



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
INSTITUTO DE PATOLOGIA TROPICAL E SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ARLEIDE MARIA DOS SANTOS

TENDÊNCIA TEMPORAL DAS TENTATIVAS DE SUICÍDIO EM
ADOLESCENTES NO BRASIL DE 2010 A 2022

Goiânia
2024



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
INSTITUTO DE PATOLOGIA TROPICAL E SAÚDE PÚBLICA

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO (TECA) PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES

E DISSERTAÇÕES NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a [Lei 9.610/98](#), o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

O conteúdo das Teses e Dissertações disponibilizado na BDTD/UFG é de responsabilidade exclusiva do autor. Ao encaminhar o produto final, o autor(a) e o(a) orientador(a) firmam o compromisso de que o trabalho não contém nenhuma violação de quaisquer direitos autorais ou outro direito de terceiros.

1. Identificação do material bibliográfico

Dissertação Tese Outro*: _____

*No caso de mestrado/doutorado profissional, indique o formato do Trabalho de Conclusão de Curso, permitido no documento de área, correspondente ao programa de pós-graduação, orientado pela legislação vigente da CAPES.

Exemplos: Estudo de caso ou Revisão sistemática ou outros formatos.

2. Nome completo do autor

Arleide Maria Dos Santos

3. Título do trabalho

TENDÊNCIA TEMPORAL DAS TENTATIVAS DE SUICÍDIO EM ADOLESCENTES NO BRASIL DE 2010 à 2022

4. Informações de acesso ao documento (este campo deve ser preenchido pelo orientador)

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO¹

[1] Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. Após esse período, a possível disponibilização ocorrerá apenas mediante:

- a) consulta ao(à) autor(a) e ao(à) orientador(a);
- b) novo Termo de Ciência e de Autorização (TECA) assinado e inserido no arquivo da tese ou dissertação. O documento não será disponibilizado durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

Obs. Este termo deverá ser assinado no SEI pelo orientador e pelo autor.



Documento assinado eletronicamente por **Marta Rovey De Souza, Professora do Magistério Superior**, em 27/05/2024, às 09:59, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

Termo de Ciência e de Autorização (TECA) 4576904 SEI 23070.019442/2024-87 / pg. 1



Documento assinado eletronicamente por **Arleide Maria Dos Santos, Usuário Externo**, em 28/05/2024, às 09:35, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4576904** e o código CRC **DD8BA156**.

ARLEIDE MARIA DOS SANTOS

**TENDÊNCIA TEMPORAL DAS TENTATIVAS DE SUICÍDIO EM
ADOLESCENTES NO BRASIL DE 2010 A 2022**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, da Universidade Federal de Goiás, para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

Linha de Pesquisa: Vigilância em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Marta Roverly de Souza

Co-orientadora: Prof.^a Dr.^a Fernanda Ramos Parreira

Goiânia

2024

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Santos, Arleide Maria dos
Tendência Temporal das Tentativas de Suicídio em Adolescentes no Brasil de 2010 a 2022 [manuscrito] / Arleide Maria dos Santos. -2024. LXXVIII, 78 f.

Orientador: Profa. Dra. Marta Roverly De Souza; co-orientadora Dra. Fernanda Ramos Parreira.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Profissional), Goiânia, 2024.

Inclui siglas, mapas, gráfico, tabelas, lista de figuras, lista de tabelas.

1. Tentativa de Suicídio. 2. Adolescentes. 3. Vigilância em Saúde. I. Souza, Marta Roverly De, orient. II. Título.

CDU 614



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

INSTITUTO DE PATOLOGIA TROPICAL E SAÚDE PÚBLICA

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Ata nº **007/2024** da sessão de Defesa de Dissertação de Arleide Maria Dos Santos, que confere o título de Mestra em **SAÚDE COLETIVA, no Programa de Pós Graduação Mestrado Profissional em Saúde Coletiva/IPTSP/UFG**, na área de concentração em **Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde**.

Aos vinte e seis dias do mês de abril de dois mil e vinte e quatro, a partir das **08h30**, na **Sala Multimídia** do Inst. de Patologia Tropical e Saúde Pública/IPTSP/UFG, realizou-se a sessão pública de Defesa de Dissertação intitulada “Tendência Temporal das Tentativas de Suicídio em Adolescentes no Brasil .” Os trabalhos foram instalados por mim, Profa. Dra. Marta Roverly de Souza (**PPGSC/IPTSP/UFG**) **orientadora**, com a participação dos demais membros da Banca Examinadora: Profa. Dra. Edsaura Maria Pereira (**PPGSC/IPTSP/UFG**), Profa. Dra. Gabriela Camargo Tobias Secretária Estadual de Saúde (**SES/GO**), Profa. Dra. Fernanda Ramos Parreira (**PPGSC/IPTSP/UFG**) **coorientadora**. Em seguida, eu como presidente da banca, fiz a apresentação formal dos membros e orientei a candidata sobre como utilizar o tempo durante a apresentação de seu trabalho. A palavra a seguir, foi concedida a autora da dissertação que, em 30 minutos procedeu à apresentação de seu trabalho. Terminada a apresentação, cada membro da Banca, utilizou o tempo de 20 minutos para arguir a candidata, tendo-se adotado o sistema de diálogo sequencial. Terminada a fase de arguição, a Banca Examinadora reuniu-se em sessão secreta a fim de concluir o julgamento da Dissertação, tendo sido a candidata **aprovada**, pelos seus membros, cumprindo todos os requisitos para fins de obtenção do título de **Mestra em Saúde Coletiva**, na área de concentração em **Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde**, pela Universidade Federal de Goiás.

Proclamados os resultados por mim **Marta Roverly de Souza**, Presidente da Banca Examinadora, em seguida foram encerrados os trabalhos e, para constar, Neuracy Moreira Andrade, secretaria do PPGSC/IPTSP/UFG, lavrou a presente ata que é assinada pelos Membros da Banca Examinadora, aos vinte e seis dias do mês de abril de 2024.

TÍTULO SUGERIDO PELA BANCA

TENDÊNCIA TEMPORAL DAS TENTATIVAS DE SUICÍDIO EM ADOLESCENTES NO BRASIL DE 2010 à 2022



Documento assinado eletronicamente por **Marta Roverly De Souza, Professora do Magistério Superior**, em 29/04/2024, às 13:15, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Fernanda Ramos Parreira, Professora do Magistério Superior**, em 29/04/2024, às 16:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Gabriela Camargo Tobias, Usuário Externo**, em 30/04/2024, às 10:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Edsaura Maria Pereira, Professora do Magistério Superior**, em 30/04/2024, às 14:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4503087** e o código CRC **5D78AD21**.

Referência: Processo nº 23070.019442/2024-87

SEI nº 4503087

DEDICATÓRIA

Aos meus pais e aos meus irmãos e irmãs, pelo amor e pela vida.

E a todos os adolescentes, em especial os mais vulneráveis, que gritam e não são ouvidos.

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida e por ser sempre luz nessa jornada.

Ao meu pai Joaquim Francisco (in memoriam), com ele aprendi a sonhar, acreditar e realizar meus anseios e a minha mãe Ana Maria por todo o zelo, carinho, amor, ensinamentos e por entender minhas ausências, ao longo desse processo. Aos meus irmãos, Antônio Neto e Joaquim Júnior e as minhas irmãs, Elenita, Auzileide e Lucileide, por serem parte integrante desse processo e pelo apoio incondicional em todos os momentos.

À Prof.^a Dr.^a Marta Roverly de Souza, minha orientadora, por ter acreditado em mim e ter me conduzido nessa trajetória de busca do conhecimento científico, pelas inúmeras orientações, pela objetividade e praticidade, que me impulsionaram nessa caminhada. Pelo convívio, uma pessoa excepcional, de muita sabedoria, determinação, valores éticos e humanos, respeito, compromisso e generosidade.

A minha co-orientadora, Prof.^a Dr.^a Fernanda Ramos Parreira, a quem muito admiro pela sua aptidão e dom na arte de ensinar, concedeu-me dicas relevantes, contribuindo de maneira singular na realização desse trabalho.

Aos colegas de trabalho, gestores e gerentes da Secretaria de Estado da Saúde/Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil (SES/GO-CAPSi), e da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia/Gerência de Vigilância as Violências e Acidentes (SMS/GVVA), pelo apoio recebido, pelas trocas de conhecimento ocorridas nesse processo, pelo cuidado e incentivo nos momentos mais críticos e por compreenderem meus afastamentos.

Por fim, a todos que, de forma direta e indireta, me auxiliaram nesse itinerário acadêmico.

Muito obrigada!

*A vida é feita da mesma substância de que são feitos os sonhos, e dentre um sonho
e outro ocorre nossa curta existência.*

W. Shakespeare

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	1
2 INTRODUÇÃO	3
3 OBJETIVOS.....	6
3.1 Objetivo geral	6
3.2 Objetivos específicos.....	6
4 REVISÃO DE LITERATURA	7
4.1 Suicídio	7
4.2 Adolescência	12
4.3 Rede Intersetorial de Atenção e Proteção Integral aos Adolescentes	17
5 METODOLOGIA	29
5.1 Delineamento do estudo.....	29
5.2 Local do estudo.....	29
5.3 Fonte de dados.....	29
5.4 Critérios de inclusão e exclusão.....	30
5.5 Análise dos dados.....	31
5.6 Procedimentos legais e éticos	31
6 RESULTADOS.....	33
7 DISCUSSÃO	41
8 CONCLUSÃO	48
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
10 RECOMENDAÇÕES.....	55
REFERÊNCIAS.....	57
APÊNDICE.....	70
Apêndice A – Tipologia das violências	70
ANEXOS	71
Anexo A – Ficha de Notificação do VIVA/Sinan.....	71
Anexo B – Tipologia das violências/síntese, as mais predominantes	73

Anexo C – Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública.....	74
Anexo D – Dicionário de Dados – Sinan net – versão 5.....	77
Anexo E – Tabela 1.....	78

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Rede intersetorial de atendimento, cuidado e proteção a crianças, adolescentes e suas famílias	18
Figura 2 – Fluxo de atendimento a partir da Rede de Saúde	24
Figura 3 – Distribuição das taxas de notificações de tentativas de suicídio em adolescentes de 10 a 19 anos, no Brasil, 2010-2022.....	39
Figura 4 – Tendência temporal das taxas de notificações de tentativas de suicídio em adolescentes de 10 a 19 anos no Brasil, 2010-2022.....	40

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Notificações e taxas das tentativas de suicídio em adolescentes de 10 a 19 anos desagregadas por região e unidade federativa (UF). Brasil, 2010-2022	34
Tabela 2 – Tendência temporal da taxa de notificações de tentativas de suicídio em adolescentes de 10 a 19 anos desagregadas por região e unidade federativa. Brasil, 2010-2022.....	35
Tabela 3 – Tendência temporal da taxa de notificações de tentativas de suicídio em adolescentes de 10 a 19 anos, desagregadas por características sociodemográficas. Brasil, 2010-2022.....	37
Tabela 4 – Tendência temporal da taxa de notificações de suicídio em adolescentes de 10 a 19 anos, desagregadas por local de ocorrência e meio de agressão. Brasil, 2010-2022.....	38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAVVS	Ambulatório de Apoio às Vítimas de Violência Sexual
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CPASi	Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CID	Classificação Internacional de Doenças (10ª)
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DATASUS	Departamento de Análise e Tabulação de Dados do Sistema Único de Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EP	Erro padrão
ESF	Estratégia Saúde da Família
Fiocruz	Fundação Osvaldo Cruz
GO	Goiás
HMI	Hospital Materno Infantil
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
IPTSP	Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública
LIVITS	Linha de Cuidado Integral às Vítimas de Tentativas de Suicídio
MP	Ministério Público
MS	Ministério da Saúde
NESC	Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNRMAV	Política Nacional da Morbimortalidade por Acidentes e Violências
SES-GO	Secretaria de Estado da Saúde
Sinan	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia

SUS	Sistema Único de Saúde
UF	Unidade de Federação
UFG	Universidade Federal de Goiás
VIJ	Vara da Infância e Juventude
VIVA	Vigilância de Violências e Acidentes
VPA	variação percentual média anual

RESUMO

Tendência temporal das tentativas de suicídio em adolescentes no Brasil de 2010 a 2022.

O suicídio em adolescentes representa uma grande preocupação na agenda dos temas discutidos na atualidade e constitui uma importante questão da saúde coletiva, levando-se em conta o cenário epidemiológico de progressivo aumento de óbitos por lesão autoprovocada nessa faixa etária no Brasil. No contexto mundial, a tentativa de suicídio é vista como um problema de saúde pública, em razão dos prejuízos físicos, psicológicos e sociais causados às vítimas, às pessoas próximas e às comunidades, além de ser considerada um dos principais fatores de risco para o suicídio. Estima-se que ocorreram, para cada óbito por suicídio, aproximadamente de 10 a 20 tentativas, ou seja, uma tentativa a cada três segundos. A presente pesquisa teve como objetivo analisar a tendência temporal das taxas de notificação de tentativas de suicídio em adolescentes de 10 a 19 anos, ocorridas no Brasil, no período de 2010 a 2022. Quanto à metodologia utilizada, trata-se de um estudo descritivo, ecológico e retrospectivo, com abordagem quantitativa, para o qual foram utilizados dados secundários, disponíveis no Datasus, na base de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Os resultados obtidos neste estudo mostraram que, no período analisado, o Brasil teve um total de 241.900 notificações de tentativas de suicídio em adolescentes de 10 a 19 anos, sendo 22,9% notificações do sexo masculino e 77% relacionadas ao sexo feminino e 0,1% ignorados, com tendência crescente e maiores taxas de notificação relacionadas ao sexo feminino, raça/cor branca, principal local de ocorrência a própria residência da vítima e o meio de agressão mais utilizando foi o objeto perfurocortante. O perfil das tentativas de suicídio em adolescentes foi caracterizado por indivíduos do sexo feminino, faixa etária de 15 a 19 anos de idade, raça/cor branca seguida de parda, escolaridade ensino médio e ensino superior incompleto e o local de ocorrência predominante foi à residência. Os dados apontam tendência crescente nas 23 unidades federativas do Brasil e as maiores taxas encontradas nos primeiros anos da série estudada concentram-se no estado do Mato Grosso do Sul. No ano de 2022, aglutinaram-se no estado do Espírito Santo e no Distrito Federal.

Palavras-chave: tentativa de suicídio; adolescentes; vigilância em saúde.

ABSTRACT

Temporal trend of suicide attempts among adolescents in Brazil from 2010 to 2022.

Suicide in adolescents is a major concern on today's agenda and is an important public health issue, given the epidemiological scenario of a progressive increase in deaths from self-harm in this age group in Brazil. In the global context, attempted suicide is seen as a public health problem, due to the physical, psychological and social damage caused to the victims, those close to them and communities, as well as being considered one of the main risk factors for suicide. It is estimated that for every death by suicide there are approximately 10 to 20 attempts, i.e. one attempt every three seconds. The aim of this study was to analyze the temporal trend in notification rates of suicide attempts in adolescents aged 10 to 19 in Brazil between 2010 and 2022. As for the methodology used, this is a descriptive, ecological and retrospective study, with a quantitative approach, for which secondary data was used, available on DATASUS, in the Notifiable Diseases Information System (SINAN) database. The results obtained in this study showed that, in the period analyzed, Brazil had a total of 241,900 notifications of suicide attempts in adolescents aged 10 to 19, of which 22.9% were male and 77% were female and 0.1% were unknown, with an increasing trend and higher notification rates related to females, white race/color, the main place of occurrence being the victim's own home and the most commonly used means of aggression was sharp objects. The profile of suicide attempts in adolescents was characterized by females, aged 15 to 19, white race/color followed by brown, high school education and incomplete higher education and the predominant place of occurrence was the home. The data shows an upward trend in Brazil's 23 federal units and the highest rates found in the first years of the series studied are concentrated in the state of Mato Grosso do Sul. In 2022, they were concentrated in the state of Espírito Santo and the Federal District.

Keywords: Suicide attempt; Adolescents; Health surveillance

RESUMEN

Tendencia temporal de intentos de suicidio entre adolescentes en Brasil de 2010 a 2022.

El suicidio en adolescentes es una de las principales preocupaciones de la agenda actual y constituye una importante cuestión de salud pública, dado el escenario epidemiológico de aumento progresivo de muertes por autolesión en este grupo de edad en Brasil. En el contexto mundial, el intento de suicidio se considera un problema de salud pública debido a los daños físicos, psicológicos y sociales causados a las víctimas, a sus allegados y a las comunidades, además de ser considerado uno de los principales factores de riesgo de suicidio. Se estima que por cada muerte por suicidio hay aproximadamente entre 10 y 20 intentos, es decir, un intento cada tres segundos. El objetivo de este estudio fue analizar la tendencia temporal de las tasas de notificación de tentativas de suicidio en adolescentes de 10 a 19 años en Brasil entre 2010 y 2022. En cuanto a la metodología utilizada, se trata de un estudio descriptivo, ecológico y retrospectivo, con abordaje cuantitativo, para el cual se utilizaron datos secundarios, disponibles en DATASUS, en la base de datos del Sistema de Información de Enfermedades de Declaración Obligatoria (SINAN). Los resultados obtenidos en este estudio mostraron que, en el período analizado, Brasil tuvo un total de 241.900 notificaciones de tentativas de suicidio en adolescentes de 10 a 19 años, de los cuales 22,9% fueron del sexo masculino y 77% del sexo femenino y 0,1% fueron desconocidos, con tendencia creciente y mayor tasa de notificación en el sexo femenino, raza/color blanca, el principal lugar de ocurrencia fue el propio domicilio de la víctima y el medio de agresión más utilizado fueron objetos cortantes. El perfil de las tentativas de suicidio en adolescentes se caracterizó por el sexo femenino, edad entre 15 y 19 años, raza/color blanco, seguido por el moreno, escolaridad media y superior incompleta y el lugar predominante de ocurrencia fue el propio domicilio. Los datos muestran una tendencia ascendente en las 23 unidades federales de Brasil y las tasas más altas encontradas en los primeros años de la serie estudiada se concentran en el estado de Mato Grosso do Sul. En 2022, se concentraron en el estado de Espírito Santo y en el Distrito Federal.

Palabras clave: Tentativa de suicidio; Adolescentes; Vigilancia de la salud.

1 APRESENTAÇÃO

Caminhos ásperos, jornadas longas, pessoas inquietas, na maioria das vezes tristes, confusas, ressoando medos, desesperanças, olhares perdidos, em busca do quê... Foi com esse cenário que me deparei, “com a **materialização** da violência”, no início da minha carreira profissional, como Assistente Social recém-chegada a um hospital da rede Sistema Único de Saúde (SUS), compondo a equipe multiprofissional de atendimento a vítimas de violência sexual. A partir de então, uma inquietação tomou conta de mim, pois percebi o tamanho da responsabilidade do profissional de saúde diante da tão vasta e complexa temática da violência. No entanto, seguir adiante foi e é preciso sempre.

É preciso ter esperança, mas ter esperança do verbo esperar; porque tem gente que tem esperança do verbo esperar. E esperança do verbo esperar não é esperança, é espera. Esperançar é se levantar, esperançar é ir atrás, esperançar é construir, esperançar é não desistir! Esperançar é levar adiante, esperançar é juntar-se com outros para fazer de outro modo. (Freire, 1992).

É nessa perspectiva que venho atuando como profissional de Saúde na rede SUS. Sou servidora pública (Assistente Social) há 18 anos, lotada em hospitais de média e alta complexidade. Desse período, 13 anos foram dedicados ao Hospital Materno Infantil (HMI)/Ambulatório de Apoio às Vítimas de Violência Sexual (AAVVS), onde iniciei minha caminhada no atendimento direto às vítimas de violência, na época, mais especificamente com vítimas de violência sexual. Vivenciei a fase de implantação da ficha de notificação de violências interpessoal e autoprovocada na Unidade de Saúde, da capacitação e da sensibilização dos profissionais.

O acompanhamento aos pacientes durante o período de tratamento no AAVVS foi a base para despertar em mim o desejo de aprofundar-me nos meandros das violências e de suas consequências na vida dos indivíduos. Ouvi-los despertou em mim o interesse de estudar os desfechos da violência, um sinal de alerta para o desinteresse pela própria vida. Nas consultas de retorno, lidava diretamente com as dificuldades dos pacientes em retomarem suas atividades diárias.

Nesse sentido, em 2008, abracei a oportunidade de começar a apreender e compreender um pouco mais sobre a temática da violência, além de me qualificar para melhor assistir os pacientes do ambulatório. Decidi estudar, iniciando o curso

“Impactos das violências na saúde”, pela Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz (FioCruz), além de participar de seminários, simpósios e outros cursos de curta duração referentes à temática da violência, na Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia (SMS-GO), na Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO), em Universidades e demais Instituições parceiras na Rede de Atenção a Pessoas em Situação de Violência de Goiânia.

Diante do arcabouço devastador das violências que consomem os indivíduos a elas subjugados, percebo que o cuidado integral, a ser garantido como direito da vítima, vai além da responsabilidade ética e social, exige compromisso com a causa, formação e, acima de tudo, um olhar diferenciado diante das situações de violência, como problema de saúde pública mundial preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Eu, como trabalhadora, usuária e militante das políticas públicas nesse contexto da política de saúde (SUS), coloquei-me por inteiro, assumindo meu papel como profissional de saúde, partícipe do SUS, na vigilância, na proteção e no cuidado às pessoas em situação de violência.

Sabe-se que a violência é vista, inicialmente, como um problema da segurança pública e do Judiciário, um problema social e, impreterivelmente, no âmbito do SUS, como um grave problema de saúde pública. Fenômeno complexo, multicausal, que interfere na saúde física e mental de determinado grupo ou comunidade, refletindo no dia a dia e na qualidade de vida das pessoas afetadas, ocasionando infortúnios familiares, sociais, emocionais e físicos. Nesse sentido, sinto-me sensibilizada diante da dimensão e complexidade dessa temática, desafiando-me a desenvolver mais conhecimentos junto a essa Instituição de ensino, que possam contribuir com a melhoria dos serviços de saúde e qualificação/sensibilização dos profissionais para o atendimento às pessoas em situação de violência.

2 INTRODUÇÃO

O suicídio é uma violência autoinfligida, definida como um ato humano em que o indivíduo é, ao mesmo tempo, sujeito e objeto de uma mesma ação, cujo gatilho desencadeador remete a um sofrimento psíquico imensurável, que o conduz ao assassinato de si próprio, visto como a única alternativa para sanar a dor. A violência autoinfligida é de caráter universal, por coexistir em todas as sociedades, evento resultante do somatório de aspectos pessoais, psicológicos, sociais, culturais e ambientais, que se manifesta por pensamentos autodestrutivos, ideação suicida, tentativas e suicídio consumado (Silva, 2022).

A tentativa de suicídio é vista como a soma da correlação entre fatores externos e os instintos de vida e de morte inerentes a cada ser humano, numa interação na qual os últimos sobrepõem-se, tendo com resultado a tentativa (Freud, 1969). Considerada um dos principais fatores de risco para o suicídio, a tentativa de suicídio tem apresentado aumento significativo entre adolescentes, situação que tem chamado a atenção de pesquisadores e autoridades sanitárias do país (OMS, 2021). Estima-se que para cada óbito por suicídio ocorreram aproximadamente de 10 a 20 tentativas, fato que representa uma tentativa a cada três segundos (Brasil, 2020a; Rosa *et al.*, 2016).

As condutas autolesivas são vistas como um problema de saúde pública mundial, em razão dos prejuízos físicos, psicológicos e sociais causados às vítimas, pessoas próximas e comunidades, bem como por sobrecarregar e onerar os sistemas de saúde e, no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) (Aragão *et al.*, 2022). No mundo, a cada 40 segundos uma pessoa tira a própria vida; no Brasil, estima-se que esse fato seja consumado a cada 45 segundos. O suicídio tornou-se uma epidemia silenciosa, configurando-se uma importante questão de saúde pública, além de um grave problema social (Brasil, 2021a).

