

Artículo original



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

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

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

Schyrllei Viana da Silva<sup>1</sup>

Luziane Zacché Avellar<sup>2</sup>

Alexandra Iglesias<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Autora correspondiente. Faculdade Multivix Nova Venécia (Nova Venécia). Espírito Santo, Brasil. schyrlleipsicologia@hotmail.com

<sup>2,3</sup>Universidade Federal do Espírito Santo (Vitória). Espírito Santo, Brasil. luziane.avellar@ufes.br; leiglesias@gmail.com

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

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

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

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

Presentado 28 mayo 2024, Aceptado 17 oct. 2024,

Publicado 26 nov. 2024

Rev. Psicol. Divers. Saúde, Salvador, 2024;13:e5777

<http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpsds.2024.e5777> | ISSN: 2317-3394

Editoras responsables: Mônica Daltro, Marilda Castelar

*Cómo citar este artículo:* Silva, S. V., Avellar, L. Z., & Iglesias, A. (2024).

Comportamiento suicida en la infancia y adolescencia: análisis de un municipio del interior. *Revista Psicología, Diversidade e Saúde*, 13, e5777.

<http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpsds.2024.e5777>



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

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

## Introducción

El comportamiento suicida sigue siendo un tema tabú para gran parte de la sociedad. Se trata de un concepto que puede ser entendido, en un aspecto más amplio, como una serie de comportamientos relacionados con el suicidio, que abarca ideaciones, planes y intentos de suicidio (con desenlace fatal o no), con la intención de muerte ([Scavacini & Cacciarro, 2019](#)).

Se sabe que el comportamiento suicida puede presentar generalidades y especificidades de acuerdo con cada grupo etario, siendo común entre ellas el hecho de que este fenómeno es multifactorial ([Schlösser et al., 2014](#)). En la infancia (0 - 9 años), aunque el suicidio es raro, no es excepcional. La sociedad contemporánea a menudo construye una imagen romántica y positiva de la niñez. Esta visión puede incluir la idea de que la infancia es un período repleto de alegría y diversión, a veces desconsiderando que muchos niños enfrentan desafíos emocionales y sociales significativos, lo que lleva a creer que no tendrían intencionalidad de ponerse en riesgo. Así, el comportamiento suicida entre este grupo ha causado extrañeza y ha herido las expectativas humanas de cuidado hacia esta población ([Avanci et al., 2021](#); [Silva Filho & Minayo, 2021](#); [Sousa et al., 2017](#)).

En la adolescencia (10-19 años), período marcado por la transición de la infancia a la edad adulta y por intensas transformaciones físicas, psicosociales y cognitivas ([Scavacini & Cacciarro, 2019](#); [Simões et al., 2021](#)), hay un número elevado de notificaciones de violencia autoprovocada, siendo considerada el segundo grupo etario con mayor número de notificaciones para este agravio ([Ministério da Saúde, 2021](#)).

Es una fase de búsqueda de la identidad, elaboración de proyectos de vida, elecciones profesionales, cambios físicos, aumento del contacto social, inserción en diversos grupos, y todas estas transformaciones pueden provocar sufrimiento al individuo adolescente y dejarlos más expuestos y vulnerables al comportamiento suicida. En este contexto, entre los años 2010 y 2019, hubo un aumento del 81% en las tasas de mortalidad por suicidio de adolescentes, en comparación con el período anterior, pasando de 3,5 por 100 mil a 6,4 por 100 mil ([Ministério da Saúde, 2021](#)).

Ante tales datos, se torna importante señalar algunos factores de riesgo y de protección al comportamiento suicida en la infancia y la adolescencia. Los primeros pueden ser comprendidos como las circunstancias específicas que aumentan la probabilidad del desarrollo de una enfermedad o condición clínica, en este caso, el comportamiento suicida. Por otro lado, los factores de protección son aquellos que disminuyen o eliminan la posibilidad de ocurrencia de una determinada enfermedad y/o evento, es decir, que protegen contra el suicidio ([Botega, 2015](#)).

Algunos factores de riesgo más comunes en los grupos etarios estudiados son: conflictos familiares, presencia de trastornos mentales, pérdidas de familiares, vivencia de violencias (física, sexual y psicológica), intentos previos de suicidio e impulsividad ([Sousa et al., 2017](#); [Simões et al., 2021](#)). Otros factores pueden destacarse en cada grupo etario; en la infancia se destacan: problemas en la escuela y neurobiológicos, así como rigidez en las relaciones entre padres e hijos ([Sousa et al., 2017](#)). En la adolescencia, se destacan la adopción de comportamientos de riesgo (uso de alcohol y drogas, por ejemplo), violencia y juegos de suicidio, aumento

de la ansiedad, conflictos personales en relación con la autoimagen y la autoestima, dificultades en la interacción social y falta de esperanza (Simões et al., 2021).

En lo que respecta a los factores protectores, se puede destacar a la familia como un importante espacio de protección para los niños, al mantener una escucha acogedora respecto a los problemas que presentan, así como al estar vigilante sobre el uso de internet por parte de ellos, debido a la ocurrencia de ciberbullying y/o acceso a contenidos sin ningún filtro. Además, los profesionales de salud también pueden desempeñar un papel protector, debiendo estar atentos a síntomas de depresión, ansiedad e insomnio, y manteniendo una actitud acogedora y no juzgadora (Macedo & Burgueira, 2020). Entre los adolescentes, se destacan como factores protectores a potenciar en el cuidado de estas personas: sentimientos de bienestar, habilidades sociales, autoestima, flexibilidad emocional, apoyo familiar y social, y la capacidad de pedir ayuda (Schlösser et al., 2014).

Los tabúes existentes en torno a la temática y las escasas estadísticas y debates sobre el comportamiento suicida infantojuvenil pueden ser factores que dificultan la identificación de tales comportamientos, desencadenando estadísticas subestimadas que no expresan el escenario real de la problemática para los cuidados necesarios (Silva Filho & Minayo, 2021; Bahia et al., 2017). En Brasil, estas estadísticas pueden estar aún más subestimadas, dado que, aunque existen registros, el sistema de notificaciones, hasta 2014, no permitía el registro de lesiones autoprovocadas en niños (Bahia et al., 2017).

Estas discusiones se vuelven aún más importantes al considerar la escasez de estudios dirigidos específicamente al comportamiento suicida de niños y adolescentes en municipios del interior del país. Un estudio realizado por Marín-León et al. (2012) identificó que las tasas de suicidio aumentan a medida que disminuye el tamaño del municipio en las regiones Centro-oeste, Sudeste y Sur de Brasil. Así, se presupone que estos números también son significativos al considerar al público infantojuvenil.

Aunque la mayoría de los municipios brasileños son ciudades pequeñas y/o del interior, la investigación científica tiene como principal campo de estudio los grandes centros urbanos, dado que, hasta hace

poco, eran estos los lugares de concentración de la oferta de educación superior y, principalmente, de los programas de posgrado (Lacerda, 2016). En este sentido, dirigir la atención hacia este fenómeno en un municipio del interior es de suma importancia no solo para su comprensión, sino también para la expansión del conocimiento científico.

