uma vez que a maior frequência de

registros nos municípios mais estruturados pode refletir não apenas maior ocorrência do fenômeno, mas também maior capacidade de identificação, atendimento e notificação pelos serviços de saúde. Em contrapartida, os baixos números observados em municípios menores podem estar relacionados à subnotificação, às barreiras geográficas de acesso, à menor disponibilidade de serviços especializados e às fragilidades da vigilância epidemiológica local.

A predominância de adolescentes pardos nas notificações também deve ser compreendida em diálogo com a composição sociodemográfica do Amapá e com os determinantes sociais da saúde. Nesse sentido, a violência autoprovocada entre adolescentes não pode ser interpretada apenas como expressão individual de sofrimento, mas como fenômeno complexo, atravessado por fatores psicossociais, familiares, escolares, territoriais, raciais e socioeconômicos. A articulação dos dados do SINAN/DATASUS com indicadores complementares da PeNSE (2024), do IPS Brasil 2026 e da distribuição dos Centros de Atenção Psicossocial permitiu ampliar a compreensão do fenômeno, situando-o em um contexto de desigualdades sociais, vulnerabilidades regionais e limitações na rede de cuidado em saúde mental.

Os achados reforçam a necessidade de fortalecimento das políticas públicas de prevenção da violência autoprovocada e promoção da saúde mental na adolescência, com ênfase na atuação intersetorial entre saúde, educação, assistência social, família, comunidade e sistema de garantia de direitos. Recomenda-se a ampliação de ações de identificação precoce do sofrimento psíquico, qualificação dos profissionais da rede, fortalecimento da atenção primária e da Rede de Atenção Psicossocial, além da construção de estratégias escolares voltadas ao acolhimento, pertencimento, prevenção do

bullying, escuta qualificada e encaminhamento oportuno dos adolescentes em situação de risco.

Como limitação, destaca-se o uso de dados secundários provenientes de sistema de notificação, sujeitos à subnotificação, incompletude de campos, inconsistências no preenchimento e diferenças na capacidade de registro entre os municípios. Além disso, por se tratar de estudo descritivo, os resultados não permitem estabelecer relações causais entre as variáveis analisadas, mas possibilitam identificar padrões epidemiológicos relevantes e levantar hipóteses para futuras investigações.

Dessa forma, conclui-se que a violência autoprovocada entre adolescentes no Amapá constitui um problema relevante de saúde pública e demanda respostas territorialmente sensíveis, baseadas em evidências e articuladas às especificidades da adolescência amazônica. Novos estudos são recomendados, especialmente investigações qualitativas e de abordagem mista, capazes de aprofundar as experiências subjetivas, familiares, escolares e territoriais dos adolescentes, bem como avaliar a efetividade das redes de cuidado e das estratégias de prevenção implementadas no estado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADLER, A. *et al.*, Understanding integrated service delivery: a scoping review of models for noncommunicable disease and mental health interventions in low-and-middle income countries. **BMC Health Services Research**, [s. l.], 2023. DOI: 10.1186/s12913-023-09072-9.

ALMEIDA, P. F. *et al.* **Desigualdades territoriais e acesso aos serviços de saúde no Brasil**. 2022.

ALVES, Flávia Jôse Oliveira *et al.*, The rising trends of self-harm in Brazil: an ecological analysis of notifications, hospitalisations, and mortality between 2011 and 2022. **The Lancet Regional Health – Americas**, [s. l.], 2024. DOI: 10.1016/j.lana.2024.100691.

AMAPÁ. **Secretaria de Estado da Saúde. CAPS**. Macapá: SESA, 2026.

AMAPÁ. **Secretaria de Estado da Saúde. Governo do Amapá disponibiliza atendimento psicológico em nove Centros de Atenção Psicossocial no estado**. Macapá: SESA, 2024.

ANDRADE, L. H. *et al.*, **Vulnerabilidades sociodemográficas e saúde mental em regiões brasileiras**, 2021.

ASSUMPÇÃO, Evaldo A. D. **Suicídio: como entender e lidar com essa trágica realidade**, 2004.

BAKKEN, V. *et al.*, Protective factors for suicidal ideation and suicide attempts in adolescence: a longitudinal population-based cohort study examining sex differences. **BMC Psychiatry**, [s. l.], 2025. DOI: 10.1186/s12888-025-06552-6.