Ademais, estudos ressaltam que, no mundo, 900 mil pessoas perdem a vida em consequência do suicídio a cada ano, numa proporção de um ato fatal a cada 40 segundos (Rosa *et al.*, 2016).

Dados da OMS apontam que o suicídio continua sendo uma das principais causas de morte em todo o mundo. De acordo com as estimativas de 2019, mais de 800 mil pessoas morreram por suicídio, o que equivale a uma média de 10,7 mortes

por 100 mil habitantes, na população em geral. Entre os jovens de 15 a 19 anos, o suicídio foi a terceira causa de morte, sendo superada apenas por acidentes de trânsito, tuberculose e violência interpessoal (OMS, 2019).

As taxas de suicídio apresentaram média global de 9 por 100 mil, em 2019; na África, de 11,2 por 100 mil; na Europa, de 10,5 por 100 mil; e, no Sudeste Asiático, de 10,2 por 100 mil; exceto na região do Mediterrâneo Oriental, em que é de 6,4 por 100 mil, portanto, mais baixa. Na Região das Américas, as taxas aumentaram 17% no mesmo período (OMS, 2019).

O Brasil, sendo um país de dimensão continental, em comparação com outros países, apresenta uma taxa de mortalidade por suicídio de 5,8 por 100.000 habitantes, com tendência ascendente. É considerado o oitavo colocado dentre os países com índices mais elevados de óbitos por suicídio no mundo (Botega *apud* Sganzerla, 2021).

Na contemporaneidade, há um número maior de óbitos por suicídio do que por HIV, malária, homicídio e neoplasia mamária. O relatório da OMS aponta ainda, no que se refere à estratificação por sexo, que o número de homens que perdem a vida por suicídio supera o dobro do número de mulheres, sendo 12,6 homens e 5,4 mulheres vítimas de suicídio a cada 100 mil óbitos. Apesar das mulheres possuírem um número elevado de tentativas, isso ocorre pelo fato de os homens fazerem uso de métodos mais agressivos e letais, conseguindo alcançar seu intento (OMS, 2021).

Dados epidemiológicos apontam um aumento nos índices de mortes por suicídio em todas as regiões do Brasil, no entanto, também evidenciam certa discrepância nas taxas apresentadas entre as regiões, visto que, enquanto a média brasileira situa-se em torno de 4,3 óbitos a cada 100.000 habitantes, alguns estados mostram taxas mais elevadas. O Rio Grande do Sul teve taxa de 11,5 suicídios a cada 100.000 habitantes, no ano de 2017; Santa Catarina, 10,4/100.000 habitantes; Mato Grosso do Sul, 9,5/100.000 habitantes; e Goiás, com 7,2/100.000 habitantes (Brasil, 2021a). No período de 2010 a 2019, foram registrados 112.230 óbitos por suicídio no Brasil, um aumento de 43%, ou seja, de 9.454, em 2010, para 13.523, em 2019, com uma taxa geral de 6,6/100 mil habitantes, variando de 9,45, em 2010, para 13,52, em 2019 (Brasil, 2021a).

De 2010 a 2019, no Brasil, ocorreram 1.022 óbitos por suicídio em adolescentes de 10 a 19 anos, taxa de 6,4 suicídios para cada 100 mil adolescentes. Isso representa 8,2% do total de óbitos por suicídio em todas as faixas etárias no período. Entre os

adolescentes de 10 a 19 anos, 85,32% dos suicídios ocorreram no subgrupo de 15 a 19 anos (Brasil, 2021a).

No período de 2016 a 2021, o Brasil teve um total de 6.588 óbitos por suicídio em adolescentes, a maioria das vítimas do subgrupo etário de 15 a 19 anos, representando 67,9% do sexo masculino e 56,1% do total de pretos e pardos. O meio utilizado mais frequentemente foi o enforcamento (76,1%), com maior número de ocorrências no próprio domicílio (63,4%) (Brasil, 2022).

No ano de 2021 foram notificadas no Sinan 114.159 ocorrências referentes a lesão autoprovocada no Brasil, sendo 70,3% em mulheres, 60,2% na faixa etária de 20 a 49 anos, com maiores percentuais entre adolescentes 11,5% (10 a 14 anos) e 23,2% (15 a 19 anos), tendo como principais meios utilizados a intoxicação exógena, enforcamento e arma de fogo (Brasil, 2024).

Aproximadamente dois terços das pessoas que cometeram suicídio tinham um histórico de tentativas anteriores, sendo esse evento o maior fator de risco, pois o risco de uma repetição fatal é sempre maior após a primeira tentativa (Botti *et al.*, 2020)

Tentativas de suicídio são eventos que ainda estão imersos em tabus culturais, envoltos por desconhecimentos, indagações, suposições e preconceitos. Trata-se de agravo subnotificado e o estereótipo referente às violências autoprovocadas e à temática que envolve a saúde mental reiteradamente se torna empecilho para a busca de ajuda por parte das pessoas vitimadas, fato que poderia diminuir o número de óbitos por esse agravo (Brasil, 2021a; Sousa *et al.*, 2021).

O presente estudo dispõe-se a analisar a tendência temporal das taxas de notificação de tentativas de suicídio em adolescentes, no Brasil, entre 2010 e 2022, período que inclui a pandemia de Covid-19, iniciada em 2020, visando produzir informações que contribuam para o direcionamento de ações de enfrentamento à violência autoprovocada e colaborar com informações e evidências que possam corroborar com o aperfeiçoamento das políticas públicas que abranjam a agenda de conscientização e prevenção do suicídio na população adolescente.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar a tendência temporal das taxas de notificação de tentativas de suicídio em adolescentes de 10 a 19 anos, ocorridas no Brasil, no período de 2010 a 2022.

3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos casos notificados de tentativas de suicídio em adolescentes;
- Descrever os meios de agressão utilizados nas tentativas de suicídio em adolescentes e os encaminhamentos realizados pelas unidades notificadoras;
- Apresentar a rede de atendimento de referência a adolescentes em situação de violência autoinfligida no Brasil.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Suicídio

Violência é o uso intencional de força física ou de qualquer atitude, que resulte em uma ação ou omissão, contra si próprio, contra outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, com intencionalidade de gerar dano, morte, constrangimento, limitação, sofrimento de ordem física, sexual, moral, psicológica, financeira ou patrimonial, política e social (Campos, 2021; Freitas *et al.*, 2020). É considerado um problema de saúde pública, tendo em vista a complexidade de espaços e sujeitos implicados. No debate das violências, é necessário levar em conta que ela está intrinsecamente ligada a inúmeros determinantes e condicionantes sociais, como raça/cor, gênero, idade, escolaridade, situação socioeconômica, cultural, religiosa e outros mais, que configuram perdas para o ser humano (Freitas *et al.*, 2020).

As violências permeiam as mais notáveis instituições integrantes do processo de socialização dos indivíduos (família, escola, igreja, comunidade) e manifestam-se como um problema social de dimensões imensuráveis, demandando a compreensão da perversidade existente entre as causas sociais e econômicas. Envolvendo, estereótipos de raça/cor e identidade de gênero. Dessa forma, para o enfrentamento das violências, faz-se necessária uma mobilização contínua da sociedade (Cardoso *et al.*, 2016; Malta *et al.*, 2017).

Minayo *et al.* (2018) apontam que, por acometer a saúde individual e coletiva, causar mortes e traumas e interferir na qualidade de vida dos indivíduos e comunidades, a violência autoprovocada requer foco na prevenção e investimentos em tratamentos com base multiprofissional e interdisciplinar. Assinalam, ainda, a necessidade da inclusão efetiva do tema na área de cognição e práxis no campo da saúde, advertindo profissionais e pesquisadores para a relevância do tema.

A lesão autoprovocada é o ato cometido contra si mesmo, que compreende ideação suicida, autoagressões, tentativas de suicídio e o suicídio consumado (Bahia *et al.*, 2017). Segundo Barbosa *et al.* (2021), a vontade de morrer está conectada à conduta suicida, a partir do planejamento de ações associadas à idealização da morte de si mesmo, expressas em falas que sinalizam o interesse de cessar a própria vida intencionalmente, lançando mão de meios que levem a esse fim.

Tais comportamentos envolvem, de forma gradual, a ideação suicida, a tentativa de suicídio e o óbito por suicídio, integrando ações alusivas à intenção arbitrária de causar a morte de si mesmo (OMS, 2019).

A presença de ideação suicida expõe o indivíduo a um nível de risco maior, com mais probabilidade de ocorrerem tentativas de suicídio. A violência autoprovocada representa um grave problema de saúde pública em razão da enorme ocorrência e das perdas consecutivas, além dos impactos financeiros e socioeconômicos gerados por esse agravo (Bahia *et al.*, 2017; Brasil, 2016).

As tentativas de suicídio são definidas como um ato intencional de autoagressão sem um resultado fatal, portanto, refere-se a toda e qualquer atitude suicida não letal ou lesão causada a si mesmo intencionalmente; já o suicídio é anuído como ação de matar a si mesmo (Brasil, 2019a; Felix *et al.*, 2016).

Nesse sentido, os indivíduos podem praticar comportamentos autolesivos com a pretensão de morrer, sendo uma tentativa de suicídio planejada ou impulsiva. Embora haja ambivalência no que se refere ao desejo de morrer, muitas tentativas de suicídio podem expressar um pedido de socorro, motivo pelo qual se faz necessário atentar ao risco de suicídio, pois a letalidade aumenta com as sucessivas tentativas, como já explicado (Vidal *et al.*, 2013).

A tentativa de suicídio é retratada como o desfecho da fusão de vivências traumáticas e de infortúnios como as vulnerabilidades sociais e econômicas, correlacionadas aos fatores de riscos psicológicos, genéticos e culturais (Dantas *et al.*, 2018). Assim sendo, não deve ser visto como um evento unicamente biopsíquico, mas a partir da sua complexidade, a qual exige um olhar abrangente, capaz de pensar a partir dos seus aspectos históricos, socioambientais, culturais e econômicos.

O suicídio é um fenômeno complexo, concebido como um evento multifatorial, que se dá a partir e em razão da interação entre fatores ambientais, sociais, fisiológicos, genéticos e biológicos, no qual a correlação entre eles potencializa as vulnerabilidades às quais o indivíduo se encontra exposto (OMS, 2019) e que são capazes de acometer pessoas de diversas nacionalidades, sexo, culturas, situação socioeconômica e faixa etária. Traz, na sua gênese, a intencionalidade do ato; além do que, a fuga está ligada ao sofrimento que o indivíduo está vivenciando naquele momento, e não à vida em si (Brasil, 2021a; Müller *et al.*, 2017).

O suicídio em adolescentes representa uma grande preocupação na agenda dos temas discutidos na atualidade e constituiu uma importante questão da saúde

coletiva, considerando o cenário epidemiológico de progressivo aumento de óbitos por lesão autoprovocada nessa faixa etária no Brasil (Pinto *et al.*, 2017).

Em vista disso, entender e estudar as autolesões é imprescindível para a implantação e implementação de políticas públicas que atendam a essa demanda tanto no enfrentamento como na prevenção desse agravo (Brasil, 2021a). Quanto aos fatores de risco, têm-se os ligados ao indivíduo, que englobam idade, gênero, história prévia de comportamento suicida, patologias psiquiátricas, fatores psicológicos, fatores biológicos e socioeconômicos, orientação sexual e doenças médicas.

Além disso, há os fatores não individuais, nos quais se incluem a história familiar de comportamento suicida, psicopatologias parentais, relações familiares conturbadas, violência intrafamiliar, isolamento social, rede de suporte social fragilizada e os acontecimentos de vida adversos, como o *bullying* e as violências física e sexual (Oliveira *et al.*, 2017).

Para Wong *et al.* (2017), o padrão de masculinidade imposto culturalmente está associado aos piores índices de saúde mental e de busca por assistência à saúde física e mental entre os homens, em razão do estigma da autoconfiança, somado a um alto consumo de álcool e redes de apoio fragilizadas. A agressividade masculina, o uso de métodos mais agressivos e letais, agregado a uma maior determinação no ato suicida, o possível acesso a arma de fogo e outros objetos letais são fatores que poderão potencializar a probabilidade da consumação do ato suicida entre os homens, convergindo em maior número de óbitos e, conseqüentemente, menores índices de tentativas de suicídio no sexo masculino. Zanello (2018) cita que a masculinidade, na cultura ocidental, perpassa pelo crivo da movimentação do indivíduo, fundamentada na virilidade, laborativa e sexual.

De caráter cumulativo e interdependente, os fatores de risco devem ser avaliados no que se refere à ocorrência, intensidade, frequência e significado, no intuito de mitigá-los (Pereira *et al.*, 2018). Além da atenuação dos fatores de risco, é relevante compreender, ainda, os fatores de proteção, constituídos por características pessoais e ambientais que concedem ao indivíduo condições para lidar com situações adversas (Abreu; Barletta; Murta, 2015).

A literatura destaca a existência de quatro subcategorias para os fatores de risco, nomeadas como fatores de adversidades familiares, contágio social, acontecimentos adversos de vida e características pessoais. Descreve, também, os fatores mais relevantes, que são os conflitos vivenciados no cotidiano, como, por

exemplo, a falta de suporte, o uso de drogas na família, o uso contínuo de redes sociais, a religiosidade e o histórico de violência sexual e *bullying* (Moraes *et al.*, 2020).

Batista, Araújo e Figueiredo (2016) salientam que, além dos fatores de risco já identificados, o suicídio de pessoas próximas ao adolescente ou famosas é um fator de risco a mais. Além disso, no subgrupo dos 15 aos 19 anos, a depressão é o transtorno determinante para suscitar as tentativas de suicídio e possíveis óbitos.

No que se refere ao impacto financeiro, essa violência onera os gastos do sistema, com grande impacto no setor de saúde, com atendimento de emergência, ambulatorial, tratamento dos sequelados, já que parte das vítimas são indivíduos economicamente ativos (Machado; Santos, 2015).

Em contrapartida, no que concerne à realidade brasileira, esse tema conquistou mais espaço nas agendas da saúde pública, com a inclusão da notificação das situações de violência autoprovocadas no Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), integrante do Sinan, vinculado ao Ministério da Saúde (Brasil, 2016). Nessa conjuntura, a promulgação da Lei n.º 13.819, de 26 de abril de 2019, que criou a Política Nacional de Prevenção à Automutilação e do Suicídio, e da Lei n.º 13.968/2019, que acrescentou ao Código Penal o crime de induzir, instigar ou prestar auxílio à prática de autolesão, trouxe mudanças significativas no atendimento e na vigilância dos casos de violência autoprovocada (Brasil, 2016).

No intuito de enfrentar-se as lesões autoprovocadas e seu mais grave resultante, o suicídio, caracterizado como um grave problema de saúde pública, foi promulgada a Lei n.º 13.819/2019, que instituiu a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio (Brasil, 2019b), com o objetivo de

Promover a saúde mental; prevenir a violência autoprovocada; controlar os fatores determinantes e condicionantes da saúde mental; garantir o acesso à atenção psicossocial das pessoas em sofrimento psíquico agudo ou crônico, especialmente daquelas com histórico de ideação suicida, automutilações e tentativa de suicídio; abordar adequadamente os familiares e as pessoas próximas das vítimas de suicídio e garantir-lhes assistência psicossocial; informar e sensibilizar a sociedade sobre a importância e a relevância das lesões autoprovocadas como problemas de saúde pública passíveis de prevenção; promover a articulação intersetorial para a prevenção do suicídio, envolvendo entidades de saúde, educação, comunicação, imprensa, polícia, entre outras; promover a educação permanente de gestores e de profissionais de saúde em todos os níveis de atenção quanto ao sofrimento psíquico e às lesões autoprovocadas (Brasil, 2019c).

Tentativas de suicídio configuram um episódio distinto do suicídio, onde o indivíduo expõe o seu sofrimento para ser acudido; trata-se de um ato de autoagressão cujo objetivo, a morte, por algum motivo não ocorreu.

Rosa *et al.* (2016) ressaltam que a associação entre o número de tentativas de suicídio e o pequeno espaço de tempo entre uma tentativa e outra é a causa do aumento dos casos com desfecho fatal. Levando-se em consideração a probabilidade de uma nova tentativa, após sobreviver à anterior, os indivíduos tornam-se mais vulneráveis a novas e sucessivas tentativas. Supõe-se que 30% a 60% dos atendimentos prestados a pessoas com tentativas de suicídio, em unidades de pronto-atendimento, apresentam histórico de tentativas anteriores; além disso, geralmente de 10% a 25% realizarão novas tentativas, no período médio de um ano; aproximadamente 10% desses indivíduos conseguirão consumir o ato suicida no intervalo de 10 anos.

A tentativa de suicídio é vista como o maior preditor do comportamento suicida futuro, considerando que a cada tentativa não fatal a pessoa tende a lançar mão de meios mais letais para as próximas. Nesse sentido, uma das formas mais eficazes de prevenção do suicídio visa identificar e intervir nos fatores de risco que indicam a reincidência de novas tentativas. Entre todos os grupos vulneráveis ao suicídio, o que apresenta mais risco são os que já tiveram ao menos uma tentativa de atentar contra a vida (Sousa *et al.*, 2021).

Em Guia de referência rápida e avaliação de risco ao suicídio, produzido pela gestão municipal de saúde do Rio de Janeiro, em diagrama de atendimento as pessoas em situação de pensamento ou ideação suicida, mensura-se que:

[...] de cada 100 pessoas, dezessete apresentam ideação suicida ao longo da vida e cinco delas se planejam para cometer suicídio, enquanto três delas tentam e apenas uma é atendida em uma unidade de pronto-atendimento (Prefeitura do Rio de Janeiro, 2016, p. 11).

A ausência de conhecimento sobre a temática e de esclarecimentos referentes aos riscos representados pelos comportamentos autolesivos para o grupo de adolescentes, tanto por parte dos profissionais que os assistem quanto pelos familiares, contribui para potencializar sofrimentos e angústias, uma vez que os adolescentes não são acolhidos e nem compreendidos a partir de suas demandas

psicoemocionais. Esse fato pode contribuir para a prática de lesão autoprovocada por parte dos adolescentes (Arruda *et al.*, 2021).

A prevenção do suicídio entre adolescentes envolve uma série de fatores de ordem ambiental, econômica e social e individual, os quais requerem a disponibilização, por parte das três esferas governamentais, de condições satisfatórias, a fim de garantir atendimento e tratamento factual aos adolescentes em situação de risco para tentativas de suicídio. Nesse sentido ressalta-se a necessidade de sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde para que possam identificar tais demandas (Sganzerla, 2021).

No que concerne aos fatores de risco, se faz necessário que os programas de prevenção incluam a disseminação de informações coerentes, visando conscientizar a sociedade e os profissionais de saúde, sobre o tema do suicídio. Salienta-se que a conduta mediadora entre o risco de suicídio e a prevenção é responsabilidade de todos os profissionais de saúde em todos os níveis da atenção (Prefeitura do Rio de Janeiro, 2016).

Nessa perspectiva, compete a Atenção Primária a Saúde (APS), a realização de ações de prevenção, sensibilização e capacitação, referente aos sintomas sugestivos de crises e sofrimentos psíquicos, que caracterizem riscos para eventuais tentativas de suicídio. Sendo a APS, porta de entrada do SUS e a ordenadora do cuidado, ela tem o papel de realizar planejamento de ações eficazes e humanizadas, fazer acolhimento contínuo aos adolescentes que procurarem atendimento, mesmo que eles necessitem serem encaminhados, apresentar boa articulação entre todas as instâncias que compõem a Rede, no intuito de tornar efetivo a integralidade do cuidado, bem como promover uma assistência de qualidade (Pereira, 2020).

4.2 Adolescência

Em conformidade com o paradigma biomédico,¹ a adolescência se inicia aos 10 anos de idade, para os meninos, e aos 12 anos, para as meninas, sendo identificada como a fase do desenvolvimento humano de transição entre a infância e

¹ Centralidade na figura médica, no modelo hospitalocêntrico e ignorando as outras formas de cuidado, com enfoque no tratamento de doenças, ou seja, na perspectiva curativista, com valorização dos aspectos biofisiológicos e ignorando os aspectos psicossociais (Almeida & Caldeira; Gomes, 2022).

a vida adulta, marcada, sobretudo, pelas transformações biológicas da puberdade e referentes à evolução biopsicossocial, no que tange às condutas e responsabilidades (Silva *et al.*, 2021).

O processo do adolescer² é influenciado por diversos aspectos e dentre eles destacam-se a família e a sociedade, que são fatores basilares para a formação da nova identidade do indivíduo e podem influenciar, positiva ou negativamente, no seu desenvolvimento (Lemos *et al.*, 2023).

A adolescência, como uma etapa que constitui o ciclo de vida humano, é concebida e delineada de diversas formas, tanto por estudiosos das fases da vida humana quanto por documentos institucionais e jurídicos (Picirilli, 2018). Nesse período de vida, que começa aos dez anos e termina aos dezenove anos, estando subdividido em duas fases: fase inicial (dos 10 aos 14 anos), sinalizado pelo início das transformações fisiológicas, onde ocorrem as primeiras mudanças físicas, alterações hormonais, início da maturidade cognitiva e sexual, e fase final (dos 15 aos 19 anos), momento que envolve a integração social do indivíduo, havendo a necessidade do enfrentamento de diversas realidades postas, que o conduzem aos seus próprios limite (Rossi *et al.*, 2019; Silva *et al.*, 2021).

A Organização das Nações Unidas (ONU) considera adolescência a faixa etária de 15 a 24 anos. No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) declara adolescente o indivíduo de 12 a 18 anos completos (Brasil, 1990). Conquanto, no presente estudo o recorte etário adotado e que trata da fase da adolescência coaduna a classificação adotada pela Organização Mundial de Saúde e pelo Ministério da Saúde, do Brasil, e explicitada nas “*Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde*” (Brasil, 2010), que considera essa fase da vida do período de 10 a 19 anos, 11 meses e 29 dias.

A Constituição Cidadã (CF/1988) e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) atestam o estado de sujeito de direito da criança e do adolescente, proporcionando-lhes

[...] o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo

² Entrar na adolescência, estar em processo de crescimento, desenvolver-se, crescer, tornar-se forte (Saggese, 2021).

de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (Brasil, 1990).

Em 13 de junho de 1990, foi instituída a Lei n.º 8.069, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), considerado um marco fundamental na implantação e implementação das políticas da infância e adolescência no Brasil. No contexto contemporâneo, dentre as questões emergentes destaca-se o reconhecimento da violência como problema de saúde pública global, trazendo, na sua gênese, a demanda por proteção às crianças e adolescentes, instigando a aprimorar políticas públicas e parâmetros, voltados para olharmos o emergente enigma das violências contra esse seguimento de extrema vulnerabilidade da sociedade (Brasil, 1990).

O ECA, regulamentado pelo artigo 227 da CF, define crianças e adolescentes como sujeitos de direitos, em vias de desenvolvimento, exigindo proteção integral por parte da família, da sociedade e do Estado. Nesse contexto, na mesma data foram criados os conselhos tutelares, órgão (permanente, autônomo, não jurisdicional) encarregado de zelar pela garantia dos direitos de crianças e adolescentes (Brasil, 2017).

Na perspectiva da garantia de direitos, o ECA determina aos profissionais de saúde a obrigatoriedade de notificar todos os casos suspeitos ou confirmados de violências contra crianças e adolescentes, instituindo, como prioridade absoluta, a proteção contra todas as formas de negligência, discriminação, exploração e outras violências; ainda, compõe a Rede de Proteção, a qual é constituída de serviços de suporte, prevenção e combate a todos os tipos e formas de violências (Brasil, 1990a).

A adolescência é a fase de ruptura da infância e de transição para a idade adulta (acima de 20 anos), com alterações nos níveis físico, mental e social, configurando-se, para o indivíduo, um período de apartação de formas, comportamentos e privilégios ligados à infância, logrando características e competências para desempenhar diversos papéis sociais e assumir deveres inerentes à vida adulta. É também a fase de experimentação de valores, de papéis sociais e perspectiva de construção e consolidação da identidade, com a maturação e a reorganização emocional, busca pela autonomia e independência e pertencimento a grupos sociais (Brasil, 2017; Leme *et al.*, 2016).