Además, se presupone que los municipios ubicados en el interior de los estados enfrentan como uno de los desafíos el cuidado de la salud mental infantojuvenil, dado los escasos servicios existentes, cuando los hay, para la atención a estas franjas etarias. Así, comprender el comportamiento suicida infantojuvenil en un municipio del interior es, también, ofrecer apoyo para la implementación de nuevos servicios y políticas públicas más efectivas para esta franja etaria, que ha mostrado un aumento en los números de comportamiento suicida.

De este modo, esta investigación tuvo como objetivo responder a la siguiente pregunta: ¿cómo se presenta el comportamiento suicida entre niños y adolescentes en un municipio del interior de un estado de la región Sudeste de Brasil? Así, se objetivó caracterizar los casos registrados de violencia autoprovocada y óbitos por suicidio, entre niños y adolescentes, de 2018 a 2022, en un municipio del interior.

## Método

Investigación realizada en un municipio del interior de un estado del Sudeste de Brasil. Se trata de un municipio de referencia en salud para la región norte del estado donde se encuentra, siendo la sede de la Superintendencia Regional de Salud Norte, con una diversidad de servicios municipales y estatales para el cuidado de la salud de la población.

El municipio cuenta, actualmente, con los siguientes servicios de salud mental: un Centro de Atención Psicosocial (CAPS), un CAPS de alcohol y drogas, un equipo de salud mental asignado a la Policlínica Municipal y profesionales de Psicología en algunas unidades de salud. En este sentido, no dispone de un servicio específico para la salud mental infantojuvenil, como, por ejemplo, un Centro de Atención Psicosocial Infantojuvenil (CAPSij), siendo este público atendido en los demás servicios ofrecidos.

Se trata de una investigación descriptiva con enfoque cuantitativo, que empleó como método la investigación documental, utilizando como fuente las bases de datos provenientes de las fichas de notificación de violencia interpersonal y autoprovocada (Sistema de Información de Agravios de Notificación/SINAN y el Sistema de Información y Vigilancia en Salud/E-SUS VS – sistema propio del estado de Espírito Santo) y de las declaraciones de defunción (Sistema de Información sobre Mortalidad/SIM/DATASUS ES), correspondientes a los años 2018 a 2022. Los datos referidos a las notificaciones de violencia autoprovocada (SINAN y E-SUS VS) fueron proporcionados por la vigilancia epidemiológica municipal en formato de Microsoft Excel, y los datos sobre mortalidad por suicidio fueron obtenidos directamente en el SIM, a través de DataSUS, en noviembre de 2023.

Las siguientes variables fueron analizadas: sexo, raza/color, orientación sexual, identidad de género, nivel educativo, situación conyugal/estado civil, presencia de trastorno/deficiencia, tipo de trastorno/deficiencia, sospecha de uso de alcohol, derivación, unidad notificadora (disponible solo en los datos del E-SUS VS), lugar de ocurrencia, violencia repetida, medio de agresión y motivación. En cuanto a los óbitos, se analizaron las variables: sexo, raza/color, nivel educativo, ocupación, lugar de ocurrencia, causa de muerte por CIE y fuente de información.

Todos los datos fueron organizados en Microsoft Excel, y la información sobre las lesiones autoprovocadas fue exportada al software SPSS (versión 22.0), lo que permitió la realización de la distribución de frecuencia de los datos que se deseaba analizar. Por otro lado, los datos del SIM fueron organizados y procesados con los recursos del propio Microsoft Excel, lo que también permitió la distribución de frecuencia de los datos que se buscaba analizar.

Se destaca que para esta investigación, los datos fueron recopilados y analizados de acuerdo con las edades recomendadas por la Organización Mundial de la Salud y adoptadas en el propio instructivo para el llenado de las notificaciones – VIVA, que son: 0 a 09 años – infancia/niñez y 10 a 19 años – adolescencia. Se resalta, además, que la Ficha de Notificación de Violencia Interpersonal y Autoprovocada y el Certificado de Defunción,

fuentes de datos de este estudio, son documentos nacionales estandarizados y presentan algunas variables diferentes, es decir, algunas variables están presentes en una ficha y no en la otra. Así, a lo largo de la discusión, podrá ocurrir que se discuta alguna variable a partir de solo uno de los registros (Ficha de Notificación de Violencia Interpersonal y Autoprovocada o Certificado de Defunción).

Por último, se destaca que para la realización de esta investigación se respetaron todos los aspectos éticos legalmente previstos en consonancia con los criterios de las Resoluciones n.º 466 (2012) y n.º 510 (2016). Este estudio es parte integrante de la investigación titulada “Comportamiento suicida: cuidado y registro en el Sistema Único de Salud” y cuenta con la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Universidade Federal do Espírito Santo (informe n.º 5462461).

## Resultados

### Datos de las notificaciones de violencia autoprovocada entre niños y adolescentes – SINAN y E-SUS VS

Entre los años 2018 y 2022 se identificaron un total de 402 notificaciones de violencia autoprovocada en el municipio investigado; de estas, 125 (31,1%) notificaciones ocurrieron entre niños y adolescentes. De las 125 notificaciones de violencia autoprovocada, el 98,4% (n=123) fueron de adolescentes y el 1,6% (n=2) de niños. A continuación, se presenta la tabla con el número de notificaciones por grupo etario y año (Tabla 1):

**Tabla 1.** Cantidad de Notificaciones de Violencia Autoprovocada por grupo etario y año

Año	0 a 9 años		10 a 19 años	
	Freq.	%	Freq.	%
2018	00	00	20	16,3
2019	00	00	40	32,5
2020	00	00	13	10,6
2021	01	50	16	13
2022	01	50	34	27,6
<b>Total</b>	<b>02</b>	<b>100</b>	<b>123</b>	<b>100</b>

Fuente: Tabla creada por las autoras a partir de datos de la Vigilancia Epidemiológica Municipal (2024).

A partir de las notificaciones analizadas, se destacan las principales características entre los niños en situación de violencia autoprovocada (Tablas 2, 3 y 4): una del sexo femenino (50%; n=1) y una del sexo masculino (50%; n=1); una era parda (50%; n=1) y otra era negra (50%; n=1); una tenía trastorno/deficiencia (50%; n=1) y en la otra (50%; n=1) no se informó respuesta a esta variable; no había sospecha de uso de alcohol en uno de los niños (50%; n=1) y en el otro (50%; n=1) no se informó la sospecha; una niña (50%; n=1) fue enviada a la red de salud y otra (50%; n=1) no tiene información sobre el envío.

Entre los adolescentes en situación de violencia autoprovocada, se identifican las características prevalentes (Tablas 2, 3 y 4): sexo femenino (78,9%; n=97); pardos (69,1%; n=85); solteros (54,5%; n=67); siendo la red de salud señalada como el principal lugar de envío (69,1%; n=85).