BERTOLETE, José Manoel. **O suicídio e sua prevenção**. São Paulo: Editora Unesp, 2012.

BOTEGA, Neury José. **Crise suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2016a.

BRASIL. **Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019.** Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. Brasília, DF: Presidência da República, 2019.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 5.470, de 10 de outubro de 2024.** Habilita Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e estabelece recurso do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).** Departamento de Informática do SUS. Dados de violência autoprovocada no Amapá, 2021–2025. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Viva: instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016b.

BROWN, R. C.; PLENER, P. L. Non-suicidal self-injury in adolescence. **Current Psychiatry Reports**, [s. l.], 2017. DOI: 10.1007/s11920-017-0767-9.

CAMPOS, Leonardo José Araujo et al. Notificações de lesões autoprovocadas intencionalmente em adolescentes residentes em um estado da Amazônia Legal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 79, 2026.

DURKHEIM, Émile. **O suicídio.** Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

ELIA, C. *et al.*, Association of macro-level determinants with adolescent overweight and suicidal ideation with planning: a cross-sectional study of 21 Latin American and Caribbean countries. **PLoS Medicine**, [s. l.], 2020. DOI: 10.1371/journal.pmed.1003443.

FERREIRA, A. C. M.; SILVA, A. G.; MORAIS, E. A. H.; MALTA, D. C. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: mudanças metodológicas e comparabilidade com o Global School-based Student Health Survey. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s. l.], v. 27, e240053, 2024. DOI: 10.1590/1980-549720240053.2.

FILHO, M. C.; ZERBINI, T. Epidemiologia do suicídio no Brasil entre os anos de 2000 e 2010. **Saúde, Ética & Justiça**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 45-51, 2016. DOI: 10.11606/ISSN.2317-2770.V21I2P45-51.

FREITAS, Thais dos Passos; NAVES, Emilse Terezinha. O suicídio no adolescer e a cena contemporânea. In: LEMOS, Moisés Fernandes. **Considerações sobre o suicídio no Brasil: teoria e estudo de casos**, 2021.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: PeNSE 2024**. Rio de Janeiro: IBGE, 2024.

JOINER, Thomas E. **Why people die by suicide**. Cambridge: Harvard University Press, 2005.

KEYES, K. M.; PLATT, J. M. Annual research review: sex, gender, and internalizing conditions among adolescents in the 21st century: trends, causes, consequences. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, [s. l.], 2023. DOI: 10.1111/jcpp.13864.

KIRKBRIDE, James B. et al. The social determinants of mental health and disorder: evidence, prevention and recommendations. **World Psychiatry**, [s. l.], 2024. DOI: 10.1002/wps.21160.

MALTA, D. C. *et al.*, **Vigilância em saúde, notificação e sistemas de informação no Brasil.**, 2017.

MARTINS-FILHO, Paulo Ricardo et al. Racial disparities in COVID-19-related deaths in Brazil: Black lives matter? **Journal of Epidemiology**, [s. l.], 2021. DOI: 10.2188/jea.JE20200589.

MASSUDA, Adriano *et al.*, The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. **BMJ Global Health**, [s. l.], 2018. DOI: 10.1136/bmjgh-2018-000829.

MIRANDA-MENDIZÁBAL, Andrea; CASTELLVÍ, Pere; PARÉS-BADELL, Oleguer; ALAYO, Itxaso; ALMENARA, José; ALONSO, Inmaculada; BLASCO, María Jesús; CEBRIÀ, Ana; GABILONDO, Andrea; GILI, Margalida; LAGARES, Carmen; PIQUERAS, José Antonio; RODRÍGUEZ-JIMÉNEZ, Tiscar; MARÍN, Jesús Rodríguez; ROCA, Miquel; SOTO-SANZ, Victoria; VILAGUT, Gemma; ALONSO, Jordi. Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. **International Journal of Public Health**, [s. l.], v. 64, p. 265-283, 2019. DOI: 10.1007/s00038-018-1196-1. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00038-018-1196-1>. Acesso em: 26 maio 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries.** Genebra: OMS, 2021.

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Saúde mental dos adolescentes**. Genebra: OMS, 2025a.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Suicídio**. Genebra: OMS, 2025b.