O primeiro olhar dado à adolescência foi protagonizado pela instituição de ensino, amparada pela lente dos educadores, no final do século XVII (Idade Moderna).

A escola, no papel de detentora da ordem, da moral e dos bons costumes, seguiu a ótica do controle, porém, nesse processo, começou a evidenciar os papéis sociais desse grupo, que até então era invisível aos olhos da sociedade (Ariés, 1981).

O esboço preliminar da adolescência surge no século XVIII, com a percepção do adolescente como um ser em desenvolvimento, parte de um processo longo, o qual abarca as transformações ocorridas na organização da sociedade, na perspectiva da convivência social e no seio da família. A partir daí, a adolescência passa a ser entendida como categoria socialmente constituída, reconhecendo práticas sociais que permitiam a formação de simetria sociocultural púbere (Silva *et al.*, 2021).

As dimensões histórico-sociais dessa fase da vida, ou seja, o estudo da adolescência, são bem recentes, iniciando-se em meados do século XX, com Stanley Hall (2000). Esse autor, em suas teorias, considera que a fase da adolescência é marcada por conflitos e intenso sofrimento psíquico, somando-se a isso uma imagem negativa da adolescência, pois se partia da crença de que pouco poderia ser feito, no sentido de mudanças nas adversidades inerentes a essa fase, e não se dava crédito para as influências do meio no qual o indivíduo estabelecia suas relações (Hall, 2000).

Na América Latina, nas últimas duas décadas, tem sido observado um movimento, tanto no enfoque analítico como na perspectiva de desenvolvimento de Políticas Públicas, visando proteger e desenvolver ações no intuito de impulsionar as condições sociais dos diversos grupos de adolescentes. Nesse sentido, concebe-se a categoria adolescência como uma construção sócio-histórica, cultural e relacional nas sociedades contemporâneas, na qual a adolescência é vista como um processo de transformação e ressignificação (Freitas, 2005).

A adolescência é vista como um período crítico no que se refere à consecução de habilidades socioemocionais, em especial devido a parte significava dos problemas mentais surgirem antes dos 14 anos de idade (OMS, 2021). Tendo em vista o campo biológico observam-se, de modo perceptível, as transformações de ordem físicas e hormonais intrínsecas a essa fase da vida, fato que pode impactar a saúde dos adolescentes e, conseqüentemente, trazer prejuízos ao seu progresso na idade adulta (Costa *et al.*, 2019). Nesse contexto, esse mesmo autor aponta que a associação dos comportamentos e vivências dos adolescentes, somados ao contexto sócio-histórico e cultural desse grupo etário, com implicações desfavoráveis para a saúde do referido grupo, o faz prioritário para as ações de promoção da saúde.

Para Silva *et al.* (2021), o contexto diverso representado pela adolescência, e suas díspares interfaces, requerem intervenções amparadas no conceito ampliado de saúde e em seus determinantes sociais, como condicionantes da qualidade de vida e para consolidar a promoção da saúde, atentando-se para a importância alusiva à saúde física e psicológica, referentes à autonomia, às relações sociais e ao meio ambiente. Esse fato demanda intervenções multidisciplinares e interdisciplinares no que tange aos inúmeros enfoques que compreendem o ser adolescente, tais como: mudanças fisiológicas, psicológicas, cognitivas e sociais; o papel social, a sua capacidade funcional, a inserção no mercado de trabalho (primeiro emprego), a imagem corporal, as relações interpessoais e de lazer (Oliveira; Machado, 2021).

Na esfera psicossocial, a adolescência é a fase de contestações de ideias, de conceitos preestabelecidos e de novas experiências, inserção em novos grupos sociais, busca de independência e autonomia familiar e alteração nas relações escolares. Nessa circunstância, em meio às ressignificações impostas pela própria fase da vida do adolescente, na qual afloram-se inúmeros conflitos, somados aos obstáculos impostos pelo meio externo, problemas mentais podem se manifestar e levá-lo à prática de automutilação e/ou tentativa de autoextermínio (Terruggi; Cardoso; Camargo, 2019).

Na perspectiva da transversalidade das políticas públicas, é um desafio, para profissionais da Assistência Social (Creas), Educação e Saúde Mental acompanhar, no sentido de dar suporte à vítima e aos familiares dos adolescentes que praticam autolesão, considerando os impactos de ordem física e psicológica, tanto para o indivíduo como para o seu ciclo familiar (Guareschi, 2017).

Em relação à instituição escolar, como os adolescentes se encontram em idade escolar deveriam estar inseridos no universo estudantil e a maioria deles está sujeito aos preceitos da escola. Nesse sentido, a escola é de extrema importância no enfrentamento às violências autoprovocadas, dentre elas, as tentativas de suicídio.

Ferreira (2014) aponta que a instituição escolar desempenha um importante papel no manejo de inúmeras demandas sociais, promovendo inserção social, formando cidadãos, fornecendo uma educação sólida e transformadora. Assim sendo, percebe-se a existência do suicídio entre adolescentes, retratado como um infortúnio presente na sociedade, o qual representa uma demanda social que requer intervenção da escola. Isso significa que a instituição escolar também é responsável e deve enviar esforços no combate ao suicídio.

4.3 Rede Intersetorial de Atenção e Proteção Integral aos Adolescentes

A Rede Intersetorial de Atenção e Proteção Integral aos Adolescentes se constrói levando em conta o desenvolvimento de ações intersetoriais de proteção e aspira prioridade plena por intermédio das políticas sociais, na perspectiva da garantia de direito e da transversalidade das políticas públicas, sem violações de direitos e acesso a bens, serviços e ações, necessárias para o seu desenvolvimento integral (Mangini; Kocourek; Morsch, 2019).

Nesse contexto, a intersectorialidade é compreendida como meio que subsidia o diálogo entre os interlocutores das diversas políticas públicas com objetivos comuns, colaborando para a composição de uma rede mais abrangente (Mangini; Kocourek; Morsch, 2019).

Redes de atenção à saúde são meios de vivenciar os princípios do SUS, garantindo a integralidade, a universalidade e a equidade na atenção à saúde da população, oportunizando a articulação de unidades de saúde e dos demais serviços públicos com pontos comuns de contato e conexão, no que concerne à garantia de direitos, resultando em um atendimento integral (Brasil, 2010a).

Nesse sentido, a intersectorialidade é vista como uma estratégia utilizada para que a política de saúde mental se efetive nos seus princípios e objetivos, alargando sua abrangência e se desvinculando da lógica setorializada e fragmentária, articulando as demais políticas públicas e a sociedade, ampliando recursos e aprimorando a atuação em rede (Mangini; Kocourek; Morsch, 2017).

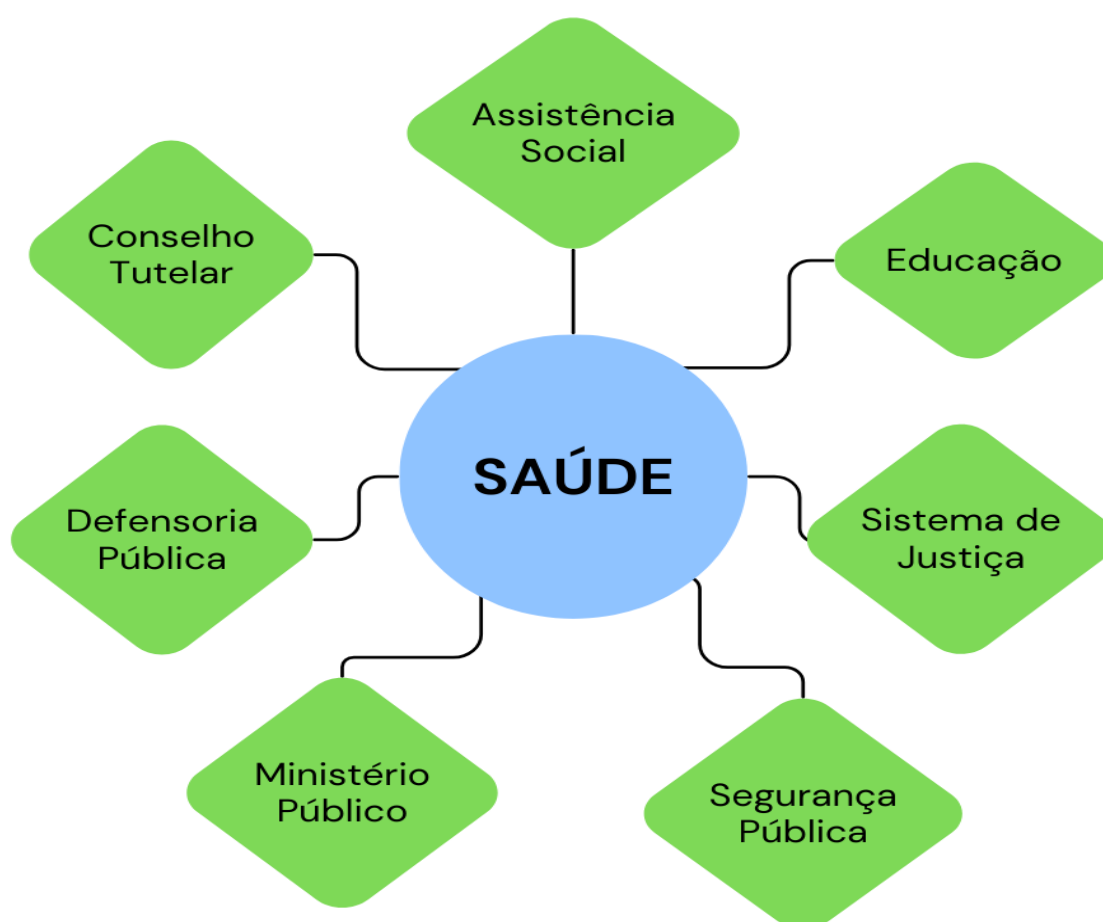
Para Mendes (2011), as redes de atenção à saúde configuram-se como organismos poliárquicos de categorias de serviços de saúde, unidos entre si por uma mesma incumbência, com objetivos em comum, visando a execução de uma ação cooperativa e interdependente, cujo desfecho seja assistir a uma população de forma integral e contínua, tendo à frente a atenção primária à saúde, em tempo hábil, custo justo e atendimento humanizado.

O sistema de redes busca ostensivamente, na sua estratégia de institucionalidade, fortalecer a estabilidade e as relações no seu interior, visando uma população-alvo, com uma estrutura operacional, e apresentando um modelo de atenção à saúde. Tem como elementos constitutivos do processo: a) construção de um território/população; b) estrutura operacional constituída pelos nós da rede e pelas

ligações materiais e imateriais; c) e centro comunicador das redes de atenção (confluxos), as APS (Mendes, 2011).

Em vista disso, a figura abaixo exibe um fluxograma da rede de atendimento, desencadeada pela saúde, na qual as instituições partícipes se complementam na condução, execução e manutenção do cuidado, em um movimento contínuo de integração e corresponsabilidade mútuas.

Figura 1 – Rede intersetorial de atendimento, cuidado e proteção a crianças, adolescentes e suas famílias



Fonte: Adaptado de Brasil (2010a).

A rede intersetorial de proteção é constituída por um conjunto de instituições/serviços e recursos humanos nas áreas da saúde, assistência social e jurídica, com foco na prevenção e no enfrentamento às violências infantojuvenil, promovendo ações articuladas entre os serviços, objetivando um trabalho concomitante, que priorize e compartilhe valores e objetivos universais na sua organização, envolvendo diversos serviços em áreas afins, tais como

[...] Saúde com os serviços de Atenção Primária e Especializada, Urgência e Emergência, Saúde Mental, Serviço de Apoio à Gestão Estratégica e outros serviços de assistência social e judiciário, que compreendem o Sistema Único de Assistência Social (Suas), como o Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), o Sistema de Justiça e de Direitos Humanos (Delegacias especializadas), o Conselho Tutelar e as Varas da Infância e da Juventude. Além desses, têm-se o Sistema de Ensino, o Sistema Único de Segurança Pública e a Sociedade Civil Organizada (Ribeiro; Fernandes; Melo, 2021).

Dessa forma, a rede de proteção deve priorizar, em seu funcionamento, meios organizacionais interrelacionais, que exijam dos seus executores coletivos revisão contínua de juízo de valores, atos e responsabilidades, quesitos fundamentais para que os profissionais concebam um olhar ampliado e claro para todas as formas de violências, contribuindo para a identificação precoce, o acolhimento/atendimento especializado, o incentivo a condutas de prevenção, objetivando desestimular práticas de violências (Ribeiro; Fernandes; Melo, 2021).

No âmbito internacional, a proteção social da criança e do adolescente iniciou-se em 1979, com a criação de um grupo de trabalho pela Comissão de Direitos Humanos das Nações Unidas, o qual consegue levar e aprovar o texto final da Convenção Internacional dos Direitos da Criança e do Adolescente na Assembleia Geral da ONU, em 20 de dezembro de 1989. Ele entrou em vigor em 2 de setembro de 1990, após ter sido ratificado por 20 países, inclusive pelo Brasil (Motti; Santos, 2008).

A Convenção vai mais além: estabelece normas, isto é, deveres e obrigações a serem observados pelos países que a ela formalizarem sua adesão. Ela confere a esses direitos a força de lei internacional; trata-se de um amplo e consistente conjunto de direitos, fazendo das crianças e dos adolescentes titulares de direitos individuais como a vida, a liberdade e a dignidade, assim como de direitos coletivos: econômicos, sociais e culturais. Nascia, ali, o gérmen de uma rede de legislações internacionais voltadas à proteção de crianças (Motti; Santos, 2008).

No Brasil, a rede de atenção a crianças e adolescentes surge no bojo dos movimentos populares, a partir da retomada da democracia, na década de 1980, momento no qual criou-se um ambiente que favoreceu e desenvolveu os movimentos populares, fortalecidos pela pressão internacional para que houvesse, por parte do

governo, um compromisso concreto com a causa da infância e adolescência brasileira. Esse compromisso foi ratificado em 5 de outubro de 1988, com a promulgação da Constituição Federal (CF), no Capítulo Saúde, em seus artigos 196 a 200, seguida pelas Leis Orgânicas da Saúde n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990b), e n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (Brasil, 1990c).

Em 2001, foi aprovada a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV) e publicada a Portaria n.º 737MS/GM, de 16 de maio de 2001, que tem, como princípios norteadores, a saúde como direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico; o direito e o respeito à vida (valores éticos da cultura e da saúde); e a promoção da saúde como fundamento para todos os planos, programas, projetos e atividades que visem a redução da violência e dos acidentes. Tem como objetivos a redução da morbimortalidade por acidente e violências no Brasil, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas e o estabelecimento de diretrizes e responsabilidades institucionais, valorizando medidas inerentes à promoção da saúde e à prevenção desses agravos (Brasil, 2001).

A referida política evidencia os fundamentos pertinentes à promoção da saúde intrínsecos ao revigoramento da capacidade dos indivíduos, das comunidades e da sociedade como um todo, no que tange ao desenvolvimento, à melhoria e à manutenção das condições e dos estilos de vida saudáveis, incluindo a criação de ambientes sadios, a reestruturação de serviços de saúde, o apoio de ações comunitárias e o aprimoramento de recursos individuais (Brasil, 2001).

A Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, prevista no PNRMAV, foi criada em 2004, com a implantação dos Núcleos de Prevenção à Violência (NPVS) nos estados e municípios. A vigilância inserida no contexto das violências objetiva conferir informações imprescindíveis à detecção e prevenção de qualquer alteração nos coeficientes determinantes e condicionantes de saúde, almejando a aplicação de medidas de prevenção (Brasil, 2017).

Em 14 de agosto de 2006, foi publicada a Portaria n.º 1.876, que instituiu as Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio, com alcance nacional, visando:

Art. 2º Estabelecer que as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio sejam organizadas de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado de Saúde, as Secretarias Municipais de Saúde, as instituições acadêmicas, as

organizações da sociedade civil, os organismos governamentais e os não-governamentais, nacionais e internacionais (Brasil, 2006).

Essa Portaria apresenta o suicídio como um problema de saúde pública e afirma ser essa ação evitável. Traz todo o arcabouço que envolve as questões jurídicas, sociais e da área da saúde, pertinentes à problemática do suicídio, indicando caminhos para a prevenção, o tratamento e o monitoramento dos casos atendidos na rede.

Em 2010, foi criada a linha de cuidado, para Atenção Integral à Saúde de Crianças e Adolescentes em situação de violência, objetivando direcionar e orientar os profissionais de saúde no acolhimento, na notificação, na assistência e no monitoramento dos casos atendidos, numa perspectiva integral e de promoção da saúde. No entanto, a atuação dos profissionais de saúde frente a essa temática voltada para esse público apresenta inúmeros desafios, tais como identificar, diagnosticar, notificar e encaminhar os casos atendidos, devido às fragilidades inerentes à própria rede de proteção e atendimento, no que se refere às relações intersetoriais e interinstitucionais (Brasil, 2010a; Galindo *et al.*, 2017).

Em 23 de dezembro de 2011, foi publicada a Portaria n.º 3.088, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), designada ao atendimento às pessoas com sofrimento mental, contemplando usuários de crack, álcool e outras drogas no contexto do SUS (Brasil, 2011a). Considera, ademais, as disposições contidas no Decreto n.º 7.508/2011, que regulamenta a Lei n.º 8.080/1990 e dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa (Brasil, 2011b).

Em 2011, a Portaria GM/MS n.º 104/2011 torna obrigatória a notificação de violência doméstica e outras violências para todos os profissionais de saúde e a sua integração ao rol das notificações compulsórias (Brasil, 2011c), com a publicação da Portaria GM/MS n.º 1.271/2014, considerando que, a partir de então, os casos de violências sexual e tentativas de suicídio passariam a ser de notificação obrigatória em até 24h do conhecimento do fato; outros tipos de violência devem ser notificados em até uma semana após o comparecimento da vítima à unidade de atendimento (Brasil, 2014).

A implementação de planos preventivos e meios cautelares mais eficazes, visando à redução de tentativas de suicídio e óbitos por suicídio, busca instituir os

objetivos de se criarem estratégias de promoção da qualidade de vida, de educação, de proteção e melhoria da saúde, de prevenção de danos; de sensibilização da sociedade, com uso de comunicação, informando ser o suicídio um problema de saúde pública – que pode e deve ser prevenido –, garantir o acesso às diferentes modalidades terapêuticas, em todos os níveis de atenção, a partir da organização de linhas de cuidado integrais, identificar a prevalência dos determinantes e condicionantes do suicídio e tentativas, dos fatores protetores e a realização de ações intersetoriais de responsabilidade pública, incluindo a sociedade, e oportunizar educação permanente para profissionais de saúde (Brasil, 2017).

Dessa forma, compreende-se que, na Política de Saúde Mental direcionada à infância e adolescência, é imprescindível garantir a integralidade da atenção dentro da intersectorialidade e da transversalidade das políticas públicas, na perspectiva da garantia de direitos, proporcionando a cidadania, a educação, a promoção e a proteção social. Assim, os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) instituem parcerias com a Rede de Saúde e a Rede Intersetorial de Atenção e Proteção Integral a Adolescentes, visando ampliar a linha de cuidado. À vista disso, legitima-se como instrumento o princípio da intersectorialidade, no que tange à organização e operacionalidade dos serviços em saúde mental (Mangini; Kocourek; Morsch, 2019).

A Agenda de Ações Estratégicas para a Prevenção do Suicídio do Ministério da Saúde (2017-2020) traz a prevenção do suicídio como uma das prioridades do SUS, enfatizando tratar-se de fenômeno multifacetado e de múltiplas determinações. Nesse sentido, traz diretrizes e eixos para nortear ações desenvolvidas na prevenção do suicídio, cujo objetivo principal é:

Ampliar e fortalecer as ações de promoção da saúde, vigilância, prevenção e atenção integral relacionadas ao suicídio, com vistas à redução de tentativas e mortes por suicídio, considerando os determinantes sociais da saúde e as especificidades de populações e grupos sociais em situação de maior vulnerabilidade a esse fenômeno e os municípios e grupos de municípios com alta concentração de suicídio, no período de 2017 a 2020. (Brasil, 2017).

Nesse contexto, visa organizar a linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação), em todos os níveis de atenção, garantindo acesso irrestrito a todas as categorias profissionais que se fizerem necessárias ao

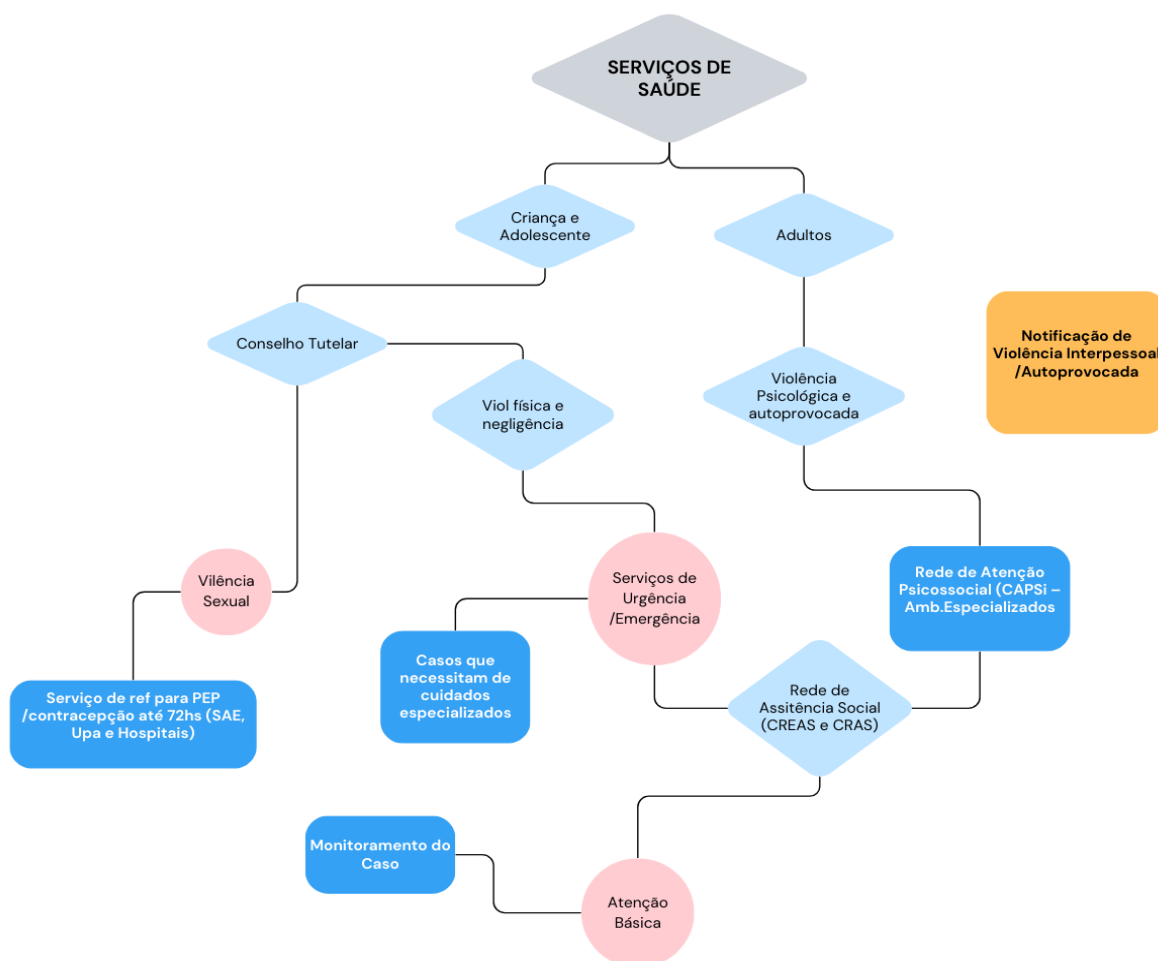
longo processo terapêutico do indivíduo. Destaca, ainda, o cuidado em identificar a prevalência dos condicionantes e determinantes do suicídio e de tentativas, bem como os fatores de risco.