**Tabla 2.** Caracterización de las personas notificadas por violencia autoprovocada por grupo etario entre los años 2018 y 2022 según sexo, raza/color y escolaridad

Variables	0 a 9 años (N=2)		10 a 19 años (N=123)	
	Freq.	%	Freq.	%
<b>Sexo</b>				
Femenino	01	50	97	78,9
Masculino	01	50	26	21,1
<b>Raza/Color</b>				
Blanca	00	00	07	5,7
Negra	01	50	07	5,7
Amarilla	00	00	05	4,1
Parda	01	50	85	69,1
Ignorado	00	00	19	15,4
<b>Escolaridad</b>				
4ª série completa de la Educación Fundamental	00	00	02	1,6
5ª a 8ª série incompleta de Educación Fundamental	00	00	21	17,1
Educación Fundamental Completo	00	00	08	6,5
Educación Secundaria Incompleta	00	00	20	16,3
Educación Secundaria Completa	00	00	03	2,4
Ignorado	00	00	67	54,5
No aplica	02	100	00	00
No informado	00	00	02	1,6

Fuente: Tabla creada por las autoras a partir de datos de la Vigilancia Epidemiológica Municipal (2024).

**Tabla 3.** Caracterización de las personas notificadas por violencia autoprovocada por grupo etario entre los años 2018 y 2022 según la orientación sexual, identidad de género y situación conyugal

Variables	0 a 9 años (N=2)		10 a 19 años (N=123)	
	Freq.	%	Freq.	%
<b>Orientación Sexual</b>				
Heterosexual	00	00	30	24,4
Bisexual	00	00	02	1,6
No aplica	00	00	08	6,5
Ignorado	00	00	42	34,1
No informado	02	100	41	33,3
<b>Identidad de Género</b>				
No aplica	00	00	50	40,7
Ignorado	00	00	28	22,8
No informado	02	100	45	36,6
<b>Situación Conyugal</b>				
Soltero	00	00	67	54,5
Casado/Unión consensual	00	00	04	3,3
Separado	00	00	01	0,8
No aplica	00	00	03	2,4
Ignorado	00	00	17	13,8
No Informado	02	100	31	25,2

Fuente: Tabla creada por las autoras a partir de datos de la Vigilancia Epidemiológica Municipal (2024).

**Tabla 4.** Caracterización de las personas notificadas por violencia autoprovocada según grupo de edad entre los años 2018 y 2022, a partir de la presencia y tipo de trastorno/discapacidad, sospecha de consumo de alcohol y derivación

Variables	0 a 9 años (N=2)		10 a 19 años (N=123)	
	Freq.	%	Freq.	%
<i>Presencia de Trastorno/Deficiencia</i>				
Sí	01	50	16	13
No	00	00	14	11,4
Ignorado	00	00	64	52
No Informado	01	50	29	23,6
<i>Tipo de Trastorno/deficiencia</i>				
Trastorno Mental	00	00	04	3,3
Trastorno de Comportamiento	00	00	08	6,5
Trastorno Mental y Tr. de Comportamiento	00	00	03	2,4
Tr. Mental, Def. Intelectual e Tr. de Comportamiento	00	00	01	0,8
No se aplica	00	00	56	45,5
No Informado	02	100	51	41,5
<i>Envío</i>				
Red de Salud	01	50	85	69,1
Red de Asistencia Social	00	00	06	4,9
Red de Atención a la Mujer	00	00	01	0,8
Consejo Tutelar	00	00	01	0,8
Red de Salud y Educación	00	00	11	8,9
Red de Salud y Educación	00	00	02	1,6
Red de Salud, Educación y Atención a la Mujer	00	00	03	2,4
Red de Salud y Consejo Tutelar	00	00	04	3,3
Otras delegaciones	00	00	01	0,8
No Informado	01	50	08	6,5

Fuente: Tabla creada por las autoras a partir de datos de la Vigilancia Epidemiológica Municipal (2024).

Respecto a las características de las ocurrencias entre los niños, se verificó que (Tablas 5 y 6): una (50%; n=1) notificación fue realizada por una de las Unidades de Salud de la Familia del municipio y otra (50%; n=1) no informó respuesta sobre esta variable; todas las violencias autoprovocadas ocurrieron en la residencia del individuo; una (50%; n=1) se trataba de violencia de repetición y otra (50%; n=1) marcó esta variable como "ignorada"; una (50%; n=1) indicó "otro" como medio de agresión y otra (50%; n=1) no informó respuesta sobre el medio de agresión; en ambas no se registró la motivación para la autoagresión.

Ya entre adolescentes, se tiene (Tablas 5 y 6): uno de los hospitales de la ciudad (Hospital 1) como la principal unidad notificadora (79,4%; n=50); y el domicilio como el principal lugar de ocurrencia (74%; n=91); la mayoría de las notificaciones se registra como "ignorado" para la variable de violencia de repetición; el envenenamiento/intoxicación aparece como el principal medio de agresión (43,9%; n=54); siendo la motivación, en la mayoría de las notificaciones, marcada como "ignorado" (48%; n=59).

**Tabla 5.** Caracterización de las ocurrencias notificadas por violencia autoprovocada según grupo de edad entre los años 2018 y 2022 a partir de las variables Unidad Notificadora, Lugar de Ocurrencia y Violencia de Repetición

Variables	0 a 9 años (N=2)		10 a 19 años (N=123)	
	Freq.	%	Freq.	%
<i>Unidad Notificadora</i>				
CIATOX	00	00	01	1,6
Hospital Externo al municipio	00	00	01	1,6
Hospital 1 – ubicado en el municipio	00	00	50	79,4
Policlínica Municipal	00	00	01	1,6
USF 3	01	50	01	1,6
No Informado	01	50	09	14,3
<i>Lugar de Ocurrencia</i>				
Residencia	02	100	91	74
Escuela	00	00	04	3,3
Habitación Colectiva	00	00	00	00
Vía pública	00	00	02	1,6
Ignorado	00	00	25	20,3
No Informado	00	00	01	0,8
<i>Violencia de Repetición</i>				
Sí	01	50	31	25,2
No	00	00	17	13,8
Ignorado	00	00	62	50,4

Fuente: Tabla creada por las autoras a partir de datos de la Vigilancia Epidemiológica Municipal (2024).

