

Artigo original



Comportamento suicida na infância e adolescência: análise de um município de interior

Suicidal behavior in childhood and adolescence: analysis of an inland city

Comportamiento suicida en la infancia y adolescencia: análisis de un municipio del interior

Schyrlei Viana da Silva¹ Luziane Zacché Avellar² Alexandra Iglesias³ ¹Autora para correspondência. Faculdade Multivix Nova Venécia (Nova Venécia). Espírito Santo, Brasil. schyrleipsicologia@hotmail.com^{2,3}Universidade Federal do Espírito Santo (Vitória). Espírito Santo, Brasil. luziane.avellar@ufes.br; leiglesias@gmail.com

RESUMO | INTRODUÇÃO: O comportamento suicida vem crescendo entre crianças e adolescentes, sendo permeado por tabus, estigmas e preconceitos. **OBJETIVO:** Caracterizar os casos registrados de violência autoprovocada e óbitos por suicídio, entre crianças e adolescentes, de 2018 a 2022, em um município de interior. **MÉTODO:** Realizou-se pesquisa documental via dados da vigilância epidemiológica local e do Sistema de Informação de Mortalidade. Os dados foram analisados via análise descritiva, com o auxílio do software SPSS. **RESULTADOS:** Identificou-se duas notificações de violência autoprovocada entre crianças e 123 notificações entre adolescentes, sendo: maioria das pessoas negras do sexo feminino entre adolescentes e uma de cada sexo entre crianças; ocorrida principalmente na residência por envenenamento/intoxicação entre adolescentes, não sendo identificado o meio de agressão entre as crianças. As notificações foram realizadas majoritariamente por um hospital, entre adolescentes, e por uma unidade de saúde da família, entre crianças; com predomínio do encaminhamento à rede de saúde. Quanto aos óbitos, não houve registro entre crianças; já entre adolescentes, registrou-se três óbitos, com predomínio de: pessoas pardas; sexo masculino; quatro a sete anos de escolaridade; estudante; ocorrido na residência; por enforcamento, estrangulamento ou sufocação. **CONCLUSÃO:** Constatou-se a maior prevalência de comportamento suicida entre adolescentes, coadunando com o cenário nacional e estadual. Faz-se necessário que pais/responsáveis, poder público e profissionais de diversos setores, estejam atentos a essa faixa etária, considerando as peculiaridades que a envolvem. De modo que diferentes redes se envolvam no cuidado a essas pessoas, considerando que esse público transita por diversos espaços cotidianamente.

PALAVRAS-CHAVE: Suicídio. Infância. Adolescência. Saúde Pública. Tentativa de Suicídio.

ABSTRACT | INTRODUCTION: Suicidal behavior has been growing among children and adolescents, being permeated by taboos, stigmas, and prejudices. **OBJECTIVE:** To characterize the recorded cases of self-inflicted violence and deaths by suicide, among children and adolescents, from 2018 to 2022, in a municipality in the interior. **METHOD:** Documentary research was carried out using data from local epidemiological surveillance and the Mortality Information System. The data were analyzed via descriptive analysis, with the aid of SPSS software. **RESULTS:** Two reports of self-inflicted violence among children and 123 reports among adolescents were identified, of which: the majority were black females among adolescents and one of each sex among children; occurred mainly in the residence due to poisoning/intoxication among teenagers, with the means of aggression between the children not being identified. The notifications were mainly carried out by a hospital among adolescents and by a family health unit among children, with a predominance of referral to the health network. As for deaths, there were no records among children, while among adolescents, three deaths were recorded, with a predominance of brown people; male; four to seven years of schooling; student; occurred at the residence; by hanging, strangulation, or suffocation. **CONCLUSION:** A higher prevalence of suicidal behavior among adolescents was found, in line with the national and state scenarios. Parents/guardians, public authorities, and professionals from different sectors must be aware of this age group, considering the peculiarities that surround it. So that different networks get involved in caring for these people, considering that this public moves through different spaces daily.

KEYWORDS: Suicide. Childhood. Adolescence. Public Health. Attempted Suicide.



RESUMEN | INTRODUCCIÓN: El comportamiento suicida está aumentando entre niños y adolescentes, permeado por tabúes, estigmas y prejuicios. **OBJETIVO:** Caracterizar los casos registrados de violencia autoprovocada y muertes por suicidio, entre niños y adolescentes, de 2018 a 2022, en un municipio del interior. **MÉTODO:** Se realizó una investigación documental utilizando datos de la vigilancia epidemiológica local y del Sistema de Información de Mortalidad. Los datos fueron analizados mediante análisis descriptivo, con la ayuda del software SPSS. **RESULTADOS:** Se identificaron dos notificaciones de violencia autoprovocada entre niños y 123 notificaciones entre adolescentes, siendo la mayoría mujeres negras entre los adolescentes y uno de cada sexo entre los niños; ocurriendo principalmente en el hogar por envenenamiento/intoxicación entre los adolescentes, no identificándose el medio de agresión entre los niños. Las notificaciones fueron realizadas principalmente por un hospital entre los adolescentes y por una unidad de salud familiar entre los niños, con predominio de referencias a la red de salud. En cuanto a las muertes, no hubo registros entre los niños, mientras que, entre los adolescentes, se registraron tres muertes, predominantemente entre: individuos de piel morena; hombres; con cuatro a siete años de escolaridad; estudiantes; ocurriendo en el hogar; por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación. **CONCLUSIÓN:** Se observó una mayor prevalencia de comportamiento suicida entre adolescentes, coincidiendo con el panorama nacional y estatal. Es necesario que padres/tutores, el gobierno y profesionales de diversos sectores estén atentos a este grupo de edad, considerando sus peculiaridades. Diferentes redes deben estar involucradas en el cuidado de estas personas, considerando que este público se mueve por diversos espacios diariamente.

PALABRAS CLAVE: Suicidio. Infancia. Adolescencia. Salud Pública. Intento de Suicidio.

Introdução

O comportamento suicida ainda é um tema tabu para grande parte da sociedade. Trata-se de um conceito que pode ser compreendido, num aspecto mais amplo, como uma série de comportamentos ligados ao suicídio, que contempla ideações, planos e tentativas de suicídio (com desfecho fatal ou não), com a intenção de morte ([Scavacini & Cacciarro, 2019](#)).

Sabe-se que o comportamento suicida pode apresentar generalidades e especificidades de acordo com cada faixa etária, sendo comum entre elas o fato desse fenômeno ser multifatorial ([Schlösser et al., 2014](#)). Na infância (0 - 9 anos) embora o suicídio seja raro, não é excepcional. A sociedade contemporânea frequentemente constrói uma imagem romântica e positiva do ser criança. Essa visão pode incluir a ideia de que a infância é um período repleto de alegria e diversão, às vezes desconsiderando que muitas crianças vivenciam desafios emocionais e sociais significativos, levando a acreditar que não teriam intencionalidade de se colocar em risco. Assim, o comportamento suicida entre esse público tem causado estranhamento e ferido as expectativas humanas de cuidado com essa faixa etária ([Avanci et al., 2021](#); [Silva Filho & Minayo, 2021](#); [Sousa et al., 2017](#)).

Na adolescência (10-19 anos), período marcado pela transição da infância para a idade adulta e por intensas transformações físicas, psicossociais e cognitivas ([Scavacini & Cacciarro, 2019](#); [Simões et al., 2021](#)), há um número alto de notificações de violência autoprovocada, sendo considerada a segunda faixa etária com maior número de notificações para esse agravo ([Ministério da Saúde, 2021](#)).