ORSATTO, Sofia de Moraes et al. Comportamento autolesivo em crianças e adolescentes brasileiros: um estudo epidemiológico. **Revista de Saúde Digital**, [s. l.], v. 15, n. 1510, 2025.

PAIM, J. S. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, [s. l.], 2011. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60054-8.

PRADO, Aneliana da Silva; PINTO, Leandro Rafael. Prevenção do suicídio na escola na perspectiva da Teoria Interpessoal-Psicológica do Suicídio: uma revisão de literatura. **Educação em Foco**, Belo Horizonte, ano 25, n. 47, set./dez. 2022.

RAMOS, Dandara de Oliveira; GÓES, Emanuelle Freitas; FERREIRA, Andréa Jacqueline Fortes. Intersection of race and gender in self-reports of violent experiences and polyvictimization by young girls in Brazil. **Journal of Racial and Ethnic Health Disparities**, [s. l.], 2021. DOI: 10.1007/s40615-021-01089-2.

SANTOS, Lairany Monteiro dos et al. **Lesão autoprovocada e comportamento suicida de adolescentes**. Nursing (São Paulo), São Paulo, v. 30, n. 329, p. 11752-11775, 2025.

SILVA, Rodrigo Sousa *et al.*, Fatores de risco associados ao suicídio na adolescência: uma revisão integrativa no período de 2004 a 2019. **Revista de Patologia do Tocantins**, [s. l.], v. 6, n. 2, p. 50, 2019.

SILVA, Tarciso Feijó da *et al.*, Violência autoprovocada e adolescência no Brasil: análise das notificações do período de 2012 a 2022. Escola Anna Nery - **Revista de Enfermagem**, v. 29, e86695, 2025.

SOARES, C. A. (2026). Desigualdades e sofrimento psíquico na adolescência amazônica: evidências do Amapá a partir da PeNSE 2024. Revista DCS, 23(89), e5142. <https://doi.org/10.54899/dcs.v23i89.5142>,

TRINDADE, Ryan Pascoal Santos; PEREIRA, Suzete Aragão Feijó. O papel do enfermeiro no comportamento suicida e auto lesão na infância e adolescência. **Journal of Research and Knowledge Spreading**, [s. l.], v. 9, n. 20, p. 3373, 2026.

WATANABE, Aline Imi et al. Prevalência de transtorno depressivo maior (TDM) e suicídio em adolescentes: uma revisão sistemática de literatura. **Arquivo de Pesquisa**, [s. l.], v. 7, n. 11, p. 330, 2025.

WILM, Melissa *et al.*, **Índice de Progresso Social Brasil 2026: qualidade de vida nos 5.570 municípios do Brasil**. Belém: Instituto do Homem e Meio Ambiente da Amazônia, 2026.

ZHANG, X. et al. Cross-national research on adolescent mental health: a systematic review comparing research in low, middle and high-income countries. **BMJ Global Health**, [s. l.], 2025. DOI: 10.1136/bmjgh-2025-019267.

¹ Licenciatura Plena e Bacharelado em História – UNIFAP; Bacharel em Direito – UNIFAP; Especialista em Coordenação Pedagógica – IESAP.

² Graduada em Administração de empresas 2008- Faculdade de Porto Velho - FIP e graduando em Psicologia pela Faculdade Anhanguera- polo Macapá.

³ Doutor em Psicologia Educacional pelo Centro Universitário FIEO (2022), com Mestrado Profissional em Educação Especial (UNIFAP/PROFEI 2025) e Mestrado em Avaliação Psicológica, com ênfase em Avaliação Psicológica Escolar, pela Universidade São Francisco (2011). Possui Especialização em Educação Especial pela Universidade Federal do Amapá (UNIFAP), Especialização em Neuropsicologia pela DALMASS(2026) e graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (1999). Atualmente, atua como professor de Psicologia na Secretaria de Educação do Estado, desenvolvendo atividades de ensino, pesquisa e assessoria técnica no campo da Psicologia Educacional. Sua experiência concentra-se especialmente nas áreas de Avaliação Psicológica Educacional, inclusão de estudantes com necessidades educacionais especiais, *bullying* escolar, dificuldades de aprendizagem, leitura, Desenho Universal para a Aprendizagem (DUA) e saúde mental de populações quilombolas. E-mail: [acesse o artigo original para visualizar o e-mail](#)