**Tabla 6.** Caracterización de las ocurrencias notificadas por violencia autoprovocada según grupo de edad entre los años 2018 y 2022 a partir de las variables Medio de Agresión y Motivación

Variables	0 a 9 años (N=2)		10 a 19 años (N=123)	
	Freq.	%	Freq.	%
<i>Medio de Agresión</i>				
Ahorcamiento	00	00	03	2,4
Objeto Contundente	00	00	01	0,8
Objeto Pórfuro-Cortante	00	00	24	19,5
Envenenamiento/Intoxicación	00	00	54	43,9
Otro	01	50	27	22
Envenenamiento e Otro	00	00	01	0,8
Objeto Pórfuro-Cortante e Otro	00	00	02	1,6
Objet Pórfuro-Cortante e Envenenamiento	00	00	05	4,1
Objeto Contundente e Envenenamiento	00	00	01	0,8
Fuerza Corporal y Objeto Pórfuro-Cortante	00	00	01	0,8
No Informado	01	50	04	3,3
<i>Motivación</i>				
Conflicto Generacional	00	00	12	9,8
Otros	00	00	14	11,4
No se aplica	00	00	07	5,7
Ignorado	00	00	59	48
No Informado	02	100	31	25,2

Fuente: Tabla creada por las autoras a partir de datos de la Vigilancia Epidemiológica Municipal (2024).

### Datos de los óbitos por suicidio entre niños y adolescentes - SIM

Se registraron 36 óbitos por suicidio en el municipio entre los años 2018 y 2022; de este total, tres óbitos (8,3%) correspondían a personas en los grupos de edad estudiados, siendo todos adolescentes (Tabla 7).

**Tabla 7.** Cuantitativo de óbitos registrados por suicidio por año y grupo de edad

Año	0 a 9 años		10 a 19 años	
	Freq.	%	Freq.	%
2018	00	00	00	00
2019	00	00	02	67
2020	00	00	00	00
2021	00	00	01	33
2022	00	00	00	00
<b>Total</b>	00	00	03	100

Fuente: Tabla creada por las autoras a partir de datos provenientes del SIM/MS (2024).

En general, se identificó, entre los adolescentes con óbitos registrados por suicidio, la prevalencia de las siguientes características (Tabla 8): sexo masculino (66,7%; n=2); pardos (100%; n=3); de 4 a 7 años de escolaridad (66,7%; n=2); estudiantes (100%; n=3).

**Tabla 8.** Caracterización de las personas con óbitos registrados por suicidio según grupo de edad entre los años 2018 y 2022

Variables	0 a 9 años (N=2)		10 a 19 años (N=123)	
	Freq.	%	Freq.	%
<i>Sexo</i>				
Femenino	00	00	01	33,3
Masculino	00	00	02	66,7
<i>Raza/Color</i>				
Parda	00	00	03	100
<i>Escolaridad</i>				
04 a 07 años	00	00	02	66,7
08 a 11 años	00	00	01	33,3
<i>Ocupación</i>				
Estudiante	00	00	03	100

Fuente: Tabla creada por las autoras a partir de datos provenientes del SIM/MS (2024).

Sobre las características de las ocurrencias (Tabla 9): el domicilio se destacó como el principal lugar de suicidio (100%; n=3); todos por ahorcamiento, estrangulamiento o asfixia (CID: X70) (100%; n=3); teniendo los boletines de ocurrencia como la principal fuente de información (66,7%; n=3).

**Tabla 9.** Caracterización de las ocurrencias con óbitos registrados por suicidio según grupo de edad entre los años 2018 y 2022

Variables	0 a 9 años (N=2)		10 a 19 años (N=123)	
	Freq.	%	Freq.	%
<i>Lugar de Ocurrencia</i>				
Domicilio	00	00	03	100
04 a 07 años	00	00	02	66,7
08 a 11 años	00	00	01	33,3
<i>Causa de la Muerte por CIE</i>				
X70 Lesión autoprovocada intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento y asfixia.	00	00	03	100
<i>Fuente de Información</i>				
Boletín de Ocurrencia	00	00	02	66,7
Ignorado	00	00	01	33,3

Fuente: Tabla creada por las autoras a partir de datos provenientes del SIM/MS (2024).

## Discusión

Los resultados encontrados indican que la mayoría de las notificaciones de violencia autoprovocada se produjeron entre adolescentes, siendo este grupo de edad el único con óbito por suicidio en la muestra investigada. Las niñas presentaron un mayor número de notificaciones entre adolescentes, mientras que entre los niños hubo una notificación para cada sexo, aunque el sexo masculino predominó en los óbitos por suicidio. La población negra fue la principal identificada tanto en las notificaciones como en los óbitos, siendo el domicilio el principal lugar de ocurrencia en ambos casos, y la red de salud el principal lugar de derivación de las personas notificadas por violencia autoprovocada.

Los datos del Ministerio de Salud (SIM y SINAN), obtenidos entre los meses de octubre y noviembre de 2023, y de la Vigilancia Epidemiológica del municipio en estudio, muestran diferencias en el número de notificaciones y registros por suicidio en los diferentes grupos de edad, destacándose en este estudio las niñas y adolescentes. A nivel nacional, de las 585.855 notificaciones de violencia autoprovocada entre 2018 y 2022, 7.369 ocurrieron entre niños y 179.221 entre adolescentes ([Ministério da Saúde, 2023a](#)). En el contexto del estado, de las 19.677 notificaciones de violencia autoprovocada registradas durante el período de estudio (2018 a 2022), 128 eran de niños y 6.963 eran adolescentes ([Ministério da Saúde, 2023a](#)).

En lo que respecta a los óbitos registrados por suicidio, entre los años 2018 y 2021 (último año con datos disponibles en el SIM), a nivel nacional, de los 55.587 óbitos registrados por esta causa, 16 fueron de niños y 4.721 de adolescentes ([Ministério da Saúde, 2023b](#)). En el contexto del estado, entre 2018 y 2022, de los 1.268 óbitos por suicidio, 1 (uno) fue de un niño y 86 de adolescentes ([Secretaria de Estado da Saúde, 2023](#)).

De manera más específica, los resultados mencionados anteriormente coinciden con los datos nacionales y estatales, que presentan un bajo número de notificaciones de lesiones autoprovocadas y óbitos por suicidio en la infancia, en comparación con los demás grupos de edad ([Ministério da Saúde, 2023a](#); [Ministério da Saúde, 2023b](#); [Secretaria de Estado da Saúde, 2023](#)).

Casi no hay estadísticas sobre el comportamiento suicida en la infancia en Brasil y en el mundo [Sousa et al., 2017](#); [Avanci et al., 2021](#)). Los datos más recientes divulgados por la Organización Mundial de la Salud [World Health Organization, 2021](#)) sobre las estimaciones globales de suicidio, así como los informes del Ministerio de Salud (2021) referentes a la mortalidad por suicidio y a las notificaciones de lesiones autoprovocadas en Brasil entre 2010 y 2019, no presentan información específica para el grupo de edad en cuestión. En el caso del Ministerio de Salud, los datos se agrupan con los de adolescentes, abarcando el rango de edad de 5 a 14 años.