A atuação em rede é fundamental, no que se refere à prevenção e promoção da saúde de adolescentes, garantindo a intersectorialidade entre os serviços, sistema no qual cada instituição parceira deve ter total ciência das suas funções e do seu campo de atuação, executando-as com maestria em cada unidade federativa. Todos os serviços existentes na área de abrangência compõem essa rede, a saber: hospitais, Estratégia de Saúde da Família (ESF), Juizado da Infância e Juventude, Conselho Tutelar, escolas, creches, entre outros. É imprescindível que todas essas instituições tenham conhecimento no que tange às violências e percepção dos fatos para procederem aos encaminhamentos pertinentes aos casos atendidos (Müller *et al.*, 2017).

Em maio de 2019, o Ministério da Saúde sancionou a Lei n.º 13.819, que instituiu a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, como parâmetro efetivo do poder público para a prevenção desses agravos e tratamento dos condicionantes a ele relacionados. Criou-se, ainda, o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, o qual tem por objetivo ampliar e fortalecer ações de promoção da saúde, vigilância, prevenção e atenção integral a indivíduos com comportamento autolesivo, visando a redução de tentativas e mortes por suicídio (Brasil, 2019b).

No intuito de atender as demandas suscitadas pelos adolescentes com tentativas de suicídio, foram criados fluxos de atendimentos a partir da rede saúde, visto que os serviços que integram a rede de atendimento requerem uma estratégia organizacional que os envolva e que envolva também os profissionais, demandando o aumento de resolutividade e a integralidade da atenção, visando compartilhar assistência e intervenções, reforçando a responsabilização dos serviços e implicando os profissionais em um elo de produção e de cuidado no âmbito da saúde e da proteção social(Scheibe *et al.*, 2023).

Figura 2 – Fluxo de atendimento a partir da Rede de Saúde



Fonte: adaptada de Brasil (2010a).

A rede de cuidados e de proteção social, a partir do setor saúde, traz proposições que visam a materializar a rede de forma intra e intersetorial, podendo ocorrer simultaneamente, nesse sentido, a estruturação dessa rede de atenção integral a crianças, adolescentes e familiares em situação de vulnerabilidade social e econômica, constituindo um novo olhar referente à importância da garantia do cuidado e da proteção social desse seguimento da sociedade, a partir de uma inter-relação entre políticas públicas e ações governamentais na área de abrangência, na perspectiva da transversalidade e das políticas públicas (Melo *et al.*, 2020).

No entanto, a rede de atenção às pessoas em situação de violência de forma mais abrangente, inicia-se com o mapeamento de todos os equipamentos sociais e serviços governamentais e não governamentais existentes na área de abrangência, que voltados para o atendimento às pessoas em situação de violências, tanto agudas

como crônicas e reincidentes. Garantindo cuidado, proteção e defesa de direitos, incluindo a necessidade de identificar a existência de fluxos e protocolos de atendimento, sendo publicizado o tipo de atendimento prestado por cada instituição parceira, lista de endereços, telefones e horário de atendimento das instituições envolvidas (Melo *et al.*, 2020).

A Rede de Atenção necessita ser articulada, constituída e estimada considerando a realidade local, tendo como porta de entrada a Atenção Primária à Saúde (APS), articulada com o Serviço de Saúde Mental e com hospitais com atendimento 24 horas. Ainda, deve envolver diferentes instituições e serviços ligados à temática das violências, tais como serviços governamentais, não governamentais, Sistema de Justiça, Segurança Pública, Ministério Público, Defensoria Pública, Varas da Infância e Juventude, Conselho Tutelar e de Direitos, Centro de Referência de Assistência Social (Cras) e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas), entidades da sociedade civil e comunidades, como especificado a seguir (Lima *et al.*, 2021):

- **Atenção Primária à Saúde (APS)** – é composta por um conjunto de ações em saúde nos âmbitos individual, coletivo e familiar, que incluem a promoção, a prevenção, a proteção, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos, os cuidados paliativos e a vigilância em saúde, envolvendo práticas de cuidado integrado e manejo capacitado (Portela, 2017).
- **Serviço de Saúde Mental** – é constituído por diversas ações e serviços de atenção: Centros de Atenção Psicossocial (CAPs); Ambulatórios; Residências Terapêuticas; Leitos de atenção integral em Saúde Mental (CAPs III e em hospital geral); centro de convivência e cultura; cooperativas de trabalho e geração de renda e outros (Silva *et al.*, 2018).
- **Sistema de Justiça** – composto pelo arcabouço Judiciário, com as categorias, órgãos e entidades partícipes do Sistema de Justiça, como Poder Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública e Organização dos Advogados do Brasil (OAB), das esferas, federal, estadual ou distrital. Além de operar como garantidor de direitos, é também um espaço que possibilita a redução das iniquidades de renda e prestígio, sendo, portanto, mais amplo que o Poder Judiciário (Brasil, 1988).

- **Segurança Pública** – é um serviço que visa preservar a ordem pública, de incumbência do Estado, direito e responsabilidade de todos, o qual objetiva garantir uma convivência social isenta de ameaças e violências, assegurando aos indivíduos, em tese, o gozo dos seus direitos constitucionais, baseado na prevenção e na repressão, observando o respeito à equidade, à dignidade humana, aos Direitos Humanos e ao Estado democrático de direito. É constituído pelas polícias federal, rodoviária, ferroviária e polícias civis, militar e corpos de bombeiros militar (Brasil, 1988).
- **Ministério Público** – é uma instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, tendo como princípios institucionais a unidade, a indivisibilidade, a independência funcional e a imparcialidade na jurisdição. Ademais, tem função definida pela CF de defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses individuais indisponíveis, dos direitos sociais, da ordem jurídica, da relação processual e dos procedimentos de jurisdição voluntária (Brasil, 1988).
- **Defensoria Pública** – em conformidade com o inciso LXXIV do art. 5º da Constituição Federal, é uma instituição de carácter permanente, de suma importância para o arcabouço jurídico estatal, que atua de forma integral e gratuita na perspectiva da garantia de direitos das pessoas em situação de vulnerabilidade. Instrumento do regime democrático, é responsável pela orientação jurídica, promoção dos direitos humanos e a defesa, nos níveis judicial e extrajudicial, dos direitos individuais e coletivos (Brasil, 1988).
- **Varas da Infância e Juventude (VIJ)** – realiza um trabalho voltado para o segmento da infância e juventude, direcionado às crianças e aos adolescentes em situação de risco social, em conflito com a Lei e outras vulnerabilidades. Atua a título preventivo, punitivo e protetivo, alcançando a diversificação do seu público, que é constituído de jurisdicionados e seus familiares, parceiros e visitantes, que necessitam de orientação efetiva (Brasil, 1988).
- **Conselho Tutelar** – é um órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, incumbido pela sociedade de proteger crianças e adolescentes na perspectiva da garantia e cumprimento dos seus direitos. Funciona como órgão executivo e intermediador entre todas as conexões da rede de proteção, envolvendo, saúde, educação, assistência social e como fiscalizador, atua juntamente com

o Ministério Público e o sistema de Justiça do Estado. Sua função é determinada por meio do artigo 136 do ECA, tendo como atribuições realizar atendimentos às crianças e aos adolescentes, aconselhamento a seus familiares e/ou responsáveis, bem como requisitar serviços públicos nas áreas da saúde, educação, assistência social e segurança, entre outros, e agir em casos de omissão, negligências, maus-tratos, por parte dos pais ou responsáveis. Pode ser acionado em qualquer situação de violação de direitos ou que represente ameaça para tal (Pase *et al.*, 2020).

- **Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente** – são órgãos colegiados, permanentes e deliberativos, com a incumbência de formular, supervisionar e avaliar as políticas públicas nos âmbitos federal, estadual e municipal. São, ainda, denominados de conselhos de políticas públicas ou conselhos gestores. Refletem a partilha do poder decisório e a garantia de controle social das ações e políticas, visando a permanência dos direitos conquistados. Nessa perspectiva, constituem espaços deliberativos de controle social da coisa pública e assegura participação paritária entre seus membros rotativos. Criado pela Lei Federal n.º 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, em seu artigo 88, inciso II, torna o Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente obrigatório nas três esferas de governo (Brasil, 1990).
- **Cras** – é a unidade que, no Sistema Único de Assistência Social, tem função de gerir e organizar a proteção básica dentro da área de abrangência. Inclui a organização do espaço físico e das atividades, funcionamento e recursos humanos e deve manter coerência com a concepção de trabalho social com famílias, diferenciando o serviço que deve dos que podem ser oferecidos no Cras (Brasil, 2009).
- **Creas** – é uma unidade pública da política de Assistência Social, de abrangência municipal ou regional, de referência para o atendimento a famílias ou indivíduos em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social por violações de direitos, que necessitam de intervenções especializadas no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Apresenta infraestrutura, funcionamento e recursos humanos conforme os recursos oferecidos, realiza trabalho em rede e articulação com os demais serviços da

rede socioassistencial das demais políticas públicas e órgãos de defesa de direitos, na perspectiva da transversalidade das políticas públicas, além de organizar e registrar informações e otimizar o processo de monitoramento e avaliação dos casos realizados (Melo *et al.*, 2020).

Por fim, a criação e instituição de diretrizes nacionais para prevenção do suicídio, por meio da Portaria n.º 1.876, de 14 de agosto de 2006, acompanha a agenda prioritária de organização da estrutura do SUS, por meio de políticas e estratégias voltadas a promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, especialmente as doenças e agravos não-transmissíveis (DANTs). Nesse intento, identificou-se a necessidade de organizar uma rede de atenção à saúde com a criação de linha de cuidados integrais no manejo dos casos de tentativas de suicídio, com vistas a reduzir o dano do agravo e melhorar o acesso aos pontos de atenção e proteção (Brasil, 2006).

5 METODOLOGIA

5.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo descritivo, ecológico, retrospectivo com abordagem quantitativa, para o qual foram utilizados dados secundários, disponíveis no Datasus, da base de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). Para as tentativas de suicídio em adolescentes de 10 a 19 anos, ocorridos no Brasil, foi escolhido o período de 2010 a 2022.

O ano de 2009 foi o marco inicial da inserção da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada no Sinan e, na época, o processo se deu por adesão das unidades federativas, fato que contribuiu com a implantação e implementação da Ficha de Notificação, com a expansão do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) e com a sustentabilidade da notificação de violências. Estabeleceu-se, portanto, 2010 como o ano inicial dessa série, considerando que, a partir desse período, a ficha já estava plenamente implementada, além da estimativa utilizada para o cálculo das taxas ter início no mesmo ano; 2022 foi o último com dados fechados disponíveis no DATASUS/Sinan. Ressaltamos que o período estudado engloba a pandemia de Covid-19, ocorrida de forma mais intensa no ano de 2020.

5.2 Local do estudo

O cenário do estudo foi o Brasil, situado na América do Sul, com área territorial de 8.515.759 km² e fronteira com quase todos os países sul-americanos. Possui uma população estimada de 207,8 milhões de habitantes, densidade demográfica de 24,47 habitantes por km², estando dividido em cinco regiões: Norte, Sul, Sudeste, Centro-Oeste e Nordeste (IBGE, 2021).

5.3 Fonte de dados

Foram incluídos, no estudo, todos os casos de tentativas de suicídio de adolescentes de 10 a 19 anos, registrados no Sistema Informação de Agravos de Notificação em Saúde (Sinan), no período de 2010 a 2022, disponível na base de

dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (Datasus).

Os dados coletados procederam do sistema de informação (Sinan), disponibilizado pelo Datasus, extraídos em 24 de julho de 2023. No Sinan, foram obtidas informações referentes às tentativas de suicídio, sendo utilizado o agrupamento de lesões autoprovocadas intencionalmente (X60 – X84), o qual é codificado pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (Welles *et al.*, 2011).

Visando a fluidez das análises, e considerando os distintos modos de perpetração do suicídio, as variáveis foram agrupadas nas categorias a seguir: autointoxicação por drogas e medicamentos (X60 a X65), autointoxicação por pesticidas, solventes, gases e vapores, outros produtos e substâncias não especificados (X66 a X69), enforcamento (X70), arma de fogo (X72 a X74), precipitação de local elevado (X80), meios não especificados (X84) e outra agressão (X71, de X75 a X79 e de X81 a X83) (Welles *et al.*, 2011; Fattah; Lima, 2021). Foram selecionadas as variáveis constantes na base de dados, a saber: idade, sexo, raça/cor, escolaridade, local da ocorrência e meio de agressão.

Além disso, foram coletados dados demográficos relacionados à estimativa da população residente entre 2010 e 2022, disponíveis no Datasus para cálculo das taxas. As taxas foram estimadas por meio da razão entre o número de casos notificados e a estimativa da população residente, multiplicado por 100 mil habitantes.

5.4 Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de inclusão: casos de notificação de tentativa de suicídio de adolescentes, faixa etária de 10 a 19 anos, notificados no Sinan, no período de 2010 a 2022.

Critério de exclusão: casos de notificação com informações incompletas e ou ignoradas, referentes aos campos 56 – tipo de violência, variáveis: física; psicológica/moral; tortura; sexual; tráfico de seres humanos; financeira/econômica; negligência/abandono; intervenção legal e outros (TAE), sendo o campo outros preenchido com TAE e o 61 – vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida, variáveis: pai; mãe; padrasto; madrasta; cônjuge e ex; namorado (a) e ex; filho (a); irmão (a); amigos/conhecidos; desconhecido (a); cuidador (a); patrão/chefe; pessoa

com relação institucional; policial/agente da lei; própria pessoa e outros, não estando preenchido o item própria pessoa se estiver como ignorado (9).

5.5 Análise dos dados

Os dados foram extraídos e tabulados no programa Excel versão 2312 do Microsoft office 365, segundo as unidades federativas, regiões brasileiras, características sociodemográficas e características da violência autoprovocada. A análise estatística foi realizada no programa R, versão 4.3.1 (2022, *The R Project for Statistical Computing*, Nova Zelândia). As taxas foram aferidas por localidade (unidade federativa e regiões brasileiras), estimando o número de notificações de lesões autoprovocadas, dividido pela estimativa da população brasileira para cada unidade federativa/região e multiplicado por 100 mil habitantes.

Utilizou-se a regressão linear generalizada pelo método de Prais-Winsten com variância robusta, para as quais foram estimadas as tendências das séries temporais, tendo como resultados tendências estacionárias ($p > 0,05$), decrescentes ($p < 0,05$ e β negativo) ou ascendentes ($p < 0,05$ e β positivo). Como variável dependente “Y”, consideraram-se as taxas, e, como variável independente “X”, o ano. Todas as taxas foram logaritmizadas. A variação percentual média anual (VPA) foi obtida por meio das fórmulas

$$VPA = [-1 + 10\beta]*100$$

$$IC95\% = [-1 + 10\beta + t*EP]*100,$$

em que β é o coeficiente de regressão, EP o erro padrão e t o valor tabelado do teste *t* de Student, equivalente aos 6 graus de liberdade. Em todas as análises, foram considerados significantes valores de $p < 0,05$.

5.6 Procedimentos legais e éticos

Para a execução deste estudo, foram utilizados dados secundários de domínio público, cedidos sem ônus pelo Datasus. Assim, o estudo seguiu as recomendações da Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde

(CNS), garantindo a proteção dos seres humanos implicados, visto que as informações foram extraídas de forma agregada, dispensando, legalmente, a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

6 RESULTADOS

O Brasil teve um total de 241.900 notificações de tentativas de suicídio em adolescentes de 10 a 19 anos, no período de 2010 a 2022 (Datusus/Sinan). Dessas, 22,9% das notificações registradas foram do sexo masculino e 77% relacionadas ao sexo feminino e 0,1% ignorados/brancos. Os anos de 2010 e 2022, início e término da série estudada, apresentaram taxas de 4,68 em 2010, elevando para 158,53 no ano de 2022 (Tabela 1).

Em relação as regiões do Brasil, considerando o primeiro ano da linha histórica analisada com o último ano, evidencia-se o crescimento das taxas de notificação por esse agravo em todas as regiões do país. Com destaque aos registros de notificações nas regiões sudeste e sul quando comparado os dois períodos analisados, 2010 e 2022. Quanto ao ano de 2010, é importante mencionar o protagonismo da região centro-oeste, alavancada pela taxa de notificação registrada pelo estado do Mato Grosso do Sul (30,18) (Tabela 1).

Já em 2022, conforme dados expostos na Tabela 1, a unidade da federação com maior taxa de notificação foi Espírito Santo (381,06) seguido pelo Distrito Federal (373,04).

Tabela 1 – Notificações e taxas das tentativas de suicídio em adolescentes de 10 a 19 anos desagregadas por região e unidade federativa (UF). Brasil, 2010-2022

Região/UF	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022	
	Notif.	Taxa	Notif.	Taxa	Notif.	Taxa	Notif.	Taxa	Notif.	Taxa	Notif.	Taxa	Notif.	Taxa	Notif.	Taxa	Notif.	Taxa	Notif.	Taxa	Notif.	Taxa	Notif.	Taxa	Notif.	Taxa
Norte	120	3,48	238	6,86	253	7,26	366	10,47	366	10,47	439	12,58	587	16,86	1061	30,62	1194	34,66	2152	62,88	1302	38,37	1823	54,23	2411	72,24
Rondônia	1	0,32	11	3,46	5	1,58	12	3,82	16	5,14	34	11,02	38	12,45	161	53,50	176	59,38	272	93,20	194	67,53	200	71,10	303	109,32
Acre	15	8,99	20	11,74	34	19,56	29	16,38	41	22,87	88	48,53	115	62,86	233	126,84	197	106,99	318	173,00	200	109,87	291	161,56	319	178,71
Amazônia	31	4,00	60	7,65	34	4,30	81	10,20	83	10,45	138	17,39	127	16,01	107	13,52	134	16,97	317	40,20	200	25,40	308	39,26	363	46,16
Roraima	10	9,99	24	23,61	43	41,87	67	64,70	47	44,98	29	27,70	46	43,99	118	112,54	124	117,47	230	216,34	131	122,46	158	146,80	219	201,73
Pará	17	1,03	33	2,00	28	1,69	32	1,93	45	2,72	43	2,60	55	3,34	103	6,28	105	6,45	379	23,48	197	12,35	370	23,46	548	35,16
Amapá	6	3,89	20	12,70	23	14,36	28	17,23	14	8,53	7	4,25	13	7,87	51	30,88	43	26,04	89	53,80	16	9,67	60	36,46	109	66,69
Tocantins	40	13,92	70	24,37	86	30,02	117	40,93	120	42,17	100	35,33	193	68,52	288	103,24	415	150,58	547	200,83	364	135,31	436	163,46	550	207,80
Nordeste	305	2,90	572	5,47	736	7,09	1026	9,98	982	9,65	1220	12,14	1371	13,82	2345	24,06	3689	38,57	6688	71,29	4498	48,90	6559	72,58	8335	93,67
Maranhão	5	0,35	17	1,20	59	4,19	44	3,13	59	4,21	60	4,29	41	2,94	69	5,00	153	11,21	480	35,72	262	19,84	403	30,85	500	38,67
Piauí	18	2,90	47	7,58	77	12,46	110	17,95	99	16,33	143	23,84	201	33,93	278	47,75	383	67,16	540	96,98	308	56,70	523	98,98	607	117,65
Ceará	22	1,28	37	2,18	26	1,55	74	4,50	105	6,51	177	11,21	238	15,41	383	25,43	612	41,71	1225	85,61	1005	71,85	1534	111,70	1803	133,37
Rio Grande do Norte	7	1,17	21	3,54	36	6,12	47	8,08	45	7,82	57	10,00	88	15,62	178	32,09	290	53,13	524	97,39	289	54,51	471	89,99	600	115,76
Paraíba	26	3,66	40	5,65	43	6,12	34	4,89	45	6,54	92	13,51	81	12,02	156	23,49	207	31,67	509	79,20	327	51,84	457	74,01	652	108,32
Pernambuco	42	2,51	131	7,86	135	8,14	298	18,07	278	16,98	306	18,86	337	21,01	565	35,75	943	60,61	1716	111,99	1158	76,81	1565	105,43	1835	124,89
Alagoas	136	20,60	235	35,53	288	43,54	303	45,95	247	37,75	238	36,79	232	36,36	410	65,49	564	91,94	889	148,19	559	95,44	701	122,39	845	150,86
Sergipe	0	0,00	4	0,96	5	1,22	26	6,38	16	3,97	16	4,02	9	2,29	33	8,55	85	22,43	155	41,61	165	45,04	177	49,00	337	94,07
Bahia	49	1,81	40	1,49	67	2,52	90	3,43	88	3,39	131	5,12	144	5,73	273	11,07	452	18,72	650	27,49	425	18,36	728	32,07	1156	51,84
Sudeste	678	5,06	1807	13,57	2545	19,28	2919	22,34	3543	27,41	4356	34,14	5216	41,52	8751	71,00	12131	100,38	17537	147,78	12325	105,51	16125	139,86	22241	194,23
Minas Gerais	142	4,11	532	15,55	953	28,23	1323	39,79	1697	51,92	1935	60,35	1838	58,56	2770	90,48	3508	117,62	4921	169,27	3365	118,53	3775	135,74	5137	187,46
Espírito Santo	3	0,49	13	2,13	55	9,05	76	12,56	192	31,88	268	44,83	383	64,71	561	96,02	1036	179,57	1641	287,64	950	168,16	1205	214,90	2131	381,06
Rio de Janeiro	65	2,49	151	5,82	222	8,65	241	9,50	319	12,75	376	15,28	479	19,89	983	41,84	1262	55,12	1964	87,82	1426	65,02	2028	93,74	2747	127,76
São Paulo	468	6,97	1111	16,61	1315	19,79	1279	19,38	1335	20,37	1777	27,35	2516	39,17	4437	70,09	6325	101,42	9011	146,44	6584	108,20	9117	151,34	12226	203,73
Sul	325	6,91	727	15,58	1166	25,34	1444	31,91	1649	37,11	2179	49,93	2724	63,66	5579	133,50	7546	184,98	11002	275,66	6715	171,53	7859	204,11	9342	244,81
Paraná	73	3,92	166	8,98	403	22,08	525	29,24	640	36,34	967	55,94	1331	78,50	2638	159,11	3530	217,81	4617	290,73	2906	186,22	3450	224,67	4317	284,08
Santa Catarina	109	10,10	200	18,76	265	25,25	433	41,98	446	43,98	529	53,01	604	61,59	1094	113,81	1385	146,91	2227	240,03	1485	162,03	1847	202,67	2201	241,11
Rio Grande do Sul	143	8,12	361	20,63	498	28,84	486	28,63	563	33,75	683	41,70	789	49,23	1847	118,40	2631	173,56	4158	281,86	2324	161,64	2562	182,56	2824	204,12
Centro-Oeste	192	7,53	337	13,25	539	21,26	569	22,52	568	22,56	745	29,72	831	33,32	1303	52,73	2083	85,12	3994	164,57	2994	124,32	3612	150,63	5064	211,69
Mato-Grosso do Sul	137	30,18	232	51,52	264	59,30	293	66,52	311	71,28	299	69,17	336	78,55	511	121,21	611	146,68	1144	276,75	758	184,55	818	199,14	984	238,29
Mato-Grosso	8	1,40	16	2,81	60	10,64	43	7,69	66	11,88	71	12,82	76	13,77	146	26,67	182	33,54	457	84,73	357	66,59	323	60,58	513	96,48
Goiás	36	3,34	55	5,12	171	15,95	177	16,54	133	12,48	267	25,21	266	25,31	363	34,89	697	67,66	1355	132,66	952	93,78	1379	135,70	1963	192,90
Distrito Federal	11	2,47	34	7,56	44	9,69	56	12,24	58	12,61	108	23,38	153	33,05	283	61,32	593	129,51	1038	229,24	927	207,70	1092	249,41	1604	373,04
Brasil	1620	4,68	3681	10,68	5239	15,32	6324	18,66	7108	21,18	8939	26,95	10729	32,78	19039	59,15	26643	84,25	41373	133,08	27834	90,97	35978	119,23	47393	158,53

Nas cinco regiões brasileiras, houve um aumento progressivo em números absolutos e nas taxas de notificação de tentativas de suicídio; com tendência crescente em todas as regiões, porém, as maiores intensidades nas tendências ocorreram nas regiões Sul (VPA = 33,97; IC95%: 16,21; 52,31), Centro-Oeste (VPA = 30,62%; IC95%: 20,75; 40,77) e Sudoeste (VPA = 31,52%; IC95%: 21,32; 42,03) (Tabela 2).