É uma fase de busca pela identidade, elaboração de projetos de vida, escolhas profissionais, mudanças físicas, aumento do convívio social, inserção nos mais diversos grupos, e todas essas transformações podem provocar sofrimento ao indivíduo adolescente e os deixar mais expostos e vulneráveis ao comportamento suicida. Neste contexto, entre os anos de 2010 e 2019, houve um aumento de 81% nas taxas de mortalidade por suicídio de adolescentes, quando comparadas ao período anterior, passando de 3,5 por 100 mil para 6,4 por 100 mil ([Ministério da Saúde, 2021](#)).

Diante de tais dados, torna-se importante indicar alguns fatores de risco e proteção ao comportamento suicida na infância e adolescência. O primeiro pode ser compreendido como as circunstâncias específicas que aumentam a probabilidade do desenvolvimento de uma doença ou condição clínica, nesse caso, o comportamento suicida. Já os fatores de proteção são aqueles que diminuem ou eliminam a possibilidade de ocorrência de uma determinada doença e/ou evento, ou seja, que protegem contra o suicídio ([Botega, 2015](#)).

Alguns fatores de risco mais comuns nas faixas etárias estudadas são: conflitos familiares, presença de transtornos mentais, perdas de familiares, vivência de violências (física, sexual e psicológica), tentativa anterior de suicídio e impulsividade (Sousa et al., 2017; Simões et al., 2021). Outros fatores podem ser destacados em cada faixa etária; na infância destaca-se: problemas na escola e neurobiológicos e, ainda, rigidez nas relações entre pais e filhos (Sousa et al., 2017). Já na adolescência, destaca-se a adoção de comportamentos de risco (uso de álcool e drogas, por exemplo), violência e jogos de suicídio, aumento da ansiedade, conflitos pessoais em relação à autoimagem e a autoestima, dificuldades na interação social e falta de esperança (Simões et al., 2021).

No que se refere aos fatores protetivos, pode-se destacar a família como um importante espaço protetivo para crianças, ao manter uma escuta acolhedora quanto aos problemas apresentados pelas crianças, bem como estar vigilante ao uso da internet por elas, devido à ocorrência de cyberbullying e/ou acesso a conteúdo(s) sem qualquer filtro. Além disso, os profissionais de saúde também podem desempenhar um papel protetivo, devendo estar atentos a sintomas de depressão, ansiedade e insônia, e mantendo uma atitude acolhedora e não julgadora (Macedo & Burgueira, 2020). Já entre os adolescentes, destaca-se como fatores protetivos a serem potencializados no cuidado a essas pessoas: sentimentos de bem-estar, habilidades sociais, autoestima, flexibilidade emocional, apoio familiar e social e capacidade de pedir ajuda (Schlösser et al., 2014).

Os tabus existentes quanto à temática e às poucas estatísticas e debates existentes sobre o comportamento suicida infantojuvenil, podem ser fatores que dificultam a identificação de tais comportamentos, desencadeando estatísticas subestimadas que não expressam o cenário real da problemática para os devidos cuidados (Silva Filho & Minayo, 2021; Bahia et al., 2017). No Brasil, essas estatísticas podem estar ainda mais subestimadas, tendo em vista que, embora haja registros, o sistema de notificações, até 2014, não permitia o registro de lesões autoprovocadas para crianças (Bahia et al., 2017).

Essas discussões se tornam ainda mais importantes ao se considerar a escassez de estudos voltados especificamente ao comportamento suicida de

crianças e adolescentes em municípios do interior do país. Estudo realizado por Marín-León et al. (2012) identificou que taxas de suicídio aumentam à medida que o tamanho do município diminui nas regiões Centro-oeste, Sudeste e Sul do Brasil. Assim, pressupõe-se que esses números também sejam significativos ao se considerar o público infantojuvenil.

Embora a maioria dos municípios brasileiros seja de cidades pequenas e/ou interioranas, a pesquisa científica tem como principal campo de estudo os grandes centros urbanos, uma vez que, até recentemente, eram estes os locais de concentração da oferta do ensino superior e, principalmente dos programas de pós-graduação (Lacerda, 2016). Nesse sentido, lançar o olhar para esse fenômeno em um município de interior é de suma importância não só para a sua compreensão, mas também para a expansão do conhecimento científico.

Ademais, pressupõe-se que os municípios localizados no interior dos estados apresentem como um dos desafios o cuidado à saúde mental infantojuvenil, tendo em vista os poucos serviços existentes, quando existem, para o atendimento a essas faixas etárias. Assim, compreender o comportamento suicida infantojuvenil em um município de interior é, também, oferecer suporte para a implantação de novos serviços e políticas públicas mais efetivas para essa faixa etária, que tem apresentado crescentes números de comportamento suicida.

Desse modo, essa pesquisa visou responder a seguinte pergunta: como se apresenta o comportamento suicida entre crianças e adolescentes em um município do interior de um estado da região sudeste do Brasil? Assim, objetivou-se caracterizar os casos registrados de violência autoprovocada e óbitos por suicídio, entre crianças e adolescentes, de 2018 a 2022, em um município de interior.

Método

Pesquisa realizada em um município do interior de um estado do sudeste do Brasil. Trata-se de município referência de saúde para a região norte do estado onde se localiza, sendo a sede da Superintendência Regional de Saúde Norte, com uma diversidade de serviços municipais e estaduais para o cuidado em saúde da população.

O município conta, atualmente, com os seguintes serviços de saúde mental: um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um CAPS álcool e drogas, uma equipe de saúde mental alocada na Policlínica Municipal e profissionais de Psicologia em algumas unidades de saúde. Nesse sentido, não conta com um serviço específico para a saúde mental infanto-juvenil, como, por exemplo, um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij), sendo esse público atendido nos demais serviços ofertados.

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa, a qual empregou como método a pesquisa documental, utilizando como fonte os bancos de dados provenientes das fichas de notificação de violência interpessoal e autoprovocada (Sistema de Informação de Agravos de Notificação/ SINAN e o Sistema de Informação e Vigilância em Saúde/ E-SUS VS – sistema próprio do estado do Espírito Santo) e das declarações de óbito (Sistema de Informação sobre Mortalidade/ SIM/DATASUS ES), referentes aos anos de 2018 a 2022. Os dados que se referem as notificações de violência autoprovocada (SINAN e E-SUS VS) foram disponibilizados pela vigilância epidemiológica municipal em formato do Microsoft Excel e os dados sobre mortalidade por suicídio, foram levantados diretamente no SIM, via DataSUS, em novembro de 2023.

As seguintes variáveis foram analisadas: sexo, raça/cor, orientação sexual, identidade de gênero, escolaridade, situação conjugal/estado civil, presença de transtorno/deficiência, tipo de transtorno/deficiência, suspeita de uso de álcool, encaminhamento, unidade notificadora (disponível apenas nos dados do E-SUS VS), local de ocorrência, violência de repetição, meio de agressão e motivação. Quanto aos óbitos, foram analisadas as variáveis: sexo, raça/cor, escolaridade, ocupação, local de ocorrência, causa da morte por CID e fonte de informação.

Todos os dados foram organizados no Microsoft Excel, sendo que as informações sobre as lesões autoprovocadas foram exportadas para o software SPSS (versão 22.0), permitindo assim a realização da distribuição de frequência dos dados que se desejava analisar. Já os dados do SIM foram organizados e processados com recursos do próprio Microsoft Excel, possibilitando, também, a distribuição de frequência dos dados que se buscava analisar.

Destaca-se que, para esta pesquisa, os dados foram coletados e analisados segundo as idades

preconizadas pela Organização Mundial de Saúde e adotada no próprio instrutivo para o preenchimento das notificações – VIVA, sendo: 0 a 09 anos – infância/criança e 10 a 19 anos – adolescência. Destaca-se, ainda, que a Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada e a Declaração de Óbito, fontes de dados deste estudo, são documentos nacionais padronizados e possuem algumas variáveis diferentes, ou seja, algumas variáveis estão presentes em uma ficha e não estão presentes na outra. Assim, ao longo da discussão, poderá ocorrer de ser discutida alguma variável a partir de somente um dos registros (Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada ou Declaração de Óbito).