Algunos factores pueden influir en la subnotificación de estos datos: tabúes existentes sobre el comportamiento suicida, especialmente en la infancia, marcada por una visión romántica y positiva de ser niño; dificultad para delimitar qué es una lesión autoprovocada y comportamiento suicida en este grupo de edad, considerando las limitaciones para definir la intencionalidad del acto, ya que a veces se cree que fue solo un accidente; dificultad para determinar en qué momento el niño comprende el concepto de muerte, dado que para definir el comportamiento suicida es necesario tener conciencia de la finitud de la vida; falta de credibilidad hacia el relato y sufrimiento del niño; fragilidad de las estadísticas de los sistemas de información en salud, ya que abarcan solo una fracción del problema, dejando de lado la ideación suicida y la planificación; fragilidad de las estadísticas debido a que los datos abarcan en su mayoría la información de los servicios públicos de salud; subnotificaciones por errores en el registro por parte del propio profesional de salud (Avanci et al., 2021). Aunque tales factores inciden directa e indirectamente en los números, el comportamiento suicida entre niños, como señalan los datos presentados anteriormente, es un fenómeno presente que merece la atención y discusión de toda la sociedad, especialmente de padres y cuidadores, profesionales de diversos sectores involucrados en el cuidado de este grupo y gestores de políticas públicas.

En la adolescencia, por su parte, se observó que, tanto en el municipio de investigación como a nivel nacional y estatal, se trata del grupo de edad con el mayor número de notificaciones y óbitos en comparación con la infancia.

Se sabe que la adolescencia es una etapa marcada por muchos cambios (biológicos, emocionales y sociales) y desafíos. Es en este período cuando se inicia una nueva forma de relacionarse y percibir el mundo; el cuerpo experimenta modificaciones, se anhela una mayor libertad, se ingresan en grupos más específicos, comienza el proceso de construcción de la propia identidad, aumentan las responsabilidades y elecciones, y se reflexiona con mayor intensidad sobre la elección de profesión, entre otros. Tales aspectos pueden sugerir una mayor susceptibilidad a los factores de riesgo para el comportamiento suicida (Alpe & Alf, 2020) y pueden ayudar a explicar los altos índices de comportamiento suicida en este grupo de edad.

A continuación, se presenta la discusión sobre cada grupo de edad abordado en esta investigación, a partir de cada variable utilizada.

### Infancia – 0 a 9 años

Delimitar el comportamiento suicida en la infancia no es una tarea fácil. A diferencia de lo que se piensa, el niño también puede frustrarse, desilusionarse y sufrir. Para algunos niños, la etapa de la infancia puede ser dolorosa y estar marcada por inquietudes, miedos y angustias derivadas del contexto familiar, escolar y social en el que se encuentra (Macedo & Burgueira, 2020). Estas cuestiones pueden afectar directamente la salud mental de estos individuos, llevando incluso al comportamiento suicida.

En este contexto, algunos factores pueden señalarse como influyentes en el comportamiento suicida infantil: problemas escolares (como el bajo rendimiento, por ejemplo); exceso de actividades; bullying; antecedentes de violencia física y sexual; conflictos familiares, especialmente en relaciones marcadas por tensiones y rigidez que impiden la comunicación entre padres e hijos; muerte de un familiar o persona cercana por suicidio; y la presencia de algún trastorno mental, como el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, Trastornos de Personalidad y Depresión (Macedo & Burgueira, 2020; Sousa et al., 2017).

En el municipio objeto de estudio, aunque se presentó, durante el período de esta investigación, un número pequeño de notificaciones de violencia autoprovocada (n=2) en la infancia, y no se registró ningún fallecimiento por suicidio en este grupo de edad, el comportamiento suicida estuvo presente y merece ser destacado, indicando que se deben realizar acciones preventivas también dirigidas a este público.

Estos bajos registros en el municipio investigado, si bien pueden indicar que tal comportamiento no estuvo tan presente en la infancia, también pueden señalar una subnotificación. Se sabe que un número significativo de casos de comportamiento suicida en niños no se registra debido a la negación (por parte de la familia, profesionales y otros) y/o por sentimientos de culpa y vergüenza en las familias. Existen barreras socioculturales, religiosas y morales que enmascaran esta situación, dificultando la identificación del problema también en este grupo de edad (Bahia et al., 2017).

Un estudio realizado por [Avanci et al. \(2021\)](#) que buscó conocer la magnitud de las notificaciones, hospitalizaciones y muertes por lesiones autoprovocadas en niños en Brasil entre 2006 y 2017, identificó que el 80,8% de las lesiones autoprovocadas de niños en el país ocurrieron en sus hogares, corroborando los datos del presente estudio. A partir de los registros, no es posible delimitar con exactitud los factores que pueden influir en este dato. Sin embargo, se sabe que el hogar es el lugar donde el niño pasa la mayor parte de su tiempo y donde pueden surgir conflictos familiares que afectan directamente su salud mental y, en consecuencia, la presencia de comportamiento suicida.

En el municipio en cuestión, de las dos notificaciones identificadas, conforme los datos presentados anteriormente, una correspondía al sexo masculino y otra al sexo femenino, lo que impide trazar un perfil de sexo de los niños con comportamiento suicida a partir de estos datos.

En cuanto a la raza/color, se identificó en este estudio que los niños notificados eran de raza negra (pardos y negros). Esto contrasta con los datos encontrados en una investigación realizada por [Avanci et al. \(2021\)](#), donde el 46,2% de las notificaciones de lesiones autoprovocadas en Brasil correspondían a niños blancos y el 35,9% a pardos.

En este contexto, especialmente considerando que la población del municipio investigado es mayoritariamente negra, se indica la importancia de prestar atención también a la salud mental de este grupo, a través de acciones que minimicen los prejuicios y fortalezcan la identidad y el sentido de pertenencia de estos niños.

En esta línea, un estudio realizado en un CAPSij de São Paulo buscó identificar las estrategias utilizadas por el servicio para la atención a niños y adolescentes negros, destacándose entre las acciones: la participación y promoción de eventos relacionados con la cultura afro y la belleza de la persona negra; la confección de muñecas abayomi (muñecas negras que buscan transmitir y valorizar la cultura africana); visitas a museos y otros espacios africanos, y círculos de conversación/conferencias que abordan la desconstrucción del racismo y el reconocimiento de la identidad negra. Así, el estudio muestra la importancia de abrir espacios de reflexión y diálogo sobre las experiencias de estas personas,

especialmente como sujetos que sufren racismo, así como la necesidad de estrategias y acciones más allá del mes de noviembre (considerado el mes de la conciencia negra en Brasil) ([Barros et al., 2022](#)).

La iniciativa de este CAPSij de São Paulo se alinea con lo establecido por la Política Nacional de Salud Integral de la Población Negra, que destaca, en una de sus estrategias de acción, el fortalecimiento de la atención a la salud mental de los niños y de otros grupos etarios, con el objetivo de monitorear el crecimiento, desarrollo y prevención de agravios derivados de los efectos de la discriminación racial y exclusión social ([Ministério da Saúde, 2017](#)). De este modo, las acciones e intervenciones que prioricen la salud mental de los niños negros pueden/deben ser una de las estrategias de los servicios del SUS para el cuidado de estos individuos.