Os dados apontam tendência crescente nas 27 unidades federativas do Brasil, com destaque para os estados do Espírito Santo (VPA = 70,22%; IC95%: 20,93; 126,68), Rondônia (VPA = 55,96%; IC95%: 32,26; 81,50), Ceará (VPA = 52,05%; IC95%: 42,00; 62,04), Distrito Federal (VPA = 50,31; IC95%: 37,03; 64,47), Sergipe (VPA = 47,57; IC95%: 24,48; 72,18) Paraná (VPA = 41,91%; IC95%: 14,22; 72,16) e Maranhão (VPA = 40,28%; IC95%: 17,02; 64,47) (Tabela 2).

Tabela 2 – Tendência temporal da taxa de notificações de tentativas de suicídio em adolescentes de 10 a 19 anos desagregadas por região e unidade federativa. Brasil, 2010-2022

Região/UF	2010		2022		β	VPA	IC 95%		Valor de P	Tendência
	Notificações	Taxa	Notificações	Taxa			Mínimo	Máximo		
Brasil	1620	4,68	47393	158,53	0,119	31,52	21,32	42,03	<0,001	Crescente
Norte	120	3,48	2411	72,24	0,105	27,35	19,64	34,93	<0,001	Crescente
Rondônia	1	0,32	303	109,32	0,193	55,96	32,26	81,50	<0,001	Crescente
Acre	15	8,99	319	178,71	0,115	30,32	14,96	46,61	<0,001	Crescente
Amazônia	31	4,00	363	46,16	0,082	20,78	13,84	27,56	<0,001	Crescente
Roraima	10	9,99	219	201,73	0,094	24,17	5,59	43,64	<0,001	Crescente
Pará	17	1,03	548	35,16	0,123	32,74	20,57	45,28	<0,001	Crescente
Amapá	6	3,89	109	66,09	0,069	17,22	-2,26	38,38	0,014	Crescente
Tocantins	40	13,92	550	207,80	0,096	24,74	13,42	36,71	<0,001	Crescente
Nordeste	305	2,90	8335	93,67	0,121	32,13	23,22	41,27	<0,001	Crescente
Maranhão	5	0,35	500	38,67	0,147	40,28	17,02	64,47	<0,001	Crescente
Piauí	18	2,90	607	117,65	0,120	31,83	18,56	45,61	<0,001	Crescente
Ceará	22	1,28	1803	133,37	0,182	52,05	42,00	62,04	<0,001	Crescente
Rio Grande do Norte	7	1,17	600	115,76	0,156	43,22	27,76	59,67	<0,001	Crescente
Paraíba	26	3,66	652	108,32	0,128	34,28	22,18	46,79	<0,001	Crescente
Pernambuco	42	2,51	1835	124,89	0,129	34,59	23,21	46,02	<0,001	Crescente
Alagoas	136	20,60	845	150,86	0,066	16,41	5,02	28,19	<0,001	Crescente
Sergipe	0	0,00	337	94,07	0,169	47,57	24,48	72,18	<0,001	Crescente
Bahia	49	1,81	1156	51,84	0,128	34,28	26,02	42,74	<0,001	Crescente
Sudeste	678	5,06	22241	194,23	0,119	31,52	21,32	42,03	<0,001	Crescente
Minas Gerais	142	4,11	5137	187,46	0,119	31,52	9,70	54,42	<0,001	Crescente
Espírito Santo	3	0,49	2131	381,06	0,231	70,22	20,93	126,68	<0,001	Crescente
Rio de Janeiro	65	2,49	2747	127,76	0,135	36,46	27,51	45,67	<0,001	Crescente
São Paulo	468	6,97	12226	203,73	0,116	30,62	20,01	41,84	<0,001	Crescente
Sul	325	6,91	9342	244,81	0,127	33,97	16,21	52,31	<0,001	Crescente
Paraná	73	3,92	4317	284,08	0,152	41,91	14,22	72,16	<0,001	Crescente
Santa Catarina	109	10,10	2201	241,11	0,112	29,42	18,31	40,90	<0,001	Crescente
Rio Grande do Sul	143	8,12	2824	204,12	0,116	30,62	13,40	48,35	<0,001	Crescente
Centro-Oeste	192	7,53	5064	211,69	0,116	30,62	20,75	40,77	<0,001	Crescente
Mato Grosso do Sul	137	30,18	984	238,29	0,071	17,76	10,13	25,57	<0,001	Crescente
Mato Grosso	8	1,40	513	96,48	0,139	37,72	22,76	53,34	<0,001	Crescente
Goiás	36	3,34	1963	192,90	0,137	37,09	25,88	48,98	<0,001	Crescente
Distrito Federal	11	2,47	1604	373,04	0,177	50,31	37,03	64,47	<0,001	Crescente

Fonte: Datasus, elaboração própria (2023).

Referente aos aspectos sociodemográficos, sexo, faixa etária, raça/cor e escolaridade, observou-se taxa crescente para todas as variáveis no período estudado.

Quanto ao sexo, o feminino (VPA = 33,35%; IC95%: 22,62; 34; 44,72) teve mais aumento em comparação ao masculino (VPA = 27,35%; IC95%: 16,62; 38,10). No grupo de adolescentes, nas subfaixas de idade, apresentou aumento mais expressivo no grupo dos 15 aos 19 anos (VPA = 31,22%; IC95%: 20,59; 42,48). Referente à raça/cor, igualmente houve tendência de aumento, com mais incidência para a parda (VPA = 35,83%; IC95%: 25,43; 46,55), indígena (VPA = 33,97%; IC95%: 16,50; 52,65) e amarela (VPA = 33,66%; IC95%: 16,55; 48,66). No que tange à escolaridade, constatou-se que, da mesma maneira, mostrou-se crescente em todos os níveis de escolaridade, com prevalência no ensino superior incompleto (VPA = 39,00%; IC95%: 17,02; 62,69) e no ensino médio incompleto (VPA = 36,77%; IC95%: 19,65; 54,76) (Tabela 3).

Tabela 3 – Tendência temporal da taxa de notificações de tentativas de suicídio em adolescentes de 10 a 19 anos, desagregadas por características sociodemográficas. Brasil, 2010-2022

Características	2010		2022		β	VPA	IC 95%		Valor de P	Tendência
	Notificações	Taxa	Notificações	Taxa			Mínimo	Máximo		
Sexo										
Masculino	489	2,79	9614	63,01	0,105	27,35	16,62	38,10	<0,001	Crescente
Feminino	1131	6,61	37769	258,02	0,125	33,35	22,62	44,72	<0,001	Crescente
Faixa etária										
10 a 14 anos	475	2,73	14931	102,43	0,122	32,43	22,48	42,67	<0,001	Crescente
15 a 19 anos	1145	6,65	32462	211,91	0,118	31,22	20,59	42,48	<0,001	Crescente
Raça/Cor										
Branca	710	2,05	20531	68,68	0,12	31,83	19,57	44,52	<0,001	Crescente
Preta	100	0,29	3029	10,13	0,118	31,22	21,03	41,40	<0,001	Crescente
Amarela	16	0,05	475	1,59	0,126	33,66	19,55	48,66	<0,001	Crescente
Parda	465	1,34	19766	66,12	0,133	35,83	25,43	46,55	<0,001	Crescente
Indígena	12	0,03	373	1,25	0,127	33,97	16,50	52,65	<0,001	Crescente
Escolaridade										
Analfabeto	6	0,02	52	0,17	0,081	20,50	11,09	30,47	<0,001	Crescente
Ensino Fundamental Incompleto (1 a 4 anos)	61	0,18	759	2,54	0,028	6,66	11,80	28,29	<0,001	Crescente
Ensino Fundamental Incompleto (4 anos completos)	51	0,15	815	2,73	0,095	24,45	18,12	30,90	<0,001	Crescente
Ensino Fundamental Incompleto (5 a 8 anos)	357	1,03	10022	33,52	0,117	30,92	19,00	43,56	<0,001	Crescente
Ensino Fundamental Completo	133	0,38	3510	11,74	0,12	31,83	20,88	43,11	<0,001	Crescente
Ensino Médio Incompleto	254	0,73	11718	39,20	0,136	36,77	19,65	54,76	<0,001	Crescente
Ensino Médio Completo	90	0,26	4744	15,87	0,134	36,14	23,20	49,87	<0,001	Crescente
Ensino Superior Incompleto	13	0,04	628	2,10	0,143	39,00	17,02	62,69	<0,001	Crescente
Ensino Superior Completo	3	0,01	82	0,27	0,134	36,14	23,20	49,87	<0,001	Crescente

Fonte: DataSUS, elaboração própria (2023).

A Tabela 4, referente ao local da ocorrência e meio de agressão, apresenta maior incremento para os registros em residência (VPA = 33,97%: IC95%: 22,62; 45,37), habitação coletiva (VPA = 33,97%: IC95%: 17,22; 51,20), e escola (VPA = 28,32%: IC95%: 7,5; 52,45), e taxa estacionária para bares (VPA = 6,91%: IC95%: -2,7; 17,07). Quanto aos meios de agressão, observou-se que houve prevalência de objeto perfurocortante (VPA = 49,28%: IC95%: 29,86; 69,72), seguido de envenenamento/intoxicação (VPA = 37,09%: IC95%: 24,54; 50,09), ao longo da série estudada.

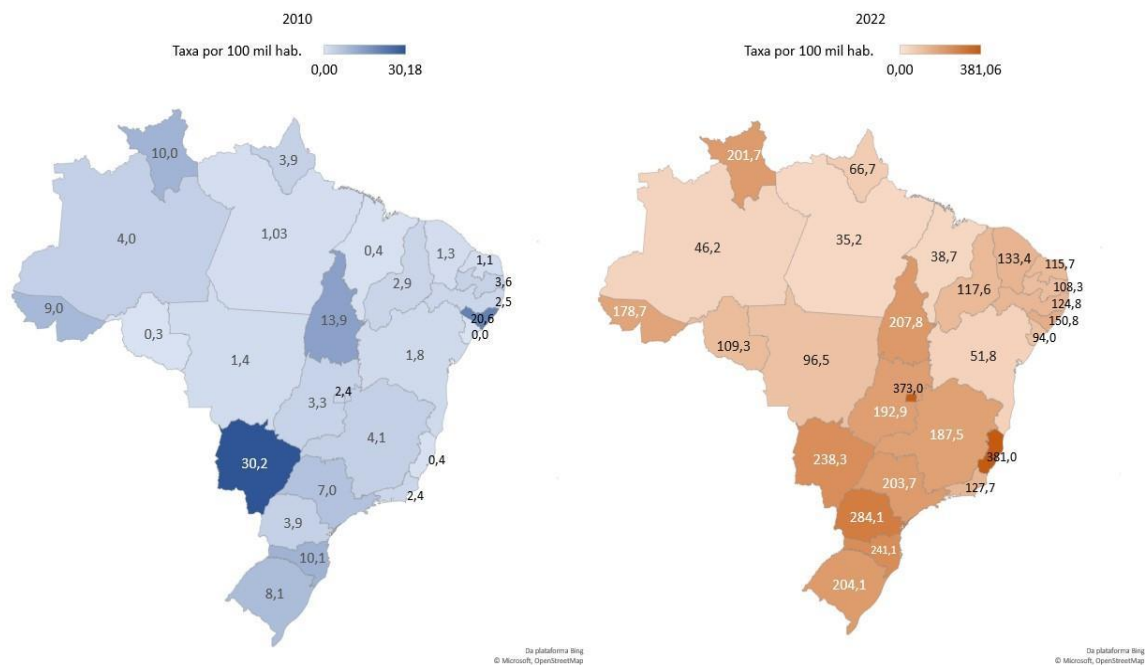
Tabela 4 – Tendência temporal da taxa de notificações de suicídio em adolescentes de 10 a 19 anos, desagregadas por local de ocorrência e meio de agressão. Brasil, 2010-2022

Características	2010		2022		β	VPA	IC 95%		Valor de P	Tendência
	Notificações	Taxa	Notificações	Taxa			Mínimo	Máximo		
Local de ocorrência										
Residência	1111	3,21	37991	127,08	0,127	33,97	22,62	45,37	<0,001	Crescente
Habitação coletiva	13	0,04	394	1,32	0,127	33,97	17,22	51,20	<0,001	Crescente
Escola	38	0,11	1855	6,21	0,110	28,82	7,25	52,45	0,001	Crescente
Local de prática esportiva	7	0,02	61	0,20	0,042	10,15	-1,00	21,80	0,009	Crescente
Bar	27	0,08	127	0,42	0,029	6,91	-2,74	17,07	0,056	Estacionária
Via pública	155	0,45	1252	4,19	0,066	16,41	5,97	27,18	<0,001	Crescente
Comércios/ Serviços	9	0,03	159	0,53	0,091	23,31	12,51	34,45	<0,001	Crescente
Indústria/ Construção	5	0,01	17	0,06	0,044	10,66	0,27	21,76	0,004	Crescente
Outros	81	0,23	905	3,03	0,090	23,03	15,47	30,75	<0,001	Crescente
Meio de agressão										
Força corporal	213	0,62	1300	4,35	0,041	9,90	-3,50	24,19	0,042	Crescente
Enforcamento	55	0,16	1745	5,84	0,127	33,97	17,80	50,87	<0,001	Crescente
Objeto contundente	34	0,10	1012	3,39	0,131	35,21	22,76	47,11	<0,001	Crescente
Objeto perfurocortante	127	0,37	13053	43,66	0,174	49,28	29,86	69,72	<0,001	Crescente
Substância/ objeto quente	21	0,06	307	1,03	0,083	21,06	12,86	29,15	<0,001	Crescente
Envenenamento/ Intoxicação	641	1,85	26588	88,94	0,137	37,09	24,54	50,09	<0,001	Crescente
Arma de fogo	32	0,09	124	0,41	0,040	9,65	-2,60	22,37	0,031	Crescente
Ameaça	59	0,17	480	1,61	0,038	9,14	-16,06	39,28	0,399	Estacionária

Fonte: Datasus, elaboração própria (2023).

A distribuição espacial e a evolução das taxas de notificações (por 100 mil habitantes), no período de 2010 a 2022, conforme Figura 3, demonstraram um aumento importante dos registros de tentativas de suicídio, com maior registro em 2010 de 30,18, no estado de Mato Grosso do Sul, passando para 381,06 em 2022, no Espírito Santo. No ano de início da série temporal analisada, 2010, os estados de Mato Grosso do Sul, Alagoas e Tocantins apresentavam as maiores taxas de notificação. Doze anos depois, os estados com maiores taxas de notificações são o Espírito Santo e o Distrito Federal (Figura 3).

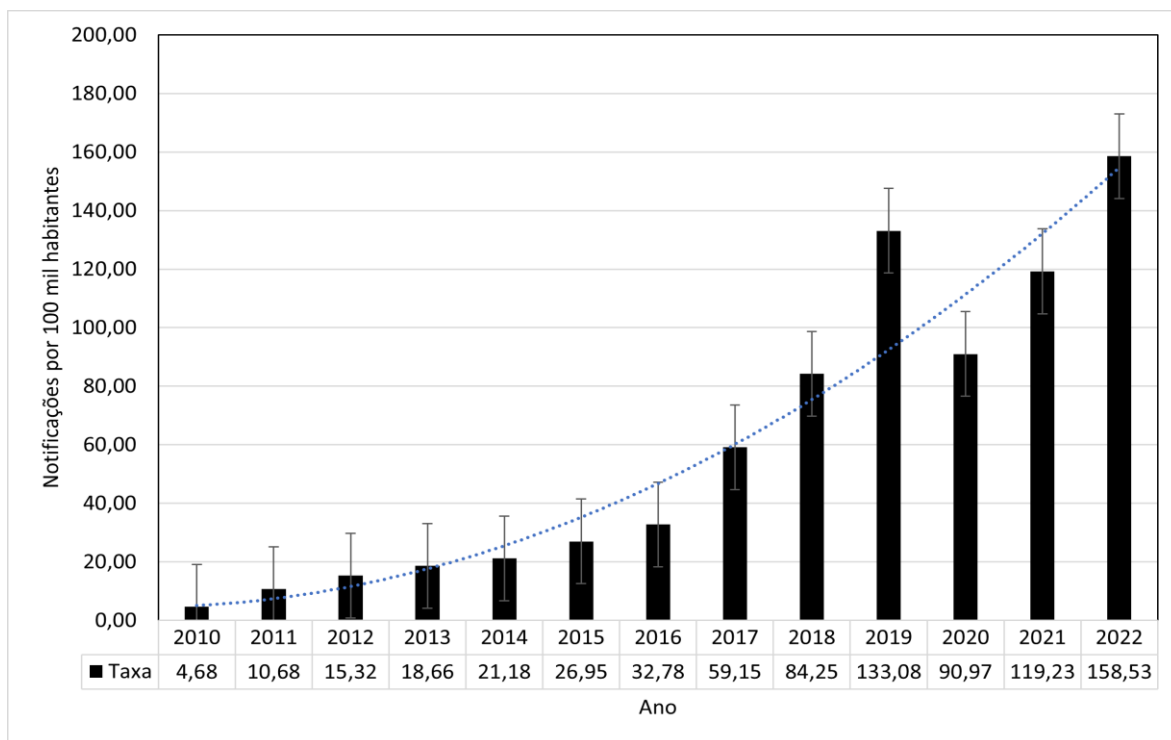
Figura 3 – Distribuição das taxas de notificações de tentativas de suicídio em adolescentes de 10 a 19 anos, no Brasil, 2010-2022



Fonte: Datasus, elaboração própria (2023).

Na Figura 4, observada a série temporal de 2010 a 2022, identifica-se forte ascensão na taxa de notificação de tentativas de suicídio, junto ao grupo investigado, com exceção de breve queda, em 2020, e retomada da curva ascendente, em 2021.

Figura 4 – Tendência temporal das taxas de notificações de tentativas de suicídio em adolescentes de 10 a 19 anos no Brasil, 2010-2022



Fonte: Datasus, elaboração própria (2023).

Por fim, a análise da série temporal da taxa de notificação de tentativas de suicídio de adolescentes de 10 a 19 anos, no período de 2010 a 2022 é ascendente, com aumento de 4,68, em 2010, para 158,53, no ano de 2022.

7 DISCUSSÃO

Os resultados demonstram um aumento gradativo no número e nas taxas das notificações de tentativas de suicídio em adolescentes ao longo da série temporal. Esse aumento gradual no decorrer do período analisado tem início com a incorporação da notificação de violência interpessoal e autoprovocada no Sinan, a partir do ano de 2009, fato que ressoa no fortalecimento do sistema VIVA, nos anos seguintes (Brasil, 2010a).

Esse incremento pode ser justificado a partir da publicação da Portaria GM/MS n.º 2.472/2010, ocasião em que esse agravo foi incluído na notificação de Unidades Sentinelas, sendo os profissionais da área de saúde obrigados a cumpri-lo (Brasil, 2010b). Além do mais, em 2016, o Ministério da Saúde publicou o instrutivo para notificar violência interpessoal/autoprovocada, contendo orientações para o correto preenchimento da Ficha de Notificação de Violências Interpessoais e Autoprovocada, no intuito de contribuir com os profissionais de saúde lotados nas Unidades/serviços notificadores (Brasil, 2016).

Na análise por faixa etária, este estudo identificou maiores taxas de tentativas de suicídio entre adolescentes de 15 a 19 anos, sexo feminino, o que também foi identificado em outro estudo, realizado entre 2013 e 2017 (Arruda, V., *et al.*, 2021). Observou-se, ainda, a ascendência da taxa de tentativas de suicídio no grupo de 10 a 14 anos. Para Meneghel *et al.* (2013), a submissão a normas sociais rígidas, a existência de violência física ou sexual, as relações abusivas, os maus-tratos, os conflitos familiares, somados às vulnerabilidades de gêneros, podem estimular tentativas de suicídio entre adolescentes do sexo feminino nos grupos mais precoces.

No quesito escolaridade, houve prevalência nas tentativas de suicídio de indivíduos com ensino médio incompleto e ensino superior incompleto. Esse fato externaliza o adoecimento mental devido à pressão para a inserção não apenas no ensino superior, mas no mundo do trabalho. Nessa fase, vivenciam-se momentos de tomada de decisões, de grandes incertezas, dúvidas quanto ao futuro, escolha de uma profissão, adaptação aos primeiros anos da Universidade, entrada no mercado de trabalho e outros conflitos inerentes a essa faixa etária (Oliveira *et al.*, 2020).

No entanto, estudo realizado entre os anos de 2011 e 2016 aponta posição contrária aos achados desta pesquisa, pois mostra a prevalência de adolescentes que

tentaram suicídio com apenas o ensino fundamental incompleto, incluindo a faixa etária de 10 a 19 anos (Oliveira *et al.*, 2020).

Entre 1999 e 2017, nos Estados Unidos, ocorreu aumento de 3,4 vezes na taxa de tentativas de suicídio entre meninas de 10 a 14 anos (Hedegaard; Curtin; Warner, 2018), dado que corrobora com os achados deste estudo. Sem embargo, mesmo com o predomínio das ocorrências de tentativas de suicídio no sexo feminino na faixa etária de 15 a 19 anos, houve aumento semelhante na taxa de tentativa de suicídio, na faixa etária de 10 a 14 anos, no decorrer desta pesquisa. Nesse contexto, a literatura aponta uma correlação referente a fatores de vulnerabilidade, tentativas de suicídio e suicídio entre as variáveis sexo feminino e faixa etária.

Além disso, considera-se que adolescentes são mais vulneráveis, por serem vistos como indivíduos em formação; logo, podem ter mais dificuldade para lidar com situações que envolvem estresses agudos, como perdas de entes queridos, distanciamento de ciclos de amizade em troca de escola, fim de relacionamentos, eventos vexatórios que ocasionam vergonha ou humilhação e, nesse sentido, teoricamente estão mais predispostos ao imediatismo e à impulsividade (Botega, 2015).

Outrossim, entende-se essa representatividade de notificações, nessa faixa etária, como resultante das barreiras encontradas por esses indivíduos durante o seu processo de inserção social, que envolvem as características pessoais de cada adolescente, os fatores de adversidade familiares, acontecimentos adversos vivenciados, contágio social, falta de suporte familiar e social, uso exagerado de redes sociais, família multiproblemática, múltiplas vulnerabilidades, histórico de violência sexual e *bullying* (Moraes *et al.*, 2020).

Conforme os meios utilizados nas tentativas de suicídio, neste estudo os dados revelam que o mais usado foi o objeto perfurocortante, seguido de envenenamento. Resultado distinto do apresentado nacionalmente, que traz o objeto perfurocortante com principal meio utilizado nas tentativas de suicídio entre adolescentes (Bahia *et al.*; Oliveira *et al.*, 2020; Pinheiro *et al.*, 2021; Souza *et al.*, 2023).

Referente ao local da ocorrência, a maior incidência de tentativas de suicídio foi na residência. Estudo realizado em 2020 aponta que 92,72% das ocorrências de tentativas de suicídio aconteceram no domicílio, mostrando que os achados deste estudo corroboram com os dados da literatura nacional (Oliveira *et al.*, 2020). Para

Magalhães *et al.* (2014), a residência pode ser o local de mais incidência de tentativas de suicídio, por disponibilizar meios que possibilitem acesso da vítima a medicamentos, produtos tóxicos e objetos perfurocortantes.