Por fim, ressalta-se que para realização desta pesquisa foram respeitados todos os aspectos éticos legalmente previstos em consonância com os critérios das Resoluções n.º 466 (2012) e n.º 510 (2016). Esse estudo é parte integrante da pesquisa intitulada “Comportamento suicida: cuidado e registro no Sistema Único de Saúde” e encontra-se aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo (parecer n.º 5462461).

Resultados

Dados das notificações de violência autoprovocada entre crianças e adolescentes – SINAN e E-SUS VS

Entre os anos de 2018 e 2022 foram identificadas um total de 402 notificações de violência autoprovocada no município pesquisado; destas, 125 (31,1%) notificações ocorreram entre crianças e adolescentes. Das 125 notificações de violência autoprovocada, 98,4% (n=123) foram de adolescentes e 1,6% (n=2) de crianças. Abaixo tabela com quantitativo de notificações por faixa etária e ano (Tabela 1):

Tabela 1. Quantitativo de Notificações de Violência Autoprovocada por faixa etária e ano

| Ano | 0 a 9 anos | | 10 a 19 anos | |
|--------------|------------|------------|--------------|------------|
| | Freq. | % | Freq. | % |
| 2018 | 00 | 00 | 20 | 16,3 |
| 2019 | 00 | 00 | 40 | 32,5 |
| 2020 | 00 | 00 | 13 | 10,6 |
| 2021 | 01 | 50 | 16 | 13 |
| 2022 | 01 | 50 | 34 | 27,6 |
| Total | 02 | 100 | 123 | 100 |

Fonte: Tabela criada pelas autoras a partir de dados da Vigilância Epidemiológica Municipal (2024).

A partir das notificações analisadas, tem-se como principais características entre crianças em situação de violência autoprovocada (Tabela 2, 3 e 4): uma do sexo feminino (50%; n=1) e uma do sexo masculino (50%; n=1); uma parda (50%; n=1) e outra preta (50%; n=1); uma possuía transtorno/deficiência (50%; n=1) e outra (50%; n=1) não foi informada resposta a esta variável; não havia suspeita de uso de álcool em uma das crianças (50%; n=1) e na outra (50%; n=1) não foi informada a suspeita; uma criança (50%; n=1) foi encaminhada a rede de saúde e outra (50%; n=1) não há informação quanto ao encaminhamento.

Entre os adolescentes em situação de violência autoprovocada, apreende-se como características prevalentes (Tabela 2, 3 e 4): sexo feminino (78,9%; n=97); pardas (69,1%; n=85); solteiras (54,5%; n=67); sendo a rede de saúde apontada como principal local de encaminhamento (69,1%; n=85).

Tabela 2. Caracterização das pessoas notificadas por violência autoprovocada por faixa etária entre os anos de 2018 e 2022 por sexo, raça/cor e escolaridade

| Variáveis | 0 a 9 anos (N=2) | | 10 a 19 anos (N=123) | |
|--|------------------|-----|----------------------|------|
| | Freq. | % | Freq. | % |
| Sexo | | | | |
| Feminino | 01 | 50 | 97 | 78,9 |
| Masculino | 01 | 50 | 26 | 21,1 |
| Raça/Cor | | | | |
| Branca | 00 | 00 | 07 | 5,7 |
| Preta | 01 | 50 | 07 | 5,7 |
| Amarela | 00 | 00 | 05 | 4,1 |
| Parda | 01 | 50 | 85 | 69,1 |
| Ignorado | 00 | 00 | 19 | 15,4 |
| Escolaridade | | | | |
| 4ª série completa do Ensino Fundamental | 00 | 00 | 02 | 1,6 |
| 5ª a 8ª série incompleta do Ensino Fundamental | 00 | 00 | 21 | 17,1 |
| Ensino Fundamental Completo | 00 | 00 | 08 | 6,5 |
| Ensino Médio Incompleto | 00 | 00 | 20 | 16,3 |
| Ensino Médio Completo | 00 | 00 | 03 | 2,4 |
| Ignorado | 00 | 00 | 67 | 54,5 |
| Não se aplica | 02 | 100 | 00 | 00 |
| Não informado | 00 | 00 | 02 | 1,6 |

Fonte: Tabela criada pelas autoras a partir de dados da Vigilância Epidemiológica Municipal (2024).

Tabela 3. Caracterização das pessoas notificadas por violência autoprovocada por faixa etária entre os anos de 2018 e 2022 a partir da orientação sexual, identidade de gênero e situação conjugal

| Variáveis | 0 a 9 anos (N=2) | | 10 a 19 anos (N=123) | |
|-----------------------------|------------------|-----|----------------------|------|
| | Freq. | % | Freq. | % |
| Orientação Sexual | | | | |
| Heterossexual | 00 | 00 | 30 | 24,4 |
| Bissexual | 00 | 00 | 02 | 1,6 |
| Não se aplica | 00 | 00 | 08 | 6,5 |
| Ignorado | 00 | 00 | 42 | 34,1 |
| Não informado | 02 | 100 | 41 | 33,3 |
| Identidade de Gênero | | | | |
| Não se aplica | 00 | 00 | 50 | 40,7 |
| Ignorado | 00 | 00 | 28 | 22,8 |
| Não informado | 02 | 100 | 45 | 36,6 |
| Situação Conjugal | | | | |
| Solteiro | 00 | 00 | 67 | 54,5 |
| Casado/União consensual | 00 | 00 | 04 | 3,3 |
| Separado | 00 | 00 | 01 | 0,8 |
| Não aplica | 00 | 00 | 03 | 2,4 |
| Ignorado | 00 | 00 | 17 | 13,8 |
| Não Informado | 02 | 100 | 31 | 25,2 |

Fonte: Tabela criada pelas autoras a partir de dados da Vigilância Epidemiológica Municipal (2024).

Tabela 4. Caracterização das pessoas notificadas por violência autoprovocada por faixa etária entre os anos de 2018 e 2022 a partir da presença e tipo de transtorno/deficiência, suspeita de álcool e encaminhamento

| Variáveis | 0 a 9 anos (N=2) | | 10 a 19 anos (N=123) | |
|--|------------------|-----|----------------------|------|
| | Freq. | % | Freq. | % |
| <i>Presença de Transtorno/deficiência</i> | | | | |
| Sim | 01 | 50 | 16 | 13 |
| Não | 00 | 00 | 14 | 11,4 |
| Ignorado | 00 | 00 | 64 | 52 |
| Não Informado | 01 | 50 | 29 | 23,6 |
| <i>Tipo de Transtorno/deficiência</i> | | | | |
| Transtorno Mental | 00 | 00 | 04 | 3,3 |
| Transtorno de Comportamento | 00 | 00 | 08 | 6,5 |
| Transtorno Mental e Tr. de Comportamento | 00 | 00 | 03 | 2,4 |
| Transtorno Mental, Def. Intelectual e Tr. de Comportamento | 00 | 00 | 01 | 0,8 |
| Não se aplica | 00 | 00 | 56 | 45,5 |
| Não Informado | 02 | 100 | 51 | 41,5 |
| <i>Encaminhamento</i> | | | | |
| Rede de Saúde | 01 | 50 | 85 | 69,1 |
| Rede de Assistência Social | 00 | 00 | 06 | 4,9 |
| Rede de Atendimento à Mulher | 00 | 00 | 01 | 0,8 |
| Conselho Tutelar | 00 | 00 | 01 | 0,8 |
| Rede de Saúde e Assistência Social | 00 | 00 | 11 | 8,9 |
| Rede de Saúde e Educação | 00 | 00 | 02 | 1,6 |
| Rede de Saúde, Educação e Atendimento à Mulher | 00 | 00 | 03 | 2,4 |
| Rede de Saúde e Conselho Tutelar | 00 | 00 | 04 | 3,3 |
| Outras delegacias | 00 | 00 | 01 | 0,8 |
| Não Informado | 01 | 50 | 08 | 6,5 |

Fonte: Tabela criada pelas autoras a partir de dados da Vigilância Epidemiológica Municipal (2024).