En esta discusión sobre el cuidado, el hecho de que una de las notificaciones no haya especificado si se realizó algún encaminamiento de esta niña hacia la red de atención se relaciona con la fragilidad de los registros y, posiblemente, de la atención al comportamiento suicida, también en este grupo etario. Así, la notificación pierde su función de cuidado y de posibilidad de seguimiento de estos casos en la prevención de agravios, incluido el suicidio.

Se entiende que la efectividad de este cuidado en el SUS también está relacionada (y no solo) con la garantía de formación continua y educación permanente para los trabajadores involucrados en la atención; con el objetivo de no perder de vista lo que representa una notificación que contemple la máxima cantidad de información, incluso para la construcción de políticas públicas dirigidas a estas personas. Además, estos procesos formativos pueden implicar en el fortalecimiento de la acogida y la escucha a estos niños con comportamiento suicida, reduciendo el tabú en el abordaje de esta temática, así como posibilitar acciones emancipadoras que contribuyan a enfrentar estigmas y determinismos, mejorando la calidad de vida.

En este sentido, es importante destacar la responsabilidad también del Sistema Único de Salud (SUS) en la garantía de este cuidado en Salud Mental Infantojuvenil. El municipio de estudio, hasta el momento, no cuenta con un servicio de salud específico orientado al cuidado en salud mental infantojuvenil, como un CAPSij, lo que señala la

necesidad de fortalecer los servicios existentes que ya brindan asistencia a la salud mental de los niños, en dirección a alcanzar las proposiciones del Ministerio de Salud de tratar al sujeto de manera integral y singular, priorizando la intersectorialidad del cuidado para este público.

Garantizar un cuidado integral en salud mental en este grupo etario es contribuir a la prevención de este comportamiento también en las etapas posteriores. Y para que el cuidado integral se consolide, es necesaria la integración de diversas políticas públicas que atiendan a este público, partiendo de la singularidad de cada individuo.

Desde esta perspectiva, el Servicio de Convivencia y Fortalecimiento de Vínculos ejemplifica un servicio de la política pública de Asistencia Social que puede favorecer el bienestar y la salud mental de los niños, además de actuar en la prevención del suicidio en este grupo etario. Este servicio se centra en el desarrollo de actividades que promueven la convivencia, el fortalecimiento de vínculos y la socialización, con énfasis en juegos ([Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome](#), 2013). De esta manera, al fortalecer los lazos y promover la socialización entre los niños, también contribuye al desarrollo de habilidades y a la promoción de la salud y el bienestar de este público, que a menudo no tiene su sufrimiento psíquico reconocido.

### Adolescencia - 10 a 19 años

La adolescencia, como se mencionó anteriormente, es un período marcado por diversas transformaciones y cambios (físicos, psicosociales y cognitivos). Este escenario puede dejar al adolescente vulnerable y expuesto a diversos factores de riesgo para el comportamiento suicida, como conflictos familiares y disfunciones en la dinámica familiar, la presencia de trastornos mentales (depresión, ansiedad, pánico, trastornos alimentarios, entre otros), abuso de sustancias psicoactivas, abuso sexual, maltrato, fácil acceso a medios letales, falta de apoyo social, problemas de interacción social y otros ([Alpe & Alf](#), 2020; [Schlösser et al.](#), 2014).

En el municipio investigado, la adolescencia fue el grupo etario con el mayor número de notificaciones de

violencia autoprovocada y suicidios, en comparación con los niños. Se observa un aumento significativo de las notificaciones entre los años 2018 y 2019 (el año con el mayor número), seguido de una caída en 2020 (primer año de la pandemia de COVID-19) y un nuevo aumento en 2021 que se extendió hasta 2022. Estos datos coinciden con el último boletín epidemiológico sobre mortalidad por suicidio y lesiones autoprovocadas en Brasil, que demuestran un aumento del 81% en la incidencia de suicidio entre adolescentes, pasando de 606 a 1.022 muertes entre los años 2010 y 2019 ([Ministério da Saúde](#), 2021). El suicidio en este grupo etario es la cuarta principal causa de muerte en todo el mundo entre adolescentes y jóvenes de 15 a 29 años ([Ministério da Saúde](#), 2021).

El sexo femenino predomina en estas notificaciones, mientras que el masculino se destaca en los números de muertes, coincidiendo con otros estudios realizados ([Fernandes et al.](#), 2020; [Luis et al.](#), 2021; [Silva et al.](#), 2021). Esta diferencia entre los sexos puede deberse a que las niñas están más propensas a buscar ayuda, mientras que los niños tienden a recurrir más al consumo de alcohol, a elegir métodos más letales y a mostrar una mayor inclinación hacia la violencia y comportamientos externalizantes (agresividad, impulsividad, conductas desafiantes, etc.) ([Fernandes et al.](#), 2020; [Luis et al.](#), 2021).

De manera similar a la realidad de los niños, los adolescentes negros (pardos y negros) representaron la mayoría de las notificaciones y registros de muertes por suicidio en esta investigación, lo que coincide con el estudio de [Silva et al.](#) (2021) y contrasta con los hallazgos de [Bahia et al.](#) (2017), que sugieren que los adolescentes blancos son más vulnerables al comportamiento suicida.

Corroborando los datos de la presente investigación, el Ministerio de Salud publicó en 2018 una cartilla con datos sobre muertes por suicidio entre adolescentes y jóvenes negros. Entre los datos encontrados, se afirmó que los adolescentes negros presentan un riesgo 67% mayor de suicidio que los blancos; por cada 100 suicidios en adolescentes blancos, ocurrieron 167 suicidios en adolescentes negros ([Ministério da Saúde](#), 2018, p. 38).

A la luz de estos datos del MS y de la información encontrada en este estudio, es posible inferir que la población negra es uno de los grupos más vulnerables al comportamiento suicida, dado que, a menudo, las quejas raciales son negligenciadas y subestimadas en los servicios de salud ([Ministério da Saúde, 2018](#)). En esta investigación, se trata de un municipio de mayoría negra; sin embargo, independientemente de esto, las acciones de enfrentamiento al racismo, a los prejuicios y a otras discriminaciones que puedan sufrir los adolescentes negros son esenciales para la promoción de la salud y la prevención del suicidio entre este grupo.

De manera similar a la población infantil, la red de salud fue el principal destino para el encaminamiento de adolescentes con comportamientos suicidas. En este sentido, el Ministerio de Salud orienta que, al considerar líneas de atención para la cuestión del suicidio en este público, se tomen en cuenta: la complejidad que involucra el comportamiento suicida, sin reducirlo a un comportamiento individual o a una enfermedad mental; los factores de vulnerabilidad que aumentan el riesgo; los diferentes niveles de prevención; la necesidad de una escucha activa a las personas y familias; entre otros aspectos ([Ministério da Saúde, 2010](#)).