Quanto à tendência e variação das taxas de notificação entre as regiões do Brasil, as maiores taxas foram identificadas nas regiões Sul, Centro-Oeste e Sudeste, e nas unidades federativas do Espírito Santo, Rondônia, Distrito Federal, Paraná, Sergipe e Maranhão. Estudo realizado no período de 2007 a 2016 traz resultados semelhantes no que concerne às regiões e distinto quanto aos estados, com maiores números e taxas na região Sul, seguida das regiões Sudeste, Centro-Oeste e estados de Mato Grosso do Sul, Alagoas, Tocantins, Minas Gerais e Santa Catarina (Bahia *et al.*, 2017).

Silva e Marcolan (2021), em estudo realizado entre 2011 e 2018, trazem resultados distintos dos apresentados anteriormente, destacando a primazia da região Sudeste, seguida das regiões Sul, Nordeste, Centro-Oeste e das unidades federativas de São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Espírito Santo.

A redução no número de notificações no ano de 2020, “o pico da pandemia da Covid-19”, evidenciada neste estudo, está em consonância com estudos encontrados na literatura, ressaltando-se que, não obstante, períodos de crises e desastres têm predisposição a apresentar taxas crescentes de violência contra grupos vulneráveis. Os resultados foram semelhantes, fato que caracteriza a subnotificação dos casos de violência ocorridos no período do distanciamento social (Levandowski *et al.*, 2021).

A pandemia de Covid-19 foi declarada emergência global em 30 de janeiro de 2020, pela OMS, visto que, à época, já existia um número significativo de países atingidos pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), causador da doença (OMS, 2020). Em 11 de março, foi reconhecida como pandemia por essa mesma organização e, a partir dessa data, muitos países adotaram medidas protetivas contra a disseminação desse vírus. No Brasil, até meados de março daquele ano, a maioria dos estados já havia adotado alguma medida protetiva (Levandowski *et al.*, 2021).

A pandemia se instalou em contexto de indicadores preocupantes na saúde mental. O distanciamento social necessário ao enfrentamento da pandemia agregou fatores de agravo ao sofrimento já existente, como: a impossibilidade de estar na escola, a agudização da violência intrafamiliar e nos territórios periferizados, a imersão nos conflitos familiares e no sofrimento psíquico dos adultos ao redor, a redução das possibilidades de lazer, a perda de entes queridos, a dificuldade

em realizar o luto diante da impossibilidade de fazer os rituais de despedida, o medo de morrer e de perder figuras de referência. Como afirma o psicanalista Joel Birman, a pandemia provocou: “a ruptura e a descontinuidade radical das práticas de sociabilidade e dos laços intersubjetivos”. (Birman, 2020, p. 9).

Nesse contexto, a pandemia de Covid-19 sobrecarregou todos os sistemas de saúde do Brasil e do mundo, em todas as áreas da assistência, sobretudo na área hospitalar, e levou os profissionais ao limite do estresse. Todos foram impactados pelo aumento da demanda por atendimento, causando desgaste físico, mental e social das equipes (Sales *et al.*, 2022).

O período de isolamento e distanciamento social imposto pelo contexto pandêmico foi necessário, porém, trouxe, com ele, a consequente restrição de acesso ao convívio dos adolescentes com seus pares, restringiu o acesso às aulas e à circulação social, fatos configurados como fatores de risco no que se refere à exposição a violências e que dificultaram a detecção de tais ocorrências, culminando em subnotificações dos casos de violências, dentre elas as autoprovocadas. Por outro lado, a delonga em casa restringiu o convívio com pessoas com as quais esses adolescentes tinham relação de confiança, impossibilitando-os de buscar ajuda (Santos *et al.*, 2022).

No transcorrer do ano de 2020, foi observada uma redução no número de notificações, identificando um contexto de subnotificação, uma vez que, longe de representar abrandamento dos casos de violência, tende a reduzir a identificação e a notificação dos casos de violência já existentes (Levandowski *et al.*, 2021).

Em vista disso, infere-se que os adolescentes deixaram de procurar os serviços de saúde no período de isolamento e distanciamento social, por receio de contaminar-se e, posteriormente, adveio o fechamento das escolas, a redução de horários de atendimento dos Conselhos Tutelares e do Juizado da Infância e Juventude, enfim, os serviços voltados para a atenção e o cuidado de crianças e adolescentes tiveram acesso reduzido (Oliveira *et al.*, 2020).

Estudos apontam uma correlação entre o pós-pandemia de Covid-19 e o aumento nos quadros de ansiedade e depressão em adolescentes. A OMS aponta ter havido um aumento de 25% no diagnóstico de depressão e ansiedade em adolescentes e mostra ainda que, de acordo com as últimas estimativas disponíveis em âmbito global, mais de um em cada sete adolescentes de ambos os sexos, na

faixa etária dos 10 aos 19 anos, sofre de algum transtorno mental (OMS, 2022), consequência do forte impacto do isolamento e distanciamento social, período no qual o grupo de adolescentes foi afastado da escola e ficou imerso nos conflitos familiares.

No quesito raça/cor, a partir de 2017, com a publicação da Portaria n.º 344, do Ministério da Saúde, que tornou obrigatório o preenchimento desse campo, considerando a condição autodeclarada pelo indivíduo referente a essa variável, reduziram-se os casos deixados em branco ou ignorados. Este estudo evidenciou as maiores taxas de indígenas e amarelo, mas em números absolutos permanece a tendência nacional de brancos, seguida da cor parda, fato explicado pelas disparidades culturais, levando em conta as diferenças regionais relativas à caracterização da população brasileira (Silva; Marcolan, 2021).

Embora os dados disponibilizados pelo Datasus/Sinan evidenciem números significativos de notificação de casos de tentativas de suicídio entre adolescentes, no período analisado, o panorama aqui apresentado infelizmente não reflete a realidade posta, visto que uma parcela significativa de adolescentes que praticam tentativas de suicídio não busca atendimento nas Unidades de Saúde. Somando-se a isso temos, ademais, a dificuldade de identificar os casos por parte dos serviços, erros na classificação e na subnotificação desse agravo por questões socioculturais e econômicas (Santos *et al.*, 2014).

Nessa perspectiva, estudos encontrados na literatura brasileira apontam como principais causas da subnotificação a falta de informação e formação disponibilizadas para os profissionais de saúde a partir de suas formações curriculares, bem como a ausência de formação continuada incluída no cronograma periódico de capacitação por parte dos gestores da política de saúde (Minayo *et al.*, 2018; Minayo; Assis; Souza, 2017). Outro estudo aponta que a subnotificação está ligada à ausência de informações técnicas e científicas referentes à notificação de violências. Ademais, há inúmeros entraves, no que se refere à notificação na rede de saúde, como ausência de dispositivos que instituem os procedimentos técnicos referentes à notificação de violências no País, falta de meios legais de amparo e proteção destinados aos profissionais que notificam, lacuna na identificação dos casos de violência nos serviços de saúde e violação do sigilo profissional (Garbin *et al.*, 2015).

O embargo do Datasus, no que tange aos dados referentes às variáveis constantes na ficha de notificação, alusiva à orientação sexual e identidade de gênero,

foi um fator dificultador para o acesso a informações referentes ao índice de tentativas de suicídio existentes nesse segmento da população. Esse fato demonstra a invisibilidade da população LGBTQIAPN+ no sistema de saúde, uma esfera que ainda porta, no seu âmago, uma visão carregada de estereótipos, a qual contribui para com a concepção de um sistema excludente, o qual marginaliza os mais vulneráveis, evidenciando que as incipientes políticas públicas e a frágil legislação direcionadas a essa população são insuficientes para garantir-lhes o acesso aos serviços de saúde dentro dos princípios que regem o SUS. Outros estudos da literatura nacional corroboram com esses achados (Baére; Zanello, 2018; Carvalho; Barreto, 2021).

A restrição imposta pelo Datasus/Sinan, referente à liberação dos dados da ficha de notificação, do item 65, concernentes aos encaminhamentos realizados, inviabilizou a análise dos dados que poderiam caracterizar a rede de atendimento a pessoas em situação de violências e expôs uma limitação deste estudo. Nessa perspectiva, ressaltamos, aqui, a importância da Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências, que trata do atendimento, do seguimento e monitoramento às vítimas de violências (Brasil, 2010).

Ressalta-se, ainda, a relevância das **redes de atendimento e cuidado às pessoas em situação de violências**, efetivadas nacionalmente e premiadas e/ou consideradas experiências exitosas, a saber: **Rede Iluminar de Campinas, São Paulo**, criada em abril de 2001, a qual trouxe, na sua gênese, abordagem intersetorial, com participação da sociedade civil, bem como o compartilhar de responsabilidades na criação de políticas públicas, envolvendo as duas esferas de governo – municipal e estadual –, concomitante à mobilização de órgãos governamentais do município de Campinas e do estado de São Paulo, envolvendo as áreas da saúde, educação, segurança pública e organizações da sociedade civil comprometidas com o enfrentamento das violências no referido município (Pedrosa *et al.*, 2016).

O Programa Iluminar foi reconhecido e premiado pela Fundação Getúlio Vargas (FGV) como uma experiência exitosa e integrou, no âmbito federal, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, o Plano Nacional de Enfrentamento à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes e o Plano Nacional de Assistência e Combate à Violência Contra a Mulher. Foi inserido pela área técnica da Mulher nas atividades de capacitação, como experiência pautada nos

pressupostos éticos e políticos, inspirando os diversos estados e municípios a estruturarem suas redes de atendimento (Pedrosa *et al.*, 2016).

Como experiência exitosa, citamos ainda a **Rede de Atenção e Proteção às Pessoas em Situação de Violências de Goiânia**, instituída em 20 de junho de 2000, que nasce da articulação dos atores sociais, governamentais e não governamentais, envolvidos na elaboração de estratégias de enfrentamento do fenômeno da violência, na perspectiva da intersetorialidade, interdisciplinaridade e integralidade. Goiânia fez parte do Projeto Piloto que testou a ficha de notificação, em 2005 (Brasil, 2009).

Foi validada pela Portaria n.º 397/2021/GS, que dispõe sobre a compulsoriedade das notificações de suspeita ou confirmação de violências interpessoais e autoprovocadas, incluindo a notificação imediata de violência sexual e tentativas de suicídio em todos os serviços de saúde sediados na área de abrangência do município, define fluxos de encaminhamentos e institui fatores de risco para monitoramento na Rede de Atenção e Proteção às Pessoas em Situação de Violências, e pela Portaria n.º 580/2021, que institui Linha de Cuidado Integral às Vítimas de Tentativas de Suicídio (LIVITS), de 22 de outubro de 2021 (Goiânia, 2021).

A Rede de Goiânia mostra sustentabilidade no decorrer do seu processo histórico, visto que, apesar de conjunturas políticas adversas, permanece ativa há 24 anos, tanto no que tange ao desempenho de suas funções e articulações, dentro da área de abrangência, como na efetivação de encaminhamentos, acompanhamento e monitoramento de casos atendidos.

Por fim, é relevante ponderar que apreender a realidade das tentativas de suicídio de adolescentes no Brasil, no período estudado, pode contribuir com a vigilância epidemiológica, bem como com a criação, implantação e implementação de políticas públicas direcionadas ao atendimento dessa demanda, visando fortalecer a atenção às pessoas vulneráveis, com cuidado integral e equânime no âmbito do SUS. Relevante, ainda, o trabalho em rede, nos níveis da atenção, cuidado, seguimento e monitoramento, dentro do que preconiza a linha de cuidado.

8 CONCLUSÃO

A publicação de portarias, Linhas de Cuidado e do instrutivo para a notificação de violência interpessoal/autoprovocada fortaleceu o processo da notificação de violência e permitiu inferir que o aumento no número das notificações decorre também da consolidação do sistema de vigilância às violências, que contribuiu para a capacitação dos profissionais de saúde (Aragão *et al.*, 2022).

Esse fator a princípio pode significar aumento real nos índices da violência autoprovocada, mas deve ser analisado e visto também como resultante do processo de capacitação/formação contínua ofertada para os profissionais de saúde, os quais podem estar mais sensíveis e atentos aos sinais apresentados pelas vítimas. Nessa perspectiva, esse incremento aponta melhoria na percepção/identificação dos casos de violência autoprovocada, tanto no atendimento como no sistema de vigilância, mesmo cientes das lacunas existentes e da necessidade de melhorias no que tange à qualidade dos dados disponibilizados pelo Datasus. Entende-se, portanto, que o alcance da utilização dos dados como instrumento na elaboração e implementação de políticas públicas implica o fortalecimento do sistema de saúde (Aragão *et al.*, 2022).

Santos *et al.* (2014) observam que a análise referente à completude e à subnotificação são imprescindíveis para se obter um perfil epidemiológico mais preciso, que sirva de aporte nas decisões que envolvem a política de saúde em suas ações de prevenção e cuidados disponibilizados à população.

A qualidade dos dados encontrados revelou inconsistências, tais como a existência de um número expressivo de registros ignorados/em branco. Diante disso, deduz-se que as capacitações realizadas ainda são insuficientes, ou não atingiram todos os profissionais que trabalham no atendimento direto a vítimas de violências. Isso pode refletir na subnotificação dos casos de violência, que passaram por atendimento e não foram notificados, e dos que não acessam às Unidades de Saúde em busca de atendimento, por inúmeros motivos, considerando os estigmas que cercam o tema, as dificuldades do indivíduo em procurar ajuda, a aceitação do paciente, da família e do próprio profissional de saúde, expressa na maneira como acolhe a vítima.

Sabe-se, então, que todos esses fatores podem dificultar o processo de preenchimento da ficha de notificação, ação de suma importância para a vigilância epidemiológica, bem como para dar início à linha de cuidado e atenção à pessoa vitimada.

A veracidade dos dados nos possibilita conhecer a magnitude da violência, sua distribuição, e elucida o perfil dos adolescentes que recebem atendimento nas unidades de saúde (Carvalho, 2017).

Nesse sentido, é preciso realizar treinamentos contínuos das equipes de saúde que atuam no atendimento direto às vítimas de violências interpessoais e autoprovocadas, objetivando aperfeiçoar o sistema de notificação, considerando o correto preenchimento da ficha de notificação (Moraes *et al.*, 2022). Ressalta-se aqui, contudo, o aumento desmedido da terceirização que vem ocorrendo nos serviços de saúde pública do Brasil, fato que resulta na redução do número de profissionais, na falta de qualificação e alta rotatividade, criando um seguimento de trabalhadores imersos em relações trabalhistas precarizadas, sem vínculo empregatício, sem garantia de direitos e com condições de trabalho adversas (Druck, 2016). Ademais, os avanços obtidos em capacitação de equipes técnicas e profissionais de saúde, sensibilização e mobilização da sociedade, legislações específicas e a implementação de políticas públicas não suprimiram a demanda em curso.

Ainda no que concerne aos limites desta pesquisa, apontamos a restrição do Datasus quanto à liberação dos dados referentes a determinados campos/variáveis da ficha de notificação, no caso inerente ao do campo 65 (encaminhamentos realizados), fato que impossibilitou a análise da Rede de Atenção a Pessoas em Situação de Violências, da mesma forma que os campos 36 e 37, relativos à orientação sexual e identidade de gênero, que contribuíram para com a invisibilidade da população LGBTQIAPN+. Fazemos referência, também, à qualidade dos dados, incompletudes e subnotificação evidenciados no decorrer desta pesquisa.

No que tange aos adolescentes, na perspectiva da garantia de direitos, observa-se que eles ainda são negligenciados nos seus direitos fundamentais, pois as políticas públicas voltadas para adolescentes e jovens, ao longo do processo histórico, vêm deixando lacunas tanto na sua efetivação como na perspectiva do cumprimento da legislação vigente.

Os órgãos de defesa de direitos de crianças e adolescentes, apesar da solidez conferida a eles pelo próprio arcabouço jurídico, têm evidenciado seus limites, a exemplo do CMDCA e dos Conselhos Tutelares, instituídos com o objetivo de integrar a participação da população nas políticas sociais de proteção a crianças e adolescentes, agregando participação e proteção integral, com o desenvolvimento de políticas sociais, garantindo aos adolescentes proteção integral em todos os níveis de governo, com destaque para o municipal, nesse sentido, as ações por eles efetivadas, ainda não contemplam a maioria das demandas apresentadas (Alves; Siqueira, 2014).

As vítimas de tentativas de suicídio, ou pelo menos a maioria delas, recebem atendimento em alguma unidade de saúde, geralmente em unidades de urgência e emergência. Antes, porém, de cometerem a tentativa de suicídio, é na Atenção Básica que esses pacientes com manifestações de autoagressão e pensamentos suicidas são atendidos (Souza *et al.*, 2023).

Nessa perspectiva, como preconizam as diretrizes nacionais de saúde, a Atenção Primária à Saúde (APS), como porta de entrada do SUS e integrante da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), na área da saúde mental, tem como principal competência o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção e cuidado aos portadores de transtornos mentais e aos usuários de substâncias psicoativas, em uma ação conjunta com os demais locais de atenção da rede, sobretudo os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) (Nakata *et al.*, 2020).

Apesar disso, a inclusão factual da assistência à saúde mental na APS no País é pouco presenciada e a articulação entre os Caps e a atenção básica ainda é inepta. Além do mais, ao longo desse processo evidenciam-se as dificuldades dos profissionais de saúde em lidar diretamente com o paciente suicida, visto que, embora muitos tenham conhecimento da importância das ações de saúde mental, priorizam queixas clínico-patológicas. Com isso, desconsideram as queixas de ordem psiquiátrica/saúde mental, ainda que percebam nexos com o suicídio; isso ocorre, na maioria das vezes, por não terem sido capacitados para o atendimento ou por receio em lidar com esse encargo.

Em um País de dimensão continental, alta concentração de renda, com consequente desigualdade social e uma expressiva diversidade cultural, pensar a prevenção do suicídio requer mais conhecimento acerca de distribuição de recursos públicos e da implantação e implementação de serviços, bem como da necessidade

de que os órgãos competentes lancem mão de estratégias de prevenção do suicídio que levem em conta os diferentes aspectos apresentados e a conjuntura política e social de desmonte das políticas públicas vivenciadas em tempos recentes, assim como o advento da ascensão de costumes conservadores e rígidos, associados a credos religiosos e discriminatórios que trazem, na sua gênese, a banalização das violências.

Para tal, a prevenção do suicídio requer ações que ocorram dentro da perspectiva da transversalidade das políticas públicas, contando com o envolvimento das diversas políticas, tais como: educação, saúde, assistência social, sistema de justiça e segurança, mídia, instituições religiosas, organizações não governamentais e sociedade civil. Nesse processo, a promoção de ações conjuntas pode construir uma rede de cuidados, onde seus membros partícipes contribuam no que lhes compete, objetivando promover um esforço coletivo que aspire resultados hábeis no enfrentamento do suicídio (Dantas, 2019).

Nesse contexto, trabalhar a prevenção do suicídio requer, ainda, a articulação intersetorial, em que as políticas públicas de áreas prioritárias (saúde, educação, assistência social e sistema de justiça/segurança pública) funcionem de forma ordenada em prol de um objetivo comum, visando as mudanças estruturais requeridas em caráter de urgência, tendo como princípio a valorização da vida humana na sua totalidade. Com isso, intenta-se que a sociedade brasileira possa usufruir de melhores condições de vida, com mais justiça social e protagonismo de adolescentes e jovens (Dantas, 2019).

Conforme os achados neste estudo, identificou-se tendência crescente das notificações de tentativas de suicídio no período analisado, com as maiores taxas de notificação relacionadas ao sexo feminino, na faixa etária de 15 a 19 anos e na população branca (68,68) seguida da parda (66,12), com predomínio do registro do local de ocorrência na própria residência da vítima; tendo como o meio de agressão mais utilizado o objeto perfurocortante. Ao examinar a evolução dos registros de notificação, notou-se que, em 2010, o estado do Mato Grosso do Sul apresentava maior taxa e, em 2022, Espírito Santo e Distrito Federal assumem destaque quanto aos registros e às taxas das referidas notificações.

Os resultados deste estudo indicam que os adolescentes obtiveram incremento relevante nas notificações de tentativas de suicídio, no período analisado, fato que

demonstra a necessidade de realizar ações, buscando prevenir esse problema de saúde pública de ordem complexa e multifacetada, que demanda atenção individual e prolongada. As políticas instituídas nacionalmente propõem prevenir comportamentos autolesivos e devem ser implementadas nas unidades federativas, a depender da desenvoltura de cada região, incluindo agendas e propensões políticas regionais. Nesse sentido, as instituições que integram a Rede de atenção, as políticas públicas existentes e a legislação em vigor, embora com muitos avanços, ainda se mostram insuficientes para suprir tal demanda.

Para concluir, pontua-se um avanço nos registros e na sistematização dos casos de tentativas de suicídio e reitera-se, aqui, a importância da notificação dos casos de violência interpessoal e autoprovocada, tendo-a como instrumento de cuidado e garantia de direitos. Ressalta-se, portanto, que a notificação é a porta de entrada da pessoa em situação de violência no seguimento da linha de cuidado, na perspectiva da atenção integral.

Por fim, conclui-se que o perfil das tentativas de suicídio em adolescentes foi caracterizado por indivíduos do sexo feminino, faixa etária de 15 a 19 anos de idade, raça/cor parda seguida de amarela, escolaridade ensino médio e ensino superior incompletos e o local de ocorrência predominante foi a residência. Os meios de agressão utilizados foram fundamentalmente o objeto perfurocortante, seguido do envenenamento.

O aumento das notificações de tentativas de suicídio ao longo da série estudada pode estar relacionado ao início do processo de criação e estruturação das Redes de Atenção a Pessoas em situação de violência. A criação de portarias pelo Ministério da Saúde tornou compulsória a notificação e as capacitações realizadas com os profissionais de saúde inseridos no atendimento a pacientes em situação de violência autoprovocada.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados desta pesquisa revelam crescimento no número de notificações de tentativas de suicídio em adolescentes, no período estudado, e mostram o perfil das vítimas desse agravo. Nesse sentido, conhecer o perfil dos adolescentes por região nos possibilita instigar a elaboração e implementação de ações e estratégias que garantam atendimento, acompanhamento e monitoramento dos adolescentes que praticam tentativas de suicídio em cada território, considerando suas particularidades, no que tange às características regionais, diversidade cultural e aspectos socioambientais, sociais e econômicos inerentes a cada uma delas.

Assim, é fundamental propor a implantação de ações e estratégias de prevenção do suicídio e que essas sejam priorizadas, levando-se em consideração que a tentativa de suicídio não afeta apenas o indivíduo vitimado, estendendo-se aos familiares, a comunidades e à sociedade.

Atentando para o fato de que a intervenção precoce, com acesso a serviços capacitados e atendimento adequado, são pontos-chave na prevenção do suicídio, observou-se que o reconhecimento tardio ou a não detecção de transtornos mentais em crianças e adolescentes perfazem as principais lacunas do sistema de atendimento. Para além disso, percebeu-se, ainda, a carência de profissionais habilitados para o atendimento em saúde mental desse segmento da sociedade, fato que inviabiliza a criação/abertura de novos serviços especializados com equipes multiprofissional, como os Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenis (CAPSi), ambulatórios especializados e serviços de urgência e emergência capacitados em psiquiatria, com atendimento humanizado e adequado para o público infantojuvenil.

Ressalta-se, nesse contexto, a máxima importância do trabalho em parceria com os diferentes setores da sociedade, nos âmbitos federal, estadual e municipal, no intuito de atender as demandas sociais e econômicas para enfrentar o fenômeno do suicídio em sua complexidade e multicausalidade. Para isso, deve-se considerar o fortalecimento da Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio e sua plena implementação em todas as unidades federativas, atentando para suas ações intersetoriais e interfederativas de combate ao suicídio.