Quanto às características das ocorrências entre as crianças, verificou-se que (Tabela 5 e 6): uma (50%; n=1) notificação foi realizada por uma das Unidades de Saúde da Família do município e outra (50%; n=1) não informou resposta quanto a esta variável; todas as violências autoprovocadas ocorreram na residência do indivíduo; uma (50%; n=1) se tratava de violência de repetição e outra (50%; n=1) assinalou como "ignorada" esta variável; uma (50%; n=1) assinalou "outro" como meio de agressão e outra (50%; n=1) não informou resposta quanto ao meio de agressão; em ambas não constava a motivação para autoagressão.

Já entre adolescentes, tem-se (Tabela 5 e 6): um dos hospitais da cidade (Hospital 1) como a principal unidade notificadora (79,4%; n=50); e o domicílio como o principal local de ocorrência (74%; n=91); a maioria das notificações consta como "ignorado" para a variável violência de repetição; o envenenamento/intoxicação aparece como o principal meio de agressão (43,9%; n=54); sendo a motivação, na maioria das notificações assinalada como "ignorado" (48%; n=59).

Tabela 5. Caracterização das ocorrências notificadas por violência autoprovocada por faixa etária entre os anos de 2018 e 2022 a partir das variáveis Unidade Notificadora, Local de Ocorrência e Violência de Repetição

| Variáveis | 0 a 9 anos (N=2) | | 10 a 19 anos (N=123) | |
|--------------------------------------|------------------|-----|----------------------|------|
| | Freq. | % | Freq. | % |
| <i>Unidade Notificadora</i> | | | | |
| CIATOX | 00 | 00 | 01 | 1,6 |
| Hospital Externo ao município | 00 | 00 | 01 | 1,6 |
| Hospital 1 – localizado no município | 00 | 00 | 50 | 79,4 |
| Policlínica Municipal | 00 | 00 | 01 | 1,6 |
| USF 3 | 01 | 50 | 01 | 1,6 |
| Não Informado | 01 | 50 | 09 | 14,3 |
| <i>Local de Ocorrência</i> | | | | |
| Residência | 02 | 100 | 91 | 74 |
| Escola | 00 | 00 | 04 | 3,3 |
| Habitação Coletiva | 00 | 00 | 00 | 00 |
| Via pública | 00 | 00 | 02 | 1,6 |
| Ignorado | 00 | 00 | 25 | 20,3 |
| Não Informado | 00 | 00 | 01 | 0,8 |
| <i>Violência de Repetição</i> | | | | |
| Sim | 01 | 50 | 31 | 25,2 |
| Não | 00 | 00 | 17 | 13,8 |
| Ignorado | 00 | 00 | 62 | 50,4 |

Fonte: Tabela criada pelas autoras a partir de dados da Vigilância Epidemiológica Municipal (2024).

Tabela 6. Caracterização das ocorrências notificadas por violência autoprovocada por faixa etária entre os anos de 2018 e 2022 a partir das variáveis Meio de Agressão e Motivação

| Variáveis | 0 a 9 anos (N=2) | | 10 a 19 anos (N=123) | |
|---|------------------|-----|----------------------|------|
| | Freq. | % | Freq. | % |
| <i>Meio de Agressão</i> | | | | |
| Enforcamento | 00 | 00 | 03 | 2,4 |
| Objeto Contundente | 00 | 00 | 01 | 0,8 |
| Objeto Pêrfuro-Cortante | 00 | 00 | 24 | 19,5 |
| Envenenamento/Intoxicação | 00 | 00 | 54 | 43,9 |
| Outro | 01 | 50 | 27 | 22 |
| Envenenamento e Outro | 00 | 00 | 01 | 0,8 |
| Objeto Pêrfuro-Cortante e Outro | 00 | 00 | 02 | 1,6 |
| Objeto Pêrfuro-Cortante e Envenenamento | 00 | 00 | 05 | 4,1 |
| Objeto Contundente e Envenenamento | 00 | 00 | 01 | 0,8 |
| Força Corporal e Obj. Pêrfuro-Cortante | 00 | 00 | 01 | 0,8 |
| Não Informado | 01 | 50 | 04 | 3,3 |
| <i>Motivação</i> | | | | |
| Conflito Geracional | 00 | 00 | 12 | 9,8 |
| Outros | 00 | 00 | 14 | 11,4 |
| Não se aplica | 00 | 00 | 07 | 5,7 |
| Ignorado | 00 | 00 | 59 | 48 |
| Não Informado | 02 | 100 | 31 | 25,2 |

Fonte: Tabela criada pelas autoras a partir de dados da Vigilância Epidemiológica Municipal (2024).

Dados dos óbitos por suicídio entre crianças e adolescentes - SIM

Foram registrados 36 óbitos por suicídio no município entre os anos de 2018 e 2022; deste total, três óbitos (8,3%) eram de pessoas nas faixas etárias estudadas, sendo todos adolescentes (Tabela 7).

Tabela 7. Quantitativo de óbitos registrados por suicídio por ano e faixa etária

| Ano | 0 a 9 anos | | 10 a 19 anos | |
|--------------|------------|----|--------------|-----|
| | Freq. | % | Freq. | % |
| 2018 | 00 | 00 | 00 | 00 |
| 2019 | 00 | 00 | 02 | 67 |
| 2020 | 00 | 00 | 00 | 00 |
| 2021 | 00 | 00 | 01 | 33 |
| 2022 | 00 | 00 | 00 | 00 |
| Total | 00 | 00 | 03 | 100 |

Fonte: Tabela criada pelas autoras a partir de dados advindos do SIM/MS (2024).

De modo geral, identificou-se, entre os adolescentes com óbitos registrados por suicídio, a prevalência das seguintes características (Tabela 8): sexo masculino (66,7%; n=2); pardos (100%; n=3); 4 a 7 anos de escolaridade (66,7%; n=2); estudantes (100%; n=3).

Tabela 8. Caracterização das pessoas com óbitos registrados por suicídio por faixa etária entre os anos de 2018 e 2022

| Variáveis | 0 a 9 anos (N=2) | | 10 a 19 anos (N=123) | |
|---------------------|------------------|----|----------------------|------|
| | Freq. | % | Freq. | % |
| <i>Sexo</i> | | | | |
| Feminino | 00 | 00 | 01 | 33,3 |
| Masculino | 00 | 00 | 02 | 66,7 |
| <i>Raça/Cor</i> | | | | |
| Parda | 00 | 00 | 03 | 100 |
| <i>Escolaridade</i> | | | | |
| 04 a 07 anos | 00 | 00 | 02 | 66,7 |
| 08 a 11 anos | 00 | 00 | 01 | 33,3 |
| <i>Ocupação</i> | | | | |
| Estudante | 00 | 00 | 03 | 100 |

Fonte: Tabela criada pelas autoras a partir de dados advindos do SIM/MS (2024).

Sobre as características das ocorrências (Tabela 9): o domicílio se destacou como o principal local de suicídio (100%; n=3); todos por enforcamento, estrangulamento ou sufocação (CID: X70) (100%; n=3); tendo os boletins de ocorrência como principal fonte de informação (66,7%; n=3).