Además de que la mayoría de las notificaciones se encaminó a la red de salud, se observa que la mayoría de los casos fue notificada por un servicio de salud de urgencia/emergencia — uno de los hospitales de la ciudad. Además de que los casos de comportamiento suicida están "llegando" a la red de salud básica y especializada en un estado más grave, este dato demuestra que la red de salud ha sido la principal involucrada con la temática del comportamiento suicida en el municipio de estudio, especialmente entre los adolescentes.

Se entiende, en este sentido, que otras redes (asistencia social, deporte, cultura, recreación, educación y otras) necesitan/deben involucrarse en el cuidado de la salud mental, especialmente de las personas en comportamiento suicida. Se trata de espacios/servicios de suma importancia para el cuidado de estas personas, dado su compromiso de ofrecer mejores condiciones de vida, mediante la garantía de educación, acceso a la alimentación, ingresos, sociabilidad, deporte, cultura y recreación. Así, estos servicios pueden y deben promover acciones/intervenciones y políticas públicas con

miras al bienestar emocional, la psicoeducación sobre los riesgos de la autolesión (suicida o no suicida), intervenciones que contribuyan a manejar el estrés y la frustración, entre otras posibilidades.

Los números registrados de violencia autoprovocada entre adolescentes son elevados y llaman la atención sobre la dimensión de este fenómeno en el municipio de estudio. En este sentido, se vuelve importante problematizar en qué medida estos espacios/servicios han sido efectivos para la mejora de la salud mental de la población, especialmente de los adolescentes. Además, los datos presentados refuerzan la necesidad de que los servicios públicos municipales estén sensibles al registro, acogida, atención y cuidado de aquellos adolescentes que presentan comportamiento suicida.

### Consideraciones finales

La presente investigación buscó caracterizar los casos registrados de violencia autoprovocada y los óbitos por suicidio entre niños y adolescentes, de 2018 a 2022, en un municipio del interior. Los resultados indicaron que el comportamiento suicida en el municipio en cuestión está más presente entre el público adolescente, con escasos registros de notificaciones y ninguna ocurrencia de óbito entre niños durante el período de estudio. Las características de las personas y de las ocurrencias son similares, observándose que las niñas presentaron un mayor número de notificaciones de violencia autoprovocada, mientras que los niños registraron un mayor número de óbitos por suicidio, lo que concuerda con los datos nacionales y estatales. La población negra fue la principal identificada entre las lesiones autoprovocadas y los óbitos por suicidio en ambas franjas etarias. La residencia fue el principal lugar de ocurrencia en ambos registros, y el ahorcamiento, estrangulamiento o asfixia fue el principal medio de agresión/causa de muerte en ambos casos.

Se constata que, aunque existen pocos datos sobre el comportamiento suicida en el municipio de estudio, se trata de un fenómeno presente que exige respuestas amplias y eficaces por parte de padres y responsables, educadores, profesionales de diversos sectores y áreas, así como del poder público, con el fin de minimizar el creciente número de casos en el municipio y en el país.

Se identificaron algunas limitaciones que son importantes de señalar, dado que reflejan el escenario de la temática de las notificaciones de violencia autoprovocada y los registros de óbitos por suicidio en el municipio. Estas son: el corto período temporal de análisis de los datos y la experiencia de la COVID-19 durante ese tiempo, la fragilidad de las notificaciones, los impactos que los cambios en los sistemas de información pueden haber tenido en los datos y las limitaciones para generalizar los resultados.

Se pudieron observar fragilidades en las notificaciones debido a la señalización inadecuada y/o a la ausencia de datos considerados importantes para caracterizar fielmente la muestra, tales como: orientación sexual, presencia de trastornos/discapacidad, situación conyugal, nivel educativo, identidad de género, entre otros. Algunos factores que pueden contribuir a esta fragilidad incluyen la falta de formación profesional para el llenado de los formularios, la dificultad para comprender la importancia de la notificación, la presencia de tabúes y estigmas relacionados con el comportamiento suicida, además de la sobrecarga de los profesionales, quienes suelen priorizar otras tareas en detrimento de las notificaciones. Esta problemática podría ser minimizada mediante la inversión en espacios de capacitación/formación que busquen la cualificación y preparación de profesionales y gestores sobre la importancia de realizar notificaciones y su función para comprender el perfil epidemiológico de este agravio en el municipio, así como para mejorar la calidad de los registros.

En lo que respecta al cambio de sistemas de información, durante el periodo de investigación, el estado donde se localiza el municipio comenzó a utilizar un sistema propio de notificación, con el objetivo de mejorar los datos del SINAN y acelerar la disponibilidad de estos. Por lo tanto, se supone que durante esta transición, hasta la completa capacitación del personal y la disponibilidad del sistema en todos los servicios, pudieron haber surgido dificultades en la recolección de datos. Además, el corto período temporal para el análisis de datos (2018 a 2022), junto con la experiencia de la COVID-19, que comenzó en 2020 y se incluye en este estudio, podrían haber afectado negativamente la recopilación de datos sobre violencia en el municipio y en todo el estado. Este fue un periodo en el que los servicios de salud estaban centrados en atender

a las personas infectadas por el virus y, en ocasiones, los trabajadores se encontraban abrumados por las demandas impuestas por la pandemia, relegando otras necesidades a un segundo plano.

De este modo, se presume que la fragilidad de las notificaciones, el cambio de sistemas y la pandemia de COVID-19 también pueden haber impactado los datos del municipio en estudio. Estas limitaciones iniciales pueden haber generado, además, dificultades en la generalización de los datos. Dado que las subnotificaciones complican la posibilidad de extrapolar estos datos a otros municipios, a pesar de que en la región de salud correspondiente los perfiles municipales sean similares.

Es importante destacar que, aunque el municipio es considerado una referencia en salud en el norte del estado, existen lagunas y una falta de servicios con atención específica para la salud mental infantojuvenil, como el CAPSIJ, por ejemplo. Esta situación puede dificultar la descripción precisa de este fenómeno en el municipio, complicando la generalización de los resultados a otros municipios y la construcción de nuevas teorías sobre el comportamiento suicida en áreas rurales. Esto indica la necesidad de realizar más estudios sobre este fenómeno, que, como se puede inferir a partir de la investigación, está aún más permeado por tabúes, estigmas y prejuicios en estas regiones del país.

Se señala además que este estudio es una investigación descriptiva, que no busca demostrar asociaciones entre diferentes variables, lo que contribuye a limitar el potencial de extrapolar los resultados a otros municipios.

Por último, se considera que esta investigación ofrece un panorama del comportamiento suicida entre la población infantojuvenil en un municipio del interior, permitiendo la reflexión y el análisis de las estrategias y acciones adoptadas para la atención a este público, especialmente en lo que respecta a la promoción de la salud mental y el bienestar. De este modo, se espera que esta investigación contribuya como apoyo para la creación de nuevas estrategias, acciones, capacitaciones y políticas públicas dirigidas a la población infantojuvenil, con un enfoque particular en el comportamiento suicida. Adicionalmente, se sugiere la realización de otras investigaciones, especialmente estudios de diseño longitudinal, en

este municipio y/o en otros del interior, con el objetivo de examinar las tendencias del comportamiento suicida en estas regiones, así como comprender las razones detrás de este comportamiento entre la población infantojuvenil.