Desse modo, visto que os dados contribuem com a criação, a implantação e a implementação de políticas públicas para promover intervenções efetivas, faz-se

necessária a implementação sistemática de ações conjuntas, envolvendo a saúde, a educação, a assistência social e demais instâncias, visando a transversalidade das políticas públicas. Além disso, é sabido que os custos econômicos da pósvenção do suicídio são bem mais onerosos se confrontados com os custos da prevenção (Müller *et al.*, 2017).

10 RECOMENDAÇÕES

Esses achados também nos remetem à demanda de fortalecimento e expansão da RAPS em todas as regiões do Brasil, visando promover o acesso igualitário ao atendimento de saúde mental, bem como a criação e execução de ações de promoção da saúde e de enfrentamento dos estigmas alusivos aos transtornos mentais e ao suicídio e a consolidação das ações de prevenção desse agravo.

Vale ressaltar, aqui, que o atendimento em saúde mental se dá nos três níveis da atenção (primário, secundário e terciário), sendo multidimensional e transversal. Nesse sentido, requer uma rede de atenção articulada e qualificada na sua complexidade, visando atender os indivíduos com demanda de saúde mental de forma integral no seu território. Assim sendo, recomenda-se mais investimento na qualificação da Rede de Atenção à Saúde, bem como na ampliação de serviços ambulatoriais (Equipes Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental e para atendimento de crises).

O preenchimento dos dados da ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada, considerando a qualidade dos registros das informações, é imprescindível, tanto para as análises epidemiológicas como para o planejamento dos serviços de saúde, a elaboração de linha de cuidado, o processo de tomada de decisões e a formulação de políticas públicas. Faz-se necessário, no entanto, ponderar que os valores culturais e sociais podem impactar o processo diretamente e minimizar o problema (Hillesheim; Hallal; Cicogna, 2019).

Ademais, é preciso implantar ações e estratégias de prevenção do suicídio, dada a importância da intervenção precoce, com acesso a serviços capacitados e atendimento adequado, para redução das tentativas de suicídio e fortalecimento do trabalho em Rede, com a implementação de políticas públicas, objetivando promover intervenções efetivas.

Referente aos campos 35 (situação conjugal/estado civil), 36 (orientação sexual) e 37 (identidade de gênero) da ficha de notificação, relativa à população LGBTQIAPN+, há dados inacessíveis, fato que inviabilizou tanto a análise proposta como contribuiu para com o processo de invisibilidade dessa população. No que tange aos encaminhamentos, o campo 65 tampouco foi disponibilizado pelo Datasus até a exportação dos dados analisados, fato que ocasionou déficit na análise da Rede de

Atenção e no acompanhamento, no monitoramento e na linha cuidado. Recomenda-se, portanto, que o Datasus disponibilize os dados completos para pesquisas.

REFERÊNCIAS

ABREU, Samia; BARLETTA, Janaína Bianca; MURTA, Sheila Giardini. Prevenção e promoção em saúde mental: pressupostos teóricos e marcos conceituais. *In: MURTA, Sheila Giardini et al. (orgs.). **Prevenção e promoção em saúde mental**. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2015. p. 54-74.*

CARVALHO, Maria de Fátima Alves Aguiar. Uncoordinated psychosocial network compromising the integrality of care. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [s.l.], v. 51, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016040703295>.

ALMEIDA, Patrique Jardel Rocha; CALDEIRA, François Isnaldo Dias; GOMES, Claudia. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: a formação de profissionais da saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Educação Física, Saúde e Desempenho**, [s.l.], v. 3, n.º 2, p. 1-9, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.33872/rebesde.v3n2.e017>.

ALVES, Cássia Ferrazza; SIQUEIRA, Aline Cardoso. Perspectiva de adolescentes sobre seus direitos e deveres. **Psicologia & Sociedade**, [s.l.], v. 26, n.º 3, p. 583-593, 10 dez. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-71822014000300007>.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/psoc/a/TsKKCyZ3dWjbtXcmGKGqBCs/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 31 jan. 2024.

ARAGÃO, Conceição de Maria Castro de *et al.* Tendência temporal das notificações de lesão autoprovocada em adolescentes no ambiente escolar, Brasil, 2011-2018.

Epidemiologia e Serviços de Saúde, [s.l.], v. 31, n.º 1, p. 1-12, 31 jan. 2022.

<http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742022000100028>

ARIÈS, Philippe. **História social da criança e da família**. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981.

ARRUDA, Laís Eduarda Silva de *et al.* Lesões autoprovocadas entre adolescentes em um estado do nordeste do Brasil no período de 2013 a 2017. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 4, n.º 1, p. 105-118, 28 fev. 2021. Disponível em:

<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/22626/18123>.

Acesso em: 4 jan. 2024.

ARRUDA, Vilmeitze Larissa de *et al.* Suicídio em adultos jovens brasileiros: Série Temporal de 1997 a 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], p. 2699-2708, 2021.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/LRQchgVywFjhtmQHzy9XcZj/?lang=pt&format=pdf>.

Acesso em: 8 nov. 2023.

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

<https://www.scielo.br/j/csc/a/63k5xJZTD5DZ4JKvLcgXbbD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 8 abr. 2021.

BAHIA, Camila Alves *et al.* Notificações e internações por lesão autoprovocada em adolescentes no Brasil, 2007-2016. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Distrito Federal, v. 29, n.º 2, p. 1-12, 29 fev. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742020000200006>. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v29n2/2237-9622-ess-29-02-e2019060.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2024.

BAÉRE, Felipe de; ZANELLO, Valeska. O gênero no comportamento suicida: uma leitura epidemiológica dos dados do distrito federal. **Estudos de Psicologia**, [s.l.], v. 23, n.º 2, p. 168-178, 1º jun. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20180017>

BAÉRE, Felipe de; ZANELLO, Valeska. Suicídio e masculinidades: uma análise por meio do gênero e das sexualidades. **Psicologia em Estudo**, Brasília DF, v. 25, n.º 5, p. 1-15, 7 maio 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.4025/psicoestud.v25i0.44147>

BATISTA, Nathalia Oliveira; ARAÚJO, Jamille Rodrigues do C. de; FIGUEIREDO, Paulo Humberto Mendes. Incidência e perfil epidemiológico de suicídios em crianças e adolescentes ocorridos no Estado do Pará, Brasil, no período de 2010 a 2013. **Revista Amazônica e Saúde**, [s.l.], v. 7, n.º 4, p. 6, 2019. DOI: <https://doi.org/10.5123/S2176-62232016000400008>

BIRMAN, Joel. **O trauma na pandemia do coronavírus**: suas dimensões políticas, sociais, econômicas, ecológicas, culturais, éticas e científicas. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2020.

BOTTI, Nadja Cristiane Lappann *et al.* Ideação suicida e tentativa de suicídio entre pessoas em tratamento psiquiátrico. **Psicologia em Revista**, [s.l.], v. 25, n.º 3, p. 1135-1151, 29 set. 2020. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v25n3/v25n3a12.pdf>. Acesso em: 4 ago. 2023.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Presidência da República, [1988]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.html. Acesso em: 2 abr. 2024.

BRASIL. **Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990**. Brasília: Presidência da República, [1990]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.html. Acesso em: 2 abr. 2024.

BRASIL. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep). **Relatório do 3º ciclo de monitoramento das metas do Plano Nacional de Educação – 2020**: sumário executivo. Brasília: Inep, 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências**: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violências.pdf. Acesso em: 20 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Panorama dos suicídios e lesões autoprovocadas no Brasil de 2010 a 2021. **Boletim Epidemiológico 2024**, [s.l.], v. 55, n.º 4, 6 fev. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2024/boletim-epidemiologico-volume-55-no-04.pdf/view>. Acesso em: 29 mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 104, de 25 de janeiro de 2011**. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Brasília: Presidência da República, [2011c]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html. Acesso em: 7 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 737, de 16 de maio de 2001**. Brasília: Presidência da República, 2001. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0737_16_05_2001.html. Acesso em: 7 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.472, de 31 de agosto de 2010**. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelecer fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Brasília: Presidência da República, [2010b]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2472_31_08_2010.html. Acesso em: 7 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, [2011a]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 7 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Portaria n.º 1.271, de 6 de junho de 2014**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html. Acesso em: 20 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Portaria n.º 1.876/2006**. Diretrizes Nacionais para a Prevenção de Suicídio. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html. Acesso em: 10 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.º 466/2012**. Diretrizes para pesquisas científicas envolvendo humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. **Sistema de Informação sobre Mortalidade**. Brasília: Ministério da Saúde, [2021b]. Disponível em: <https://opendatasus.saude.gov.br/dataset/sim-2020-2021>. Acesso em: 5 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva: instrutiva notificação de violência interpessoal e autoprovocada**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. 92 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil, 2021. **Boletim Epidemiológico**, [s.l.], v. 52, n.º 33, 2021a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. **Boletim Epidemiológico**, [s.l.], v. 48, n.º 30, set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sistema de Informação de agravos de notificação** – Dicionário de Dados – Sinan Net – Versão 5.0. Disponível em: https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Notificacao_Individual/DIC_DADOS_NET---Notificacao-Individual_rev.pdf. Acesso em: 15 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Suicídio em adolescentes no Brasil, 2016 a 2021. **Boletim Epidemiológico**, [s.l.], v. 53, n.º 37, set. 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, [2011b]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/d7508.html. Acesso em: 7 nov. 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília:

Presidência da República, [1990a]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/L8069.html. Acesso em: 8 abr. 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, [1990b]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.html. Acesso em: 7 nov. 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, [1990c]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.html. Acesso em: 7 nov. 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n.º 13.819, de 26 de abril de 2019**. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Brasília: Presidência da República, [2019b]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13819.html. Acesso em: 7 nov. 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n.º 13.968, de 26 de dezembro de 2019**. Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para modificar o crime de incitação ao suicídio e incluir as condutas de induzir ou instigar a automutilação, bem como a de prestar auxílio a quem a pratique. Brasília: Presidência da República, [2019c]. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/31881858>. Acesso em: 7 nov. 2023.

BRITO, Gabriela de Oliveira *et al.* Reflexos da pandemia do novo coronavírus (COVID-19) aliado a transtornos psicológicos em estudantes universitários. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 7, n.º 12, p. 116519-116525, dez. 2021. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/41222>. Acesso em: 29 abr. 2022.

CAMPOS, Maria Elda Alves de Lacerda. **A tessitura da violência**: motivação e manifestações no ambiente escolar. 2021. 121 f. Tese (Doutorado) – Curso de Educação em Ciência, Instituto de Ciência Básica da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2021. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/234762/001136772.pdf?sequence=1>. Acesso em: 17 ago. 2023.

CARDOSO, Maria Lúcia de Macedo *et al.* A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n.º 5, p. 1489-1500, 10 maio 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017225.33222016>.

CARVALHO, Angelita Alves de; BARRETO, Rafael Chaves Vasconcelos. A invisibilidade das pessoas LGBTQIA+ nas bases de dados: novas possibilidades na

pesquisa nacional de saúde 2019? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n.º 9, p. 4059-4064, set. 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232021269.12002021>.

COSTA, Camilla Oleiro da *et al.* Prevalência de ansiedade e fatores associados em adultos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, [s.l.], v. 68, n.º 2, p. 92-100, 30 jun. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000232>.

DANTAS, Ana P. *et al.* *Analysis of suicide mortality in Brazil: spatial distribution and socioeconomic context.* **Brazilian Journal of Psychiatry**, [s.l.], v. 40, p. 12-18, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/BzsX5pVhv8pqTsGdh3r8pmH/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 5 abr. 2021.

DANTAS, Eder Samuel Oliveira. Prevenção do suicídio no Brasil: como estamos. **Revista de Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 3, n.º 29, p. 1-4, 30 jul. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/TkRBSMjGrKFQ6xYpktb9J4P/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 jan. 2024.

DRUCK, Graça. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n.º 1, p. 15-43, 1º nov. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/ZzrBrfcK75czCSqYzjihRgk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 4 jan. 2024.

FATTAH, Nathalia; LIMA, Milenne Souza de. Perfil epidemiológico das notificações de violência autoprovocada de 2010 a 2019 em um estado do sul do Brasil. **Smad Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**, Porto Alegre, v. 16, n.º 4, p. 65-74, 31 ago. 2020. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v16n4/v16n4a09.pdf>. Acesso em: 6 mar. 2021.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

FREITAS, Maria Virgínia de (org.). **Juventude e adolescência no Brasil: referências conceituais.** 2. ed. São Paulo: Ação Educativa, 2005. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.abong.org.br/handle/11465/1738>. Acesso em: 1º out. 2022.

FREITAS, Rodrigo Jacob Moreira de *et al.* Significado atribuído pelos profissionais de saúde à violência vivenciada por infantojuvenis. **Revista do Nufen**, Belém, v. 12, n.º 3, p. 134-153, 1º set. 2020. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rnufen/v12n3/a10.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2023.

FOGAÇA, Vanessa Dias *et al.* Tentativas de suicídio por adolescentes atendidos em um departamento de urgência e emergência: estudo transversal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 76, n.º 2, p. 1-10, 18 out. 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0137pt>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/7FCRYWmd3F96nhCb3Kjyx8S/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 fev. 2024.

FREUD, Sigmund. Luto e melancolia. Além do princípio do prazer. v. 18. *In*: FREUD, Sigmund. **Obras completas**. Rio de Janeiro (RJ): Imago, 1969.

GALINDO NETO, Nelson Miguel *et al.* Primeiros socorros na escola: construção e validação de cartilha educativa para professores. **Acta Paulista de Enfermagem**, [s.l.], v. 30, n.º 1, p. 87-93, 1º abr. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700013>.

GARBIN, Cléa Adas Saliba *et al.* Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n.º 6, p. 1879-1890, 10 jun. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.13442014>.

GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. Psicologia e políticas públicas: as práticas profissionais no campo da saúde e da assistência social. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [s.l.], v. 37, n.º 2, p. 253-257, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003722017>.

HALL, G Stanley. **Adolescence**: its psychology and its relations to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion, and education. v. 2. New York: D. Appleton and Company, 2000. 796 p.

HEDEGAARD, Holly; CURTIN, Sally C.; WARNER, Margaret. Suicide mortality in the United States, 1999-2017. **NCHS Data Brief**, [s.l.], n.º 330, p. 1-8, 2018. Disponível em: <https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db330-h.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2021.

HILLESHEIM, Danúbia; HALLAL, Ana Luiza de Lima Curi; CICOGNA, Júlia Isabel Richter. Mortalidade por suicídio de adolescentes no Brasil: tendência temporal de crescimento entre 2000 e 2015. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, [s.l.], v. 68, n.º 1, p. 1-7, mar. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000345>.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e Estados** – Goiás. 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/go.html>. Acesso em: 7 nov. 2023.

LEME, Vanessa Barbosa Romera *et al.* Percepções de jovens sobre a transição para a vida adulta e as relações familiares. **Gerais: Revista Institucional de Psicologia**, Juiz de Fora, v. 9, n.º 2, p. 1-13, dez. 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v9n2/v9n2a03.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2022.

LEMOS, Moisés Fernandes *et al.* Familiares de indivíduos vítimas de autoextermínio: realidade e proposta de intervenção em saúde pública. **PeerReview**, [s.l.], v. 5, n.º 18, 510-536. DOI: <https://doi.org/10.53660/945.prw2531>.

LEVANDOWSKI, Mateus Luz *et al.* Impacto do distanciamento social nas notificações de violência contra crianças e adolescentes no Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 37, n.º 1, e00140020, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/w9xDc35gk53mDz9MrX4nFfr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jan. 2022.

MACHADO, Daiane Borges; SANTOS, Darci Neves dos. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 64, n.º 1, p. 45-54, 2015. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/jSFVzxZCLjTrDMqzwVSpqKG/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 8 nov. 2023.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* A construção de uma rede intersetorial de cuidados em saúde mental. **Emancipação**, [s.l.], v. 19, n.º 2, p. 1-14, 2019. DOI:

<http://dx.doi.org/10.5212/emancipacao.v.19i2.0008>.

MANGINI, Fernanda Nunes da Rocha; KOCOUREK, Sheila; MORSCH, Caroline. A construção de uma rede intersetorial de cuidados em saúde mental. **Emancipação**, Ponta Grossa, v. 19, n.º 2, p. 1-14, 2019. Disponível em:

<https://revistas.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/12288>. Acesso em: 8

nov. 2023.

MEDEIROS, Marcelo; OLIVEIRA, Luís Felipe Batista de. Desigualdades regionais em educação: potencial de convergência. **Revista Sociedade e Estado**, Brasília, v. 29, n.º 2, p. 561-585, 1º ago. 2014. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/se/a/VnhyMJXVc6Tb5fbQ7n83Rwt/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 15 ago. 2023.

MELO, Rosana Alves de *et al.* Protection network in the assistance to children, adolescents and their families in situation of violence. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s.l.], v. 41, p. 1-9, 01 mar. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190380>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/Xh3VpkDDc93qyDpc4BQwkkk/?lang=pt&format=pdf>.

Acesso em: 31 jan. 2024.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: AllType Assessoria Editorial Ltda., 2011. 549 p. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso

em: 20 nov. 2022.

MENEGHEL, Stela Nazareth *et al.* Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n.º 3, p. 691-700, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000300015>.

MINAYO, Maria Cecília de Souza *et al.* Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n.º 6, p. 2007-2016, jun. 2018.

MINAYO, Maria Cecília de; ASSIS, Simone Gonçalves de; SOUZA, Ednilsa Ramos de. Os múltiplos tentáculos da violência que afeta a saúde. *In*: MINAYO, Maria Cecília de; ASSIS, Simone Gonçalves de (org.). **Novas e velhas faces da violência no século XXI: visão da literatura brasileira do campo da saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017. p. 39-61.

MAGALHÃES, Ana Paula Nogueira de *et al.* Atendimento a tentativas de suicídio por serviço de atenção pré-hospitalar. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, [s.l.], v. 63, n.º 1, p. 16-22, 10 mar. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0047-20850000000003>.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/sB3pGhpR4cYPcR4mV33sV3M/?format=pdf&lang=pt>

. Acesso em: 17 jan. 2024.

MORAES, Danielle Xavier *et al.* “The pen is the blade, my skin the paper”: risk factors for self-injury in adolescents. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 73(Suppl 1), e20200578, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/PHCSPVm5wQncdn6LfdxWV9K/?format=pdf&lang=pt>

. Acesso em: 5 nov. 2022.

MOTTI, A. J. A.; SANTOS, J. V. Redes de proteção social à criança e ao adolescente: limites e possibilidades. *In*: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DEFESA DA MULHER, DA INFÂNCIA E DA JUVENTUDE. **Fortalecimento da rede de proteção e assistência a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual**.

Brasília, 2008. Disponível em: <http://www.portaldasbrad.org.br>. Acesso em: 2 maio 2014.

MÜLLER, Sonia de Alcântara *et al.* Estratégias de prevenção e pósvenção do suicídio: estudo com profissionais de um centro de atenção psicossocial. **Revista de Psicologia da Imed**, [s.l.], v. 9, n.º 2, p. 6, 30 dez. 2017. DOI:

<http://dx.doi.org/10.18256/2175-5027.2017.v9i2.1686>.

NAKATA, Liliane Cristina *et al.* Conceito de rede de atenção à saúde e suas características-chaves: uma revisão de escopo. **Escola Anna Nery**, [s.l.], v. 24, n.º 2, p. 1-11, 24 fev. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0154>.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ean/a/WY3CygqzqKVQF5Y87v9dzH3L/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 15 jan. 2024.

OLIVEIRA, Angélica Moura de *et al.* Comportamento suicida entre adolescentes: Revisão integrativa da literatura nacional. **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n.º 1, p. 88-96, jan./mar. 2017.

OLIVEIRA, Erasmo de Carvalho *et al.* Prevalence of suicide attempts among adolescents and young people. **SMAD – Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, [s.l.], v. 16, n.º 4, p. 85-91, 2020. DOI: <https://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.168441>.

OLIVEIRA, Michelle Rodrigues de; MACHADO, Jacqueline Simone de Almeida. O insustentável peso da autoimagem: (re)apresentações na sociedade do espetáculo. **Ciência & Saúde Coletiva**, São João Del-Rei, v. 26, n.º 7, p. 2663-2672, 1º jul. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232021267.08782021>.

OLIVEIRA, Wanderlei Abadio de *et al.* A saúde do adolescente em tempos da COVID-19: scoping review. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 36, n.º 8, p. 1-14, 8 jul. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00150020>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/HFr6JFJ7SqTLk8KLBPgTQZP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 dez. 2023.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Mental Health and Covid-19: Early Evidence of the Pandemic's Impact**. [S.l.]: OMS, 2022.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Suicide worldwide in 2019: global health estimates**. [S.l.]: World Health Organization, 2021. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341728>. Acesso em: 11 mar. 2022.

PASE, Hemerson Luiz *et al.* O Conselho Tutelar e as políticas públicas para crianças e adolescentes. **Cadernos Ebape.Br**, Rio de Janeiro, v. 18, n.º 4, p. 1000-1010, out. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1679-395120190153>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cebape/a/6gPR9V6PJ7vFKWx7jK6jLTg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 4 jan. 2024.

PEDROSA, Claudia Mara *et al.* O Programa Iluminar Campinas: a construção de uma política intersetorial e interinstitucional para o enfrentamento da violência como um problema social. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, n.º 6, p. 1879-1888, 21 jun. 2016. Mensal. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015216.07822016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/CSZgmSbdVBjH34T8scXWBDB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 dez. 2023.

PENSO, Maria Aparecida; SENA, Denise Pereira Alves de. A desesperança do jovem e o suicídio como solução. **Sociedade e Estado**, [s.l.], v. 35, n.º 1, p. 61-81, jan. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-6992-202035010004>.

PEREIRA, Anderson Siqueira *et al.* Fatores de risco e proteção para tentativa de suicídio na adultez emergente. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n.º 11, p. 3767-3777, nov. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182311.29112016>.

PEREIRA, Rafaela Miranda Proto *et al.* A percepção e a prática dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre a Saúde Mental. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Brasília, v. 24, n.º 1, p. 1-17, 10 jan. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/interface.190664>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/QcsvgKsRhyv3DTrqQy63Gmzp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 jan. 2024.

PICIRILLI, Cláudia Capelini. **Desenvolvimento humano II**. Londrina: Editora e Distribuidora Educacional S.A., 2018. 256 p.

PINHEIRO, Thayse de Paula *et al.* Caracterização das tentativas de suicídio e automutilações por adolescentes e adultos notificadas em Santa Catarina, 2014-2018. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Florianópolis, v. 30, n.º 4, p. 1-12, 30 abr. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742021000400026>. Disponível em:

file:///C:/Users/ams_1/Desktop/Caracteriza%C3%A7%C3%A3o%20das%20tentativas%20de%20suic%C3%ADdio%20e.pdf. Acesso em: 15 jan. 2024.

PINTO, Lélia Lessa T. *et al.* Tendência de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente no Brasil no período de 2004 a 2014. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Jequié, v. 66, n.º 4, p. 203-210, 2017.

PORTELA, Gustavo Zoio. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 27, n.º 2, p. 255-276, 20 jun. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312017000200005>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/GRC4bkWgdyGnGfcvczDBYnh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 fev. 2024.

PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. **Coleção Guia de Referência Rápida: Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção**. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: https://subpav.org/download/prot/Guia_Suicidio.pdf. Acesso em: 13 maio 2024.

RIBEIRO, Fernanda Maria Araújo; FERNANDES, Flávia Emília Cavalcante Valença; MELO, Rosana Alves. Rede de proteção a crianças e adolescentes em situação de violência na visão dos profissionais. **Revista Baiana de Enfermagem**, [s.l.], v. 35, e42099, 2021.

RODRIGUES, M. F. *et al.* Comportamento suicida: o perfil epidemiológico das lesões autoprovocadas no estado de Goiás. **Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás “Cândido Santiago”**, v. 6, n.º 2, e600003, 2020.