Tabela 9. Caracterização das ocorrências com óbitos registrados por suicídio por faixa etária entre os anos de 2018 e 2022

| Variáveis | 0 a 9 anos (N=2) | | 10 a 19 anos (N=123) | |
|--|------------------|----|----------------------|------|
| | Freq. | % | Freq. | % |
| <i>Local de Ocorrência</i> | | | | |
| Domicílio | 00 | 00 | 03 | 100 |
| 04 a 07 anos | 00 | 00 | 02 | 66,7 |
| 08 a 11 anos | 00 | 00 | 01 | 33,3 |
| <i>Causa da Morte por CID</i> | | | | |
| X70 Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação | 00 | 00 | 03 | 100 |
| <i>Fonte de Informação</i> | | | | |
| Boletim de Ocorrência | 00 | 00 | 02 | 66,7 |
| Ignorado | 00 | 00 | 01 | 33,3 |

Fonte: Tabela criada pelas autoras a partir de dados advindos do SIM/MS (2024).

Discussão

Os resultados encontrados apontam para a maioria de notificações de violência autoprovocada entre adolescentes, sendo esta faixa etária a única com óbito por suicídio no grupo pesquisado. As meninas apresentaram maior número de notificações entre adolescentes, e entre crianças houve uma notificação para cada sexo, enquanto o sexo masculino prevaleceu entre os óbitos por suicídio. A população negra foi a principal identificada entre as notificações e óbitos, sendo a residência o principal local de ocorrência em ambos os casos e a rede de saúde o principal local de encaminhamento das pessoas notificadas por violência autoprovocada.

Dados do Ministério da Saúde (SIM e SINAN), obtidos entre os meses de outubro e novembro de 2023, e da Vigilância Epidemiológica do município de estudo, demonstram diferenças no número de notificações e de registro por suicídio nas diferentes faixas etárias, com destaque neste estudo para as crianças e adolescentes. No âmbito Nacional, das 585.855 notificações de violência autoprovocada entre 2018 e 2022, 7.369 ocorreram entre as crianças e 179.221 entre adolescentes (Ministério da Saúde, 2023a). No cenário estadual, das 19.677 notificações de violência autoprovocada, registradas no período de estudo (2018 a 2022), 128 eram de crianças e 6.963 eram adolescentes (Ministério da Saúde, 2023a).

No que tange os óbitos registrados por suicídio, entre os anos de 2018 e 2021 (último ano com dados disponíveis no SIM), no âmbito nacional, dos 55.587 óbitos registrados por essa causa, 16 foram de crianças e 4.721 adolescentes (Ministério da Saúde, 2023b). Já no cenário estadual, entre 2018 e 2022, dos 1.268 óbitos por suicídio, 01 (um) foi de criança e 86 de adolescentes (Secretaria de Estado da Saúde, 2023).

De maneira mais específica, os resultados apontados anteriormente, vão ao encontro dos dados nacionais e estaduais, que apresentam baixo número de notificações de lesões autoprovocadas e óbitos por suicídio na infância, quando comparada às demais faixas etárias (Ministério da Saúde, 2023a; Ministério da Saúde, 2023b; Secretaria de Estado da Saúde, 2023).

Quase não há estatísticas sobre o comportamento suicida na infância no Brasil e no mundo (Sousa et al., 2017; Avanci et al., 2021). Os dados mais recentes divulgados pela Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 2021) sobre as estimativas globais de suicídio, assim como os relatórios do Ministério da Saúde (2021) referentes à mortalidade por suicídio e às notificações de lesões autoprovocadas no Brasil entre 2010 e 2019, não apresentam informações específicas para a faixa etária em questão. No caso do Ministério da Saúde, os dados são agrupados com os de adolescentes, abrangendo a faixa etária de 5 a 14 anos.

Alguns fatores podem influenciar na subnotificação desses dados: tabus existentes quanto ao comportamento suicida, em especial na infância, marcada por uma visão romântica e positiva do ser criança; dificuldade em delimitar o que é lesão autoprovocada e comportamento suicida nessa faixa etária, tendo em vista as limitações em definir a intencionalidade do ato, acreditando-se, por vezes, que foi apenas um acidente; dificuldade em delimitar em que momento a criança compreende o conceito de morte, visto que para a definição do comportamento suicida deve se ter consciência da finitude da vida; descrédito dado à criança frente a seu relato e seu sofrimento; fragilidade das estatísticas dos sistemas de informação em saúde, por abrangerem uma fração do problema, deixando de lado a ideiação suicida e o planejamento; fragilidade das estatísticas pelo fato dos dados abarcar em sua maioria as informações dos serviços públicos da rede de saúde; subnotificações por erros de registro do próprio profissional de saúde (Avanci et al., 2021). Embora tais fatores incidam direta e indiretamente sob os números, o comportamento suicida entre crianças, como aponta os dados apresentados anteriormente, é um fenômeno presente e merece a atenção e discussão de toda sociedade, em especial, pais e responsáveis, profissionais dos diversos setores envolvidos no cuidado a esse público e gestores de políticas públicas.

Na adolescência, por sua vez, observou-se que tanto no município de pesquisa quanto no âmbito nacional e estadual, trata-se da faixa etária com o maior número de notificações e óbitos, quando comparada à infância.

Sabe-se que a adolescência é uma fase marcada por muitas mudanças (biológicas, emocionais e sociais) e desafios. É nesse período que se inicia uma nova forma de relacionar-se e enxergar o mundo, o corpo sofre modificações, anseia-se por maior liberdade, tem-se a inserção em grupos mais específicos, inicia-se o processo de construção da própria identidade, aumentam-se as responsabilidades e escolhas, pensa-se com maior veemência na escolha da profissão, entre outros. Tais aspectos podem sugerir uma maior suscetibilidade aos fatores de risco para o comportamento suicida (Alpe & Alf, 2020) e podem ajudar a explicar os altos números de comportamento suicida nessa faixa etária.

Abaixo segue a discussão quanto a cada faixa etária abordada nesta pesquisa, a partir de cada variável utilizada.

Infância – 0 a 9 anos

Delimitar o comportamento suicida na infância não é uma tarefa fácil. Ao contrário do que se pensa, a criança também pode se frustrar, desiludir-se e sofrer. Para algumas crianças a fase da infância pode ser dolorosa e com inquietações, medos e angústias advindas do contexto familiar, escolar e social em que está inserida (Macedo & Burgueira, 2020). Tais questões podem incidir diretamente na saúde mental desses indivíduos, levando, inclusive, ao comportamento suicida.

Nesse ínterim, alguns fatores podem ser apontados como influenciadores do comportamento suicida infantil: problemas escolares (rendimento ruim, por exemplo); excesso de atividades; bullying; histórico de violência física e sexual; conflitos familiares, principalmente em relações com predomínio de tensões e rigidez que impedem a comunicação entre pais e filhos; morte de familiar ou pessoa próxima por suicídio; presença de algum transtorno mental, como o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, Transtornos de Personalidade e Depressão (Macedo & Burgueira, 2020; Sousa et al., 2017).

No município em estudo, embora tenha apresentado, no período dessa pesquisa, um quantitativo pequeno de notificações de violência autoprovocada (n=2) na infância, e não tenha registrado óbito por suicídio nessa faixa etária, o comportamento suicida esteve presente e merece destaque, indicando que ações preventivas necessitam ser realizadas também junto a esse público.

Esses baixos registros no município pesquisado, ao mesmo tempo que podem indicar que tal comportamento não esteve tão presente na infância, podem, também, apontar para uma subnotificação. Sabe-se que um número significativo de casos de comportamento suicida em crianças não é registrado por negação (da família, dos profissionais, e outros) e/ou por sentimento de culpa e vergonha pelas famílias. Há barreiras socioculturais, religiosas e morais que acabam mascarando tal ocorrência, dificultando a identificação do problema também nessa faixa etária (Bahia et al., 2017).

Estudo realizado por [Avanci et al. \(2021\)](#) que buscou conhecer a magnitude das notificações, internações e mortes por lesões autoprovocadas em crianças no Brasil entre 2006 e 2017, identificou que 80,8% das lesões autoprovocadas de crianças no país, aconteceram em suas residências, corroborando com os dados do presente estudo. Pelos registros não é possível delimitar exatamente os fatores que podem influenciar esse dado. Porém, sabe-se que a residência é o local onde a criança passa a maior parte do seu tempo e onde podem surgir conflitos familiares que incidem diretamente na sua saúde mental e, por consequência, na presença de comportamento suicida.

No município em questão, das duas notificações identificadas, conforme os dados anteriormente apresentados, uma era do sexo masculino e uma do sexo feminino, o que inviabiliza traçar um perfil do sexo das crianças em comportamento suicida, a partir desses dados.

Quanto à raça/cor, identificou-se neste estudo que as crianças notificadas eram negras (pardas e pretas). Diferentemente dos dados encontrados em pesquisa realizada por [Avanci et al. \(2021\)](#), em que 46,2% das notificações de lesões autoprovocadas no Brasil eram de crianças brancas e 35,9% de pardas.

Nesse contexto, principalmente considerando que a população do município ora pesquisado é majoritariamente negra, indica-se a importância de se atentar, também, para a saúde mental desse público, por meio de ações que minimizem os preconceitos e fortaleçam a identidade e o sentimento de pertença dessas crianças.

Nessa direção, estudo realizado em um CAPSij de São Paulo, buscou identificar estratégias utilizadas pelo serviço para assistência a crianças e adolescentes negros, destacando-se entre as ações: a participação e promoção de eventos relacionados à cultura afro e à beleza da pessoa negra; confecção de bonecas abayomi (boneca negra, que objetiva transmitir e valorizar a cultura africana), visita a museus e outros espaços africanos, rodas de conversas/palestras que trabalham a desconstrução do racismo e reconhecimento da identidade negra. Assim, o estudo mostra a importância da abertura de espaços de reflexão e diálogo acerca das experiências desses sujeitos, principalmente enquanto pessoas que sofrem racismo e, ainda, para a necessidade de estratégias e ações para além do mês de novembro (mês considerado da consciência negra) ([Barros et al., 2022](#)).

A iniciativa desse CAPSij de São Paulo vai ao encontro do preconizado pela Política Nacional de Saúde Integral da População Negra que destaca em uma das suas estratégias de ação, o fortalecimento da atenção à saúde mental de crianças, e demais faixas etárias, com vistas ao acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e prevenção de agravos decorrentes dos efeitos da discriminação racial e exclusão social ([Ministério da Saúde, 2017](#)). Desse modo, ações e intervenções que priorizem a saúde mental infantil negra pode/deve ser uma das estratégias dos serviços do SUS para o cuidado a esses indivíduos.

Nessa discussão sobre o cuidado, o fato de uma das notificações não ter especificado se aconteceu ou não algum encaminhamento dessa criança para a rede de atenção, se relaciona à fragilidade dos registros e possivelmente da atenção ao comportamento suicida, também para essa faixa etária. Assim, a notificação perde a sua função de cuidado e de possibilidade de acompanhamento desses casos na prevenção de agravos, inclusive do suicídio.

Entende-se que a efetivação desse cuidado no SUS se relaciona também (e não só) a garantias de formação continuada e educação permanente para os trabalhadores envolvidos no cuidado; na perspectiva de não perder de vista o que representa uma notificação que contemple o máximo de informações, para construção inclusive de políticas públicas direcionadas a essas pessoas. Além disso, esses processos formativos podem implicar em fortalecimento do acolhimento e da escuta a essas crianças em comportamento suicida, reduzindo o tabu na abordagem dessa temática, bem como possibilitar ações emancipatórias, que contribuam no enfrentamento de estigmas e determinismos e na melhoria da qualidade de vida.

Nesse sentido, vale destacar a responsabilidade também do Sistema Único de Saúde (SUS) na garantia desse cuidado em Saúde Mental Infantojuvenil. O município de estudo, até o momento, não conta com um serviço de saúde específico voltado ao cuidado em saúde mental infantojuvenil, como um CAPSij, apontando para a necessidade de fortalecimento dos serviços existentes que já prestam assistência à saúde mental das crianças, na direção de alcançar as proposições do Ministério da Saúde de tratar o sujeito de maneira integral e singular, priorizando a intersectorialidade do cuidado a este público.

Garantir cuidado integral em saúde mental nessa faixa etária é contribuir para a prevenção desse comportamento, também, nas faixas etárias seguintes. E para que o cuidado integral se consolide, é necessário a integração de diversas políticas públicas que atendam a esse público, a partir da singularidade de cada indivíduo.

Sob essa perspectiva, o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos exemplifica um serviço da política pública de Assistência Social que pode favorecer o bem-estar e a saúde mental de crianças, além de atuar na prevenção do suicídio nessa faixa etária. Esse serviço foca no desenvolvimento de atividades que promovem a convivência, o fortalecimento de vínculos e a socialização, com ênfase em brincadeiras ([Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome](#), 2013). Dessa forma, ao fortalecer os laços e promover a socialização entre as crianças, também contribui para o desenvolvimento de habilidades e a promoção da saúde e do bem-estar desse público, que muitas vezes não tem seu sofrimento psíquico reconhecido.

Adolescência – 10 a 19 anos

A adolescência, como apontado anteriormente, é um período marcado por diversas transformações e mudanças (físicas, psicossociais e cognitivas). Esse cenário pode deixar o adolescente vulnerável e exposto a diversos fatores de risco para o comportamento suicida, como conflitos familiares e disfuncionalidades na dinâmica familiar, presença de transtorno mental (depressão, ansiedade, pânico, transtornos alimentares e outros), abuso de substâncias psicoativas, abuso sexual, maus-tratos, fácil acesso a meios letais, falta de suporte social, problemas de interação social e outros ([Alpe & Alf](#), 2020; [Schlösser](#) et al., 2014).

No município pesquisado, a adolescência foi a faixa etária com maior número de notificações de violência autoprovocada e óbitos por suicídio, quando comparada às crianças. Observa-se um aumento significativo das notificações entre os anos de 2018 e 2019 (ano com maior número), uma queda em 2020 (primeiro ano de pandemia da COVID-19) e um novo aumento em 2021 que se estendeu para o ano de 2022. Esses dados vão ao encontro do último boletim epidemiológico sobre mortalidade por suicídios e lesões autoprovocadas no Brasil, que demonstram um aumento

de 81% na incidência de suicídio entre os adolescentes, passando de 606 óbitos para 1.022 óbitos entre os anos de 2010 e 2019 ([Ministério da Saúde](#), 2021). O suicídio nessa faixa etária é a quarta principal causa de morte em todo mundo entre adolescentes e jovens de 15 a 29 anos ([Ministério da Saúde](#), 2021).

O sexo feminino é o que prevalece nessas notificações e o masculino nos números de óbitos, coadunando com outros estudos já realizados ([Fernandes et al.](#), 2020; [Luis](#) et al., 2021; [Silva](#) et al., 2021). Essa diferença entre os sexos pode se dar por meninas estarem mais propensas a pedirem ajuda, enquanto os meninos tendem mais ao uso de álcool, à escolha de métodos mais letais e maior inclinação para violência e comportamentos externalizantes (agressividade, impulsividade, desafiador, etc.) ([Fernandes et al.](#), 2020; [Luis](#) et al., 2021).