ROSA, Natalina Maria da *et al.* Tentativas de suicídio e suicídios na atenção pré-hospitalar. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, [s.l.], v. 65, n.º 3, p. 231-238, set. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000129>.

ROSSI, Livia Martins *et al.* Crise e saúde mental na adolescência: a história sob a ótica de quem vive. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 35, n.º 3, p. 1-12, 20 jan. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00125018>.

SAGGESE, Edson. Uma juventude à flor da pele: o dilema de adolecer ou adoecer. **Educação & Realidade**, [s.l.], v. 46, n.º 1, p. 1-18, 10 mar. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2175-6236109166>.

SALES, Janaína *et al.* Decréscimo nas notificações compulsórias registradas pela Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar do Brasil durante a pandemia da COVID-19: um estudo descritivo, 2017-2020. **Epidemiológica e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 31, n.º 1, e2021303. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/YnsQqXx539mDgtmdRkWBV7L/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 4 abr. 2023.

SANTOS, Raíssa Passos dos *et al.* Análise ética dos impactos da pandemia de COVID-19 na saúde de crianças e adolescentes. **Escola Anna Nery**, [s.l.], v. 26, p. 1-7, 28 mar. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/pPt5kg6Gf3bcCw3MZTgLvMC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 dez. 2023.

SANTOS, Simone Agadir *et al.* Tentativas e suicídios por intoxicação exógena no Rio de Janeiro, Brasil: análise das informações através do linkage probabilístico. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 30, n.º 5, p. 1057-1066, 20 maio 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/J667KLcfVvJ5y6mQjKdZxfH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 dez. 2023.

SGANZERLA, Giovana Coghetto. Risco de suicídio em adolescentes: estratégias de prevenção primária no contexto escolar. **Psicologia Escolar e Educacional**, Porto Alegre, v. 25, n.º 5, p. 1-8, 20 jan. 2021. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/2175-35392021226820>.

SCHEIBE, Simone *et al.* Elaboração de diretrizes para atendimento hospitalar de tentativas de suicídio na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 28, n.º 3, p. 863-874, 20 mar. 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232023283.10182022>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/K9spvp9Yc6P99c8ZLgwrYVc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 jan. 2024.

SGANZERLA, Giovana Coghetto. Risco de suicídio em adolescentes: estratégias de prevenção primária no contexto escolar. **Psicologia Escolar e Educacional**, [s.l.], v. 25, n.º 5, p. 1-8, 1º jan. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2175-35392021226820>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pee/a/cSRRLBHpxrsKghmcNWMWctJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 4 fev. 2024.

SILVA, Ady Faria da. **Estudo sobre suicídio e tentativa de suicídio entre adolescentes em Campo Grande/MS**. 2022. 116 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2022. Disponível em: https://more.ufsc.br/tese_dissert/insere_tese_dissert. Acesso em: 20 set. 2023.

SILVA, Daniel Augusto da; MARCOLAN, João Fernando. Tentativa de suicídio e suicídio no Brasil: análise epidemiológica. **Medicina (Ribeirão Preto)**, [s.l.], v. 54, n.º 4, p. 1-10, 30 dez. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2021.181793>.

SILVA, Gabriela Messias *et al.* Adolescer em corpo, mente e afeto: um estudo sobre desenvolvimento de valores e atitudes a partir do ensino de ciências. **Revista Brasileira de Ensino de Ciências e Matemática**, [s.l.], v. 4, n.º 2, p. 555-582, 29 jan. 2021. <http://dx.doi.org/10.5335/rbecm.v4i2.11222>

SILVA, Marlon Willian da *et al.* Adolescência e saúde: significados atribuídos por adolescentes. **Research, Society and Development**, [s.l.], v. 10, n.º 2, p. 4-10, 15 fev. 2021. DOI: <https://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i212482>.

SILVA, Paula Jordana da Costa *et al.* Perfil epidemiológico e tendência temporal da mortalidade por suicídio em adolescentes. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, [s.l.], v. 70, n.º 3, p. 224-235, 20 set. 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000338>.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/NQ5TStngT8QLnktZmSJmZnn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 8 fev. 2024.

SILVA, Tays Aparecida da *et al.* Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): ações desenvolvidas em município de Minas Gerais, Brasil. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, [s.l.], v. 21, n.º 2, p. 346-363, 1º jun. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2018v21n2p346.8>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/MSTwjtkGSWdcRvB4KZqm5VN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 mar. 2024.

SOUSA, Nágella Thaysa Bier de *et al.* Preditores de recorrência de lesões autoprovocadas e de óbitos por suicídio em um estado brasileiro. **Research, Society and Development**, [s.l.], v. 10, n.º 2, p. 1-17, 3 fev. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12142>

SOUZA, Sara Helen dos Santos de; SCHNITMAN, Ivana Maria. O uso da internet por adolescentes e as transformações nas relações de poder da família contemporânea. **Reves - Revista Relações Sociais**, [s.l.], v. 4, n.º 2, p. 1-19, 4 maio 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.18540/revesv4iss2pp11605-01-19e>. Disponível em: <https://periodicos.ufv.br/reves/article/view/11605>. Acesso em: 4 jan. 2024.

TERRUGGI, Tatiana Petroni Laurito; CARDOSO, Hugo Ferrari; CAMARGO, Mário Lázaro. Escolha profissional na adolescência: a família como variável influenciadora. **Pensando Famílias**, [s.l.], v. 23, n.º 2, p. 162-176, 1º dez. 2019. Disponível em: https://more.ufsc.br/artigo_revista/inserir_artigo_revista. Acesso em: 15 ago. 2023.

VIDAL, Carlos Eduardo Leal *et al.* Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 29, n.º 1, p. 175-187, 20 set. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2013000100020>.

WELLS, R. H. C. *et al.* **CID-10**: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. São Paulo: Edusp, 2011.

WONG, Y. Joel *et al.* Meta-analyses of the relationship between conformity to masculine norms and mental health-related outcomes. **Journal of Counseling Psychology**, [s.l.], v. 64, p. 80-93, 2017.

ZANELLO, Valeska. **Saúde mental, gênero e dispositivos**: cultura e processos de subjetivação. 1. ed. Curitiba: Appris, 2018. 303 p.

APÊNDICE

Apêndice A – Tipologia das violências

Quadro 1 – Tipologia das violências

TIPOLOGIA DAS VIOLÊNCIAS	
Lesão autoprovocada	Ato (lesão) cometida contra si mesmo, compreende ideação suicida, autoagressões, tentativas de suicídio e suicídio.
Física	Todos os atos violentos nos quais se faz uso da força física de forma intencional, não acidental, com a intenção de ferir, lesar, causar dor e sofrimento ou dar fim à vida da pessoa, deixando marcas evidentes no corpo da vítima.
Psicológica/Moral	Qualquer ação ou omissão que vise degradar ou controlar as condutas, comportamentos, crenças, decisões de outra pessoa por meio de intimidação, depreciação, discriminação, desrespeito, manipulação, ameaças diretas e indiretas, humilhação, ou outra conduta que causem prejuízo a saúde psicológica, à identidade e ao desenvolvimento da pessoa.
Sexual	Todo ato sexual ou tentativa de obter ato sexual sem consentimento.
Negligência/Abandono	Omissão aos cuidados e necessidades básicas para o desenvolvimento físico, emocional e social de uma pessoa.
Financeira/Econômica	Subtração, dano, perda, destruição ou retenção de objetos, documentos pessoais, bens e valores de uma pessoa. Consiste na exploração imprópria ou ilegal, ou no uso não consentido de seus recursos financeiros e patrimoniais
Tráfico de seres humanos	Envolve recrutamento, transporte, transferência, alojamento de pessoas, por ameaça, rapto, abuso de autoridade, uso da força ou outra forma de coação e situação de vulnerabilidade para fins de trabalho escravo ou prostituição.
Tortura	Ato de constranger outra pessoa com o uso da força, maus-tratos ou ameaça, causando sofrimento físico ou mental, a fim de obter informações da vítima, por discriminação racial ou religiosa.
Intervenção legal	Atos violentos cometidos por policiais ou agentes da lei.
Trabalho infantil	Toda atividade executada por crianças e adolescente de forma obrigatória, frequente, com ou sem remuneração, que venha interromper sua condição de desenvolvimento pleno e seja contrária a legislação vigente.
Doméstica	Ocorre na residência ou em uma relação de familiaridade, afetividade ou coabitação.
Comunitária	Ocorre entre indivíduos sem relação pessoal, conhecidos ou não. Sem vínculo de parentesco.

Fonte: Adaptado de Brasil (2016).

ANEXOS

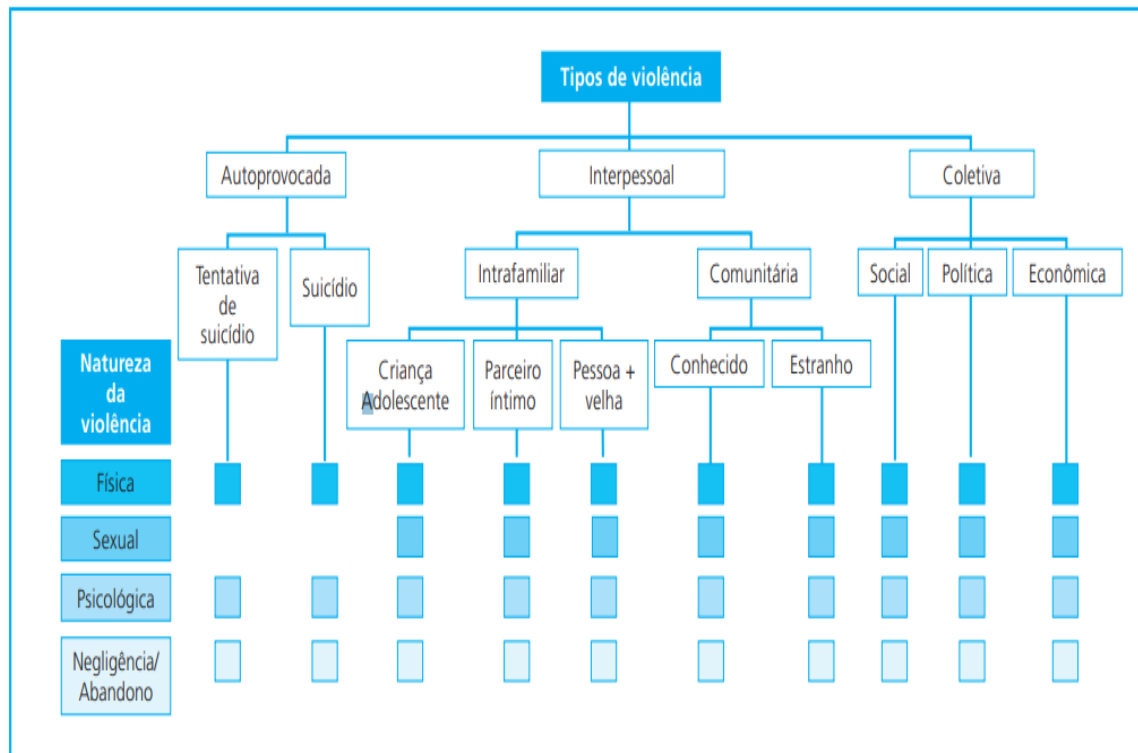
Anexo A – Ficha de Notificação do VIVA/Sinan

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL		Nº				
<p>Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.</p>								
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual				
	2	Agravo/doença	VIOLENCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA	Código (CID10) Y09				
	3	Data da notificação						
	4	UF	5	Município de notificação	Código (IBGE)			
Notificação Individual	6	Unidade Notificadora			<input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde <input type="checkbox"/> 2- Unidade de Assistência Social <input type="checkbox"/> 3- Estabelecimento de Ensino <input type="checkbox"/> 4- Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> 5- Unidade de Saúde Indígena <input type="checkbox"/> 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> 7- Outros			
	7	Nome da Unidade Notificadora		Código Unidade				
	8	Unidade de Saúde		Código (CNES)				
	9	Data da ocorrência da violência						
Dados de Residência	10	Nome do paciente			11	Data de nascimento		
	12	(ou) Idade	<input type="checkbox"/> 1- Hora <input type="checkbox"/> 2- Dia <input type="checkbox"/> 3- Mês <input type="checkbox"/> 4- Ano	13	Sexo	<input type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> 1- Ignorado		
	14	Gestante		<input type="checkbox"/> 1-1º Trimestre <input type="checkbox"/> 2-2º Trimestre <input type="checkbox"/> 3-3º Trimestre <input type="checkbox"/> 4- Idade gestacional ignorada <input type="checkbox"/> 5- Não <input type="checkbox"/> 6- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado	15	Raça/Cor	<input type="checkbox"/> 1- Branca <input type="checkbox"/> 2- Preta <input type="checkbox"/> 3- Amarela <input type="checkbox"/> 4- Parda <input type="checkbox"/> 5- Indígena <input type="checkbox"/> 9- Ignorado	
	16	Escolaridade				<input type="checkbox"/> 0- Analfabeto <input type="checkbox"/> 1- 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 2- 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 3- 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 4- Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) <input type="checkbox"/> 5- Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 6- Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) <input type="checkbox"/> 7- Educação superior incompleta <input type="checkbox"/> 8- Educação superior completa <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/> 10- Não se aplica		
Dados Complementares	17	Número do Cartão SUS		18	Nome da mãe			
	19	UF	20	Município de Residência	Código (IBGE)			
	21	Distrito		22	Bairro			
	23	Logradouro (rua, avenida,...)		24	Número			
	25	Complemento (apto., casa, ...)		26	Geo campo 1			
	27	Geo campo 2		28	Ponto de Referência			
Dados da Pessoa Atendida	29	CEP		30	(DDD) Telefone			
	31	Zona		<input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	32	Pais (se residente fora do Brasil)		
	33	Nome Social		34	Ocupação			
	35	Situação conjugal / Estado civil				<input type="checkbox"/> 1 - Solteiro <input type="checkbox"/> 2 - Casado/união consensual <input type="checkbox"/> 3 - Viúvo <input type="checkbox"/> 4 - Separado <input type="checkbox"/> 8 - Não se aplica <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		
Dados da Ocorrência	36	Orientação Sexual		<input type="checkbox"/> 3- Bissexual <input type="checkbox"/> 8- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado	37	Identidade de gênero:	<input type="checkbox"/> 3- Homem Transexual <input type="checkbox"/> 8- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/> 1- Travesti <input type="checkbox"/> 2- Mulher Transexual	
	38	Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?		<input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado	39	Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno?		<input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 8- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Deficiência visual <input type="checkbox"/> Deficiência intelectual <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento <input type="checkbox"/> Outras
	40	UF	41	Município de ocorrência	Código (IBGE)	42	Distrito	
	43	Bairro		44	Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
Dados da Ocorrência	45	Número		46	Complemento (apto., casa, ...)		47	Geo campo 3
	48	Geo campo 4		49	Ponto de Referência		50	Zona
	51	Hora da ocorrência (00:00 - 23:59 horas)		<input type="checkbox"/> 1 - Urbana <input type="checkbox"/> 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	52	Local de ocorrência		<input type="checkbox"/> 01 - Residência <input type="checkbox"/> 02 - Habitação coletiva <input type="checkbox"/> 03 - Escola <input type="checkbox"/> 04 - Local de prática esportiva <input type="checkbox"/> 05 - Bar ou similar <input type="checkbox"/> 06 - Via pública <input type="checkbox"/> 07 - Comércio/serviços <input type="checkbox"/> 08 - Indústrias/construção <input type="checkbox"/> 09 - Outro <input type="checkbox"/> 99 - Ignorado
	53	Ocorreu outras vezes?		<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado	54	A lesão foi autoprovocada?		<input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado

SVS 15.06.2015

Violência	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros 88-Não se aplica 99-Ignorado		
	56 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil	57 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/espáncamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro	
Violência Sexual	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros		
	59 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
Dados do provável autor da violência	60 Número de envolvidos 1- Um <input type="checkbox"/> 2- Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9- Ignorado	61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã)	62 Sexo do provável autor da violência 1- Masculino <input type="checkbox"/> 2- Feminino <input type="checkbox"/> 3- Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9- Ignorado
	63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>		
Encaminhamento	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado		
	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
Dados finais	66 Violência Relacionada ao Trabalho 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>	67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 8- Não se aplica <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>	68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX
	69 Data de encerramento		
Informações complementares e observações			
Nome do acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____			
Observações Adicionais: _____ _____ _____			
Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136 TELEFONES ÚTEIS Disque Direitos Humanos 100 Central de Atendimento à Mulher 180			
Notificador	Município/Unidade de Saúde _____	Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____	
	Nome _____	Função _____	Assinatura _____
Violência interpessoal/autoprovocada Sinan SVS 15.06.2015			

Anexo B – Tipologia das violências/síntese, as mais predominantes



Fonte: (KRUG *et al.*, 2002).

Fonte atual: Ministério da Saúde – Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências, 2010.

Anexo C – Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública

Nº	DOENÇA OU AGRAVO (Ordem alfabética)	Periodicidade de notificação			
		Imediata (até 24 horas) para*			Semanal
		MS	SES	SMS	
1	a. Acidente de trabalho com exposição a material biológico				X
	b. Acidente de trabalho			X	
2	Acidente por animal peçonhento			X	
3	Acidente por animal potencialmente transmissor da raiva			X	
4	Botulismo	X	X	X	
5	Cólera	X	X	X	
6	Coqueluche		X	X	
7	Covid-19	X	X	X	
8	a. Dengue - Casos				X
	b. Dengue - Óbitos	X	X	X	
9	Difteria		X	X	
10	a. Doença de Chagas Aguda		X	X	
	b. Doença de Chagas Crônica				X
11	Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ)				X
12	a. Doença Invasiva por "Haemophilus Influenza"		X	X	
	b. Doença Meningocócica e outras meningites		X	X	
13	Doenças com suspeita de disseminação intencional:				
	a. Antraz pneumônico	X	X	X	
	b. Tularemia				
	c. Varíola				
14	Doenças febris hemorrágicas emergentes/ reemergentes:				
	a. Arenavírus				
	b. Ebola	X	X	X	
	c. Marburg				
	d. Lassa				
e. Febre purpúrica brasileira					
15	a. Doença aguda pelo vírus Zika				X
	b. Doença aguda pelo vírus Zika em gestante		X	X	
	c. Óbito com suspeita de doença pelo vírus Zika	X	X	X	
	d. Síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika				X
16	Esquistossomose				X
17	Evento de Saúde Pública (ESP) que se constitua ameaça à saúde pública (ver definição no art. 2º desta portaria)	X	X	X	
18	Eventos adversos graves ou óbitos pós vacinação	X	X	X	
19	Febre Amarela	X	X	X	

(Continua)

(Continuação)

Nº	DOENÇA OU AGRAVO (Ordem alfabética)	Periodicidade de notificação			
		Imediata (até 24 horas) para*			Semanal
		MS	SES	SMS	
	a. Febre de Chikungunya				X
20	b. Febre de Chikungunya em áreas sem transmissão	X	X	X	
	c. Óbito com suspeita de Febre de Chikungunya	X	X	X	
21	Febre do Nilo Ocidental e outras arboviroses de importância em saúde pública	X	X	X	
22	Febre Maculosa e outras Riquetisioses	X	X	X	
23	Febre Tifoide		X	X	
24	Hanseníase				X
25	Hantavirose	X	X	X	
26	Hepatites virais				X
27	HIV/AIDS - Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida				X
28	Infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera e Criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV				X
29	Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)				X
30	Influenza humana produzida por novo subtipo viral	X	X	X	
31	Intoxicação Exógena (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados)				X
32	Leishmaniose Tegumentar Americana				X
33	Leishmaniose Visceral				X
34	Leptospirose			X	
35	a. Malária na região amazônica				X
	b. Malária na região extra-Amazônica	X	X	X	
36	Monkeypox (varíola dos macacos)	X	X	X	
37	Óbito: a. Infantil b. Materno				X
38	Poliomielite por poliovírus selvagem	X	X	X	
39	Peste	X	X	X	
40	Raiva humana	X	X	X	
41	Síndrome da Rubéola Congênita	X	X	X	
42	Doenças Exantemáticas: a. Sarampo b. Rubéola	X	X	X	
43	Sífilis: a. Adquirida b. Congênita c. Em gestante				X
44	Síndrome da Paralisia Flácida Aguda	X	X	X	
45	Síndrome Inflamatória Multissistêmica em Adultos (SIM-A) associada à covid-19	X	X	X	

(Continua)

(Conclusão)

Nº	DOENÇA OU AGRAVO (Ordem alfabética)	Periodicidade de notificação			
		Imediata (até 24 horas) para*			Semanal
		MS	SES	SMS	
46	Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P) associada à covid-19	X	X	X	
47	Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) associada a Coronavírus a. SARSCoV b. MERS- CoV c. SARS-CoV-2	X	X	X	
48	Síndrome Gripal suspeita de covid-19	X	X	X	
49	Tétano: a. Acidental b. Neonatal			X	
50	Toxoplasmose gestacional e congênita				X
51	Tuberculose				X
52	Varicela - caso grave internado ou óbito		X	X	
53	a. Violência doméstica e/ou outras violências				X
	b. Violência sexual e tentativa de suicídio			X	

Legenda: MS (Ministério da Saúde), SES (Secretaria Estadual de Saúde) ou SMS (Secretaria Municipal de Saúde)

* Informação adicional: notificação imediata ou semanal seguirá o fluxo de compartilhamento entre as esferas de gestão do SUS estabelecido pela SVS/MS;

A notificação imediata no Distrito Federal é equivalente à SMS." (NR)

Anexo D – Dicionário de Dados – Sinan net – versão 5

https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Notificacao_Individual/DIC_DADOS_NET---Notificao-Individual_rev.pdf.

Anexo E – Tabela 1

Tabela 1 – Tendência temporal da taxa de notificações de lesões autoprovocadas em adolescentes de 10 a 19 anos, desagregadas pelas características da violência. Brasil, 2010-2022.

Características da violência	2010		2022		β	VPA	IC 95%		Valor de P	Tendência	
	Notificações	Taxa	Notificações	Taxa			Mínimo	Máximo			
Tipo de violência											
Violência física	870	2,51	15715	52,57	0,098	25,35	7,63	32,74	<0,001	Crescente	
Violência psicológica	211	0,61	3704	12,39	0,079	19,86	5,05	35,31	<0,001	Crescente	
Tortura	24	0,07	395	1,32	0,075	18,80	7,52	30,45	<0,001	Crescente	
Violência sexual	112	0,32	534	1,79	0,013	2,99	-14,90	23,84	0,576	Estacionária	
Tráfico de seres humanos	1	0,00	10	0,03	0,058	14,28	-1,37	30,65	<0,001	Crescente	
Violência Financeira/Econômica	7	0,02	37	0,12	0,057	13,95	-0,83	29,58	0,003	Crescente	
Negligência/Abandono	99	0,29	643	2,15	0,042	10,21	-2,06	23,22	0,028	Crescente	
Trabalho infantil	5	0,01	33	0,11	0,067	16,61	-0,41	34,87	0,012	Crescente	
Intervenção legal	7	0,02	40	0,13	0,030	7,26	-10,23	26,53	0,058	Estacionária	
Outras violências	561	1,62	31124	104,11	0,146	40,12	26,02	54,77	<0,001	Crescente	
Tipo de violência sexual											
Assédio sexual	27	0,08	222	0,74	0,044	10,68	-8,95	32,28	0,046	Crescente	
Estupro	85	0,25	311	1,04	0,000	-0,05	-16,88	19,64	0,685	Estacionária	
Pornografia infantil	6	0,02	19	0,06	-	0,020	-4,54	-23,68	17,81	0,319	Estacionária
Exploração Sexual	17	0,05	23	0,08	-	0,013	-2,93	-20,87	17,72	0,491	Estacionária
Outras violências sexuais	2	0,01	75	0,25	0,095	24,45	-5,56	59,37	0,028	Crescente	

Fonte: DataSUS, elaboração própria (2023).