Igualmente à realidade das crianças, os adolescentes negros (pardos e pretos) foram maioria das notificações e registros de óbitos por suicídio nessa pesquisa, o que corrobora com o estudo de [Silva](#) et al. (2021) e contraria [Bahia](#) et al. (2017) que indica que adolescentes brancos como mais vulneráveis ao comportamento suicida.

Corroborando os dados da presente pesquisa, o Ministério da Saúde publicou em 2018 uma cartilha com dados de óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros, dentre os dados encontrados, afirmou-se que adolescentes negros apresentam um risco 67% maior de suicídio do que brancos; a cada 100 suicídios em adolescentes brancos, ocorreram 167 suicídios em adolescentes negros ([Ministério da Saúde](#), 2018).

Diante de tais números do MS, e dos dados encontrados nesse estudo, é possível inferir que a população negra é um dos grupos mais vulneráveis ao comportamento suicida, sendo que, muitas vezes, as queixas raciais são ainda negligenciadas e subestimadas nos serviços de saúde ([Ministério da Saúde](#), 2018). Na presente pesquisa tem-se um município de maioria negra, mas independente disso, ações de enfrentamento ao racismo, ao preconceito e a outras discriminações que os adolescentes negros possam sofrer, são essenciais para a promoção à saúde e prevenção ao suicídio entre esse público.

Assim como no público infantil, a rede de saúde foi a principal alvo de encaminhamento de adolescentes em comportamento suicida. Nesse sentido, o Ministério da Saúde orienta que ao pensar em linhas de cuidado para a questão do suicídio junto a esse público, considere-se: a complexidade que envolve o comportamento suicida, não o reduzindo a um comportamento individual ou à doença mental; os fatores de vulnerabilidade que aumentam o risco; os diferentes níveis de prevenção; a necessidade de escuta às pessoas e famílias; entre outras ([Ministério da Saúde](#), 2010).

Além da maioria das notificações ser encaminhada para a rede de saúde, tem-se que a maioria das ocorrências foi notificada por um serviço de saúde de urgência/ emergência – um dos hospitais da cidade. Além dos casos de comportamento suicida estarem “chegando” à rede de saúde básica e especializada num estágio mais grave, esse dado demonstra que a rede de saúde tem sido a principal envolvida com a temática do comportamento suicida no município de estudo, em especial, entre os adolescentes.

Compreende-se, nesse sentido, que outras redes (assistência social, esporte, cultura, lazer, educação e outras) precisam/devem se envolver no cuidado à saúde mental, em especial, de pessoas em comportamento suicida. Trata-se de espaços/serviços de suma importância para o cuidado a essas pessoas, tendo em vista seus compromissos de oferta de melhores condições de vida, por meio da garantia de educação, acesso à alimentação, renda, sociabilidade, esporte, cultura e lazer. Assim, esses serviços podem e devem promover ações/intervenções e políticas públicas com vista ao bem-estar emocional, a psicoeducação quanto aos riscos da autolesão (suicida ou não suicida), intervenções que contribuam para o lidar com o estresse e frustração, entre outras possibilidades.

Os números registrados de violência autoprovoçada entre adolescentes são elevados e chama a atenção para a dimensão desse fenômeno no município de estudo. Nesse sentido, torna-se importante problematizar em que medida estes espaços/serviços têm sido efetivos para a melhoria da saúde mental da população, em especial dos adolescentes. Além disso, os dados apresentados reforçam a necessidade de os serviços públicos municipais estarem sensíveis ao registro, acolhimento, atenção e cuidado àqueles adolescentes que apresentam comportamento suicida.

Considerações finais

A presente pesquisa buscou caracterizar os casos registrados de violência autoprovoçada e óbitos por suicídio, entre crianças e adolescentes, de 2018 a 2022, em município de interior. Os resultados indicaram que o comportamento suicida, no município em questão, está mais presente entre o público adolescente, com pouco registro de notificações e nenhuma ocorrência de óbito entre crianças no período de estudo. As características das pessoas e das ocorrências se assemelham, sendo que as meninas apresentaram um número maior de notificações de violência autoprovoçada e os meninos maior número de óbitos por suicídio, coadunando com os dados nacionais e estaduais. A população negra foi a principal identificada entre as lesões autoprovoçadas e os óbitos por suicídio em ambas as faixas etárias. A residência foi o principal local de ocorrência em ambos os registros, e o enforcamento, estrangulamento ou sufocação foi o principal meio de agressão/causa da morte em ambos os casos.

Constata-se que, embora existam poucos números quanto ao comportamento suicida no município de estudo, trata-se de um fenômeno presente e que exige de pais e responsáveis, educadores, profissionais de diversos setores e áreas e do poder público, respostas abrangentes e eficazes, de modo a minimizar o crescente número de casos no município e no país.

Algumas limitações puderam ser identificadas e são importantes de serem pontuadas, tendo em vista que as mesmas refletem o cenário da temática das notificações de violência autoprovoçada e registros de óbitos por suicídio no município, são elas: curto período temporal de análise dos dados e vivência da COVID-19 no período de análise, fragilidade das notificações, impactos que as mudanças nos sistemas de informações podem ter gerado nos dados, as limitações da generalização dos dados.

As fragilidades nas notificações puderam ser observadas no assinalamento inadequado e/ou ausência de dados considerados importantes para caracterizar fielmente a amostra, tais como: orientação sexual, presença de transtorno/deficiência, situação conjugal, escolaridade, identidade de gênero e outras. Alguns fatores que podem contribuir para essa fragilidade incluem a falta de qualificação profissional para o preenchimento, a dificuldade em compreender a

importância da notificação, a presença de tabus e estigmas relacionados ao comportamento suicida, além da sobrecarga dos profissionais, que acabam priorizando outras tarefas em detrimento das notificações. Tal problemática poderia ser minimizada com o investimento de espaços de capacitações/formações com vistas à qualificação e preparo de profissionais e gestores quanto a importância da realização das notificações e sua função para a compreensão do perfil epidemiológico deste agravo no município, bem como para a melhor qualificação dos registros.

No que se refere a troca de sistemas de informações, no período de pesquisa, o estado de localização do município passou a utilizar um sistema próprio de notificação, como forma de aprimoramento dos dados do SINAN e para melhorar o tempo de disponibilidade desses dados. Assim, pressupõe-se que durante a troca, até a completa capacitação dos servidores e disponibilização do sistema a todos os serviços, podem ter ocorrido dificuldades para a coleta de dados. Além disso, o curto período temporal de realização de análise dos dados (2018 a 2022), associado a vivência da COVID-19, que teve início em 2020, período compreendido neste estudo, podem ter impactado negativamente na coleta de dados sobre violência no município de pesquisa e em todo o estado. Trata-se de um período em que os serviços de saúde se encontravam centralizados no atendimento às pessoas infectadas pelo vírus e, por vezes, os trabalhadores encontravam-se sobrecarregados com as demandas que a pandemia lhes exigia, “deixando” outras demandas em segundo plano.

Desse modo, pressupõe-se que a fragilidade das notificações, a troca de sistemas, associada a pandemia de COVID-19, também pode ter impacto nos dados do município de estudo. Essas limitações iniciais, podem ter gerado, também, a dificuldade de generalização dos dados. Tendo em vista que com as subnotificações dos dados, torna-se difícil generalizar os mesmos para outros municípios, ainda que na região de saúde abarcada pelo município os perfis municipais sejam semelhantes.

É importante destacar que, embora o município seja considerado uma referência em saúde no norte do estado, existem lacunas e uma falta de serviços com atendimentos específicos para a saúde mental infantojuvenil, como o CAPSII, por exemplo. Essa situação pode dificultar a descrição precisa desse fenômeno

no município, tornando mais complicado a generalização dos resultados para outros municípios e a construção de novas teorias sobre o comportamento suicida em áreas interioranas. Isso indica a necessidade de mais estudos sobre esse fenômeno, que, conforme pode ser pressuposto pela pesquisa, é ainda mais permeado por tabus, estigmas e preconceitos nessas regiões do país.

Pontua-se ainda, que este estudo trata-se de uma pesquisa descritiva, que não se propõe a demonstrar associações entre diferentes variáveis, contribuindo, também, para que o potencial de extrapolar os resultados para outros municípios seja limitado.

Por fim, considera-se que essa pesquisa vem oferecer um panorama do comportamento suicida entre o público infantojuvenil em um município do interior, possibilitando a reflexão e análise das estratégias e ações adotadas para o atendimento a esse público, em especial no que tange à promoção à saúde mental e bem-estar. Desse modo, espera-se que essa pesquisa contribua como suporte para a criação de novas estratégias, ações, capacitações e políticas públicas direcionadas ao público infantojuvenil, especialmente, com foco no comportamento suicida. Adicionalmente, é sugerida a realização de outras pesquisas, especialmente estudos de delineamento longitudinal, neste município e/ou municípios do interior, visando examinar as tendências do comportamento suicida nessas regiões, bem como compreender as razões desse comportamento entre a população infantojuvenil.

Contribuições dos autores

Os autores declararam ter feito contribuições substanciais ao trabalho em termos da concepção ou desenho da pesquisa; da aquisição, análise ou interpretação de dados para o trabalho; e da redação ou revisão crítica de conteúdo intelectual relevante. Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada e concordaram em assumir a responsabilidade pública por todos os aspectos do estudo.

Conflitos de interesses

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas e fundações privadas, etc.) foi declarado para nenhum aspecto do trabalho submetido (incluindo, mas não se limitando a subvenções e financiamentos, participação em conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística, etc.).

Indexadores

A Revista Psicologia, Diversidade e Saúde é indexada no [DOAJ](#), [EBSCO](#) e [LILACS](#).



Referências

- Alpe, A. O.-E. S., & Alf, A. M. (2020). Significados atribuídos ao comportamento suicida por adolescentes do sexo feminino. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 11(3), 99-115. <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2020v11n3p99>
- Avanci, J. Q., Pinto, L. W., & Assis, S. G. D. (2021). Notificações, internações e mortes por lesões autoprovocadas em crianças nos sistemas nacionais de saúde do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(suppl 3), 4895-4908. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.35202019>
- Bahia, C. A., Avanci, J. Q., Pinto, L. W., & Minayo, M. C. S. (2017). Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: Perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 22(9), 2841-2850. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.12242017>
- Barros, S., Santos, J. C. D., Candido, B. D. P., Batista, L. E., & Gonçalves, M. M. (2022). Atenção à Saúde Mental de crianças e adolescentes negros e o racismo. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 26, 1-18. <https://doi.org/10.1590/interface.210525>
- Botega, N. J. (2015). *Crise Suicida: Avaliação e Manejo*. Artmed.
- Fernandes, F. Y., Freitas, B. H. B. M., Marcon, S. R., Arruda, V. L., Lima, N. V. P., Bortolini, J., & Gaíva, M. A. M. (2020). Tendência de suicídio em adolescentes brasileiros entre 1997 e 2016. *Epidemiologia e serviços de saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil*, 29(4), 1-10. <https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000400025>
- Lacerda, M. P. (2016). A pesquisa em cidades pequenas. *Currículo sem fronteiras*, 16(1), 78-98. <https://www.curriculosemfronteiras.org/vol16iss1articles/lacerda.pdf>
- Luis, M. A., Monroy, N. A. J., de Godoi, L. G., & Leite, F. M. C. (2021). Lesão Autoprovocada entre adolescentes: Prevalência e fatores associados, Espírito Santo, Brasil. *Aquichan*, 21(3), e2133. <https://doi.org/10.5294/aqui.2021.21.3.3>
- Macedo, F. L., & Burgueira, D. S. (2020). Suicídio Infantil: Por quais motivos o suicídio na infância está começando tão cedo. *Revista InterCiência - IMES Catanduva*, 1(4), 65-73. <https://www.fafica.br/revista/index.php/interciencia/article/view/141>
- Marín-León, L., Oliveira, H. B. D., & Botega, N. J. (2012). Suicide in Brazil, 2004-2010: The importance of small counties [Suicídio no Brasil, 2004-2010: A importância dos pequenos municípios]. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 32(5), 351-359. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/9245/v32n5a05_351-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ministério da Saúde. (2010). *Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde*. Ministério da Saúde. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf
- Ministério da Saúde. (2017). *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: Uma política para o SUS*. Ministério da Saúde. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf
- Ministério da Saúde. (2018). *Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros 2012 a 2016*. Universidade de Brasília, Observatório de Saúde de Populações em Vulnerabilidade. Ministério da Saúde e Universidade de Brasília. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/obitos_suicidio_adolescentes_negros_2012_2016.pdf
- Ministério da Saúde. (2021). *Boletim epidemiológico: Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil (Boletim Epidemiológico 33)*. Secretaria de Vigilância em Saúde: Ministério da Saúde. https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf
- Ministério da Saúde. (2023a). *Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan*. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/violencia/bases/violebrnet.def>
- Ministério da Saúde. (2023b). *Sistema de Informação sobre Mortalidade - DataSUS*. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (2013). *Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais*. https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/tipificacao.pdf
- Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. (2012). Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html

- Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. (2016). Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
- Scavacini, K., & Cacciaccaro, M. F. (2019). Automutilação e suicídio de crianças e adolescentes. In K. Scavacini (org.), *História de Sobreviventes do Suicídio* (vol. 2, p. 13 – 22). Instituto Vita Alere de Prevenção e Posvenção do Suicídio. https://vitaalere.com.br/wp-content/uploads/2020/03/Ebook_Histo%CC%81rias-de-sobreviventes-do-suici%CC%81dio-2-Karen-Scavacini.pdf
- Schlösser, A., Rosa, G. F. C., & More, C. L. O. O. (2014). Revisão: Comportamento Suicida ao Longo do Ciclo Vital. *Temas Em Psicologia*, 22(1), 133–145. <https://doi.org/10.9788/TP2014.1-11>
- Secretaria de Estado da Saúde. (2023). *Sistema de Informação de Mortalidade – Tabnet Data*. <http://tabnet.saude.es.gov.br/cgi/deftohtm.exe?tabnet/SIM/SIM2006/sim2006.def>
- Silva, P. J. C., Feitosa, R. A., Machado, M. F., Quirino, T. R. L., Correia, D. S., Wanderley, R. A., & Souza, C. D. F. (2021). Perfil Epidemiológico e tendência temporal da mortalidade por suicídio em adolescentes. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 70(3), 224–235. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000338>
- Silva Filho, O. C., & Minayo, M. C. S. (2021). Triplo tabu: Sobre o suicídio na infância e na adolescência. *Ciência e Saúde Coletiva*, 26(7), 2693–2698. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.07302021>
- Simões, E. V., Oliveira, A. M. N., Pinho, L. B., Lourenção, L. G., Oliveira, S. M. de, & Farias, F. L. R. (2021). Motivos atribuídos às tentativas de suicídio: percepção dos adolescentes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(Suppl 3). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0163>
- Sousa, G. S. D., Santos, M. S. P. D., Silva, A. T. P. D., Perrelli, J. G. A., & Sougey, E. B. (2017). Revisão de literatura sobre suicídio na infância. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(9), 3099–3110. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.14582017>
- World Health Organization. (2021). *Suicide worldwide in 2019: Global Health Estimates* [Suicídio em todo o mundo em 2019: Estimativas de Saúde Global]. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>