### Contribuciones de los autores

Los autores declararon haber realizado contribuciones sustanciales al trabajo en términos de la concepción o diseño de la investigación; la adquisición, análisis o interpretación de datos para el trabajo; y la redacción o revisión crítica de contenido intelectual relevante. Todos los autores aprobaron la versión final a ser publicada y acordaron asumir la responsabilidad pública por todos los aspectos del estudio.

### Conflictos de intereses

No se declaró ningún conflicto financiero, legal o político que involucre a terceros (gobierno, empresas y fundaciones privadas, etc.) para ningún aspecto del trabajo sometido (incluyendo, pero sin limitarse a, subvenciones y financiamientos, participación en consejos consultivos, diseño del estudio, preparación del manuscrito, análisis estadístico, etc.).

### Indexadores

La Revista de Psicología, Diversidade e Saúde está indexada en [DOAJ](#), [EBSCO](#) y [LILACS](#).



### Referencias

Alpe, A. O.-E. S., & Alf, A. M. (2020). Significados atribuidos ao comportamento suicida por adolescentes do sexo feminino [Significados atribuidos a la conducta suicida por parte de adolescentes femeninas]. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 11(3), 99-115. <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2020v11n3p99>

Avanci, J. Q., Pinto, L. W., & Assis, S. G. D. (2021). Notificações, internações e mortes por lesões autoprovocadas em crianças nos sistemas nacionais de saúde do Brasil [Notificaciones, hospitalizaciones y muertes por lesiones autoinfligidas en niños en los sistemas nacionales de salud en Brasil]. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(suppl 3), 4895-4908. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.35202019>

Bahia, C. A., Avanci, J. Q., Pinto, L. W., & Minayo, M. C. S. (2017). Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: Perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil [Autolesiones en todos los ciclos de la vida: perfil de las víctimas en los servicios de urgencia y emergencia de las capitales brasileñas]. *Ciência e Saúde Coletiva*, 22(9), 2841-2850. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.12242017>

Barros, S., Santos, J. C. D., Candido, B. D. P., Batista, L. E., & Gonçalves, M. M. (2022). Atención a la salud mental de niños y adolescentes negros y el racismo. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 26, 1-18. <https://doi.org/10.1590/interface.210525>

Botega, N. J. (2015). *Crise Suicida: Avaliação e Manejo* [Crisis suicida: evaluación y manejo]. Artmed.

Fernandes, F. Y., Freitas, B. H. B. M., Marcon, S. R., Arruda, V. L., Lima, N. V. P., Bortolini, J., & Gaíva, M. A. M. (2020). Tendencia al suicidio en adolescentes brasileños entre 1997 y 2016. *Epidemiologia e serviços de saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil*, 29(4), 1-10. <https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000400025>

Lacerda, M. P. (2016). A pesquisa em cidades pequenas [Investigación en ciudades pequeñas]. *Currículo sem fronteiras*, 16(1), 78-98. <https://www.curriculosemfronteiras.org/vol16iss1articles/lacerda.pdf>

Luis, M. A., Monroy, N. A. J., de Godoi, L. G., & Leite, F. M. C. (2021). Lesión autoprovocada entre adolescentes: prevalencia y factores asociados. *Espírito Santo, Brasil. Aquichan*, 21(3), e2133. <https://doi.org/10.5294/aqui.2021.21.3.3>

Macedo, F. L., & Burgueira, D. S. (2020). Suicídio Infantil: Por quais motivos o suicídio na infância está começando tão cedo [Suicidio infantil: por qué el suicidio infantil comienza tan temprano]. *Revista InterCiência - IMES Catanduva*, 1(4), 65-73. <https://www.fafica.br/revista/index.php/interciencia/article/view/141>

Marín-León, L., Oliveira, H. B. D., & Botega, N. J. (2012). Suicide in Brazil, 2004-2010: The importance of small counties [Suicidio en Brasil, 2004-2010: La importancia de los pequeños municipios]. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 32(5), 351-359. [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/9245/v32n5a05\\_351-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/9245/v32n5a05_351-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

- Ministério da Saúde. (2010). *Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde* [Lineamientos nacionales para la atención integral de la salud de adolescentes y jóvenes en la promoción, protección y recuperación de la salud]. Ministério da Saúde. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_atencao\\_saude\\_adolescentes\\_jovens\\_promocao\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf)
- Ministério da Saúde. (2017). *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: Uma política para o SUS* [Política Nacional de Salud Integral de la Población Negra: Una política para el SUS]. Ministério da Saúde. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_populacao\\_negra\\_3d.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf)
- Ministério da Saúde. (2018). *Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros 2012 a 2016* [Muertes por suicidio entre adolescentes y jóvenes negros de 2012 a 2016]. Universidade de Brasília, Observatório de Saúde de Populações em Vulnerabilidade. Ministério da Saúde e Universidade de Brasília. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/obitos\\_suicidio\\_adolescentes\\_negros\\_2012\\_2016.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/obitos_suicidio_adolescentes_negros_2012_2016.pdf)
- Ministério da Saúde. (2021). *Boletim epidemiológico: Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil (Boletim Epidemiológico 33)* [Boletín epidemiológico: Mortalidad por suicidio y denuncias de autolesiones en Brasil (Boletín Epidemiológico 33)]. Secretaria de Vigilância em Saúde: Ministério da Saúde. [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim\\_epidemiologico\\_svs\\_33\\_final.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf)
- Ministério da Saúde. (2023a). *Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan* [Sistema de Información de Enfermedades de Declaración Obligatoria – Sinan]. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/violencia/bases/violebrnet.def>
- Ministério da Saúde. (2023b). *Sistema de Informação sobre Mortalidade – DataSUS* [Sistema de Información sobre Mortalidad – DataSUS]. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (2013). *Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais* [Clasificación Nacional de Servicios de Asistencia Social]. [https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Normativas/tipificacao.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/tipificacao.pdf)
- Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. (2012). Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Proporciona directrices y estándares regulatorios para la investigación que involucra a seres humanos]. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)
- Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. (2016). Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais [Establece las normas aplicables a la investigación en Ciencias Humanas y Sociales]. <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
- Scavacini, K., & Cacciaccaro, M. F. (2019). Automutilação e suicídio de crianças e adolescentes [Autolesiones y suicidio en niños y adolescentes]. In K. Scavancini (org.). *História de Sobreviventes do Suicídio* (vol. 2, p. 13 – 22). Instituto Vita Alere de Prevenção e Posvenção do Suicídio. [https://vitalere.com.br/wp-content/uploads/2020/03/Ebook\\_Histo%CC%81rias-de-sobreviventes-do-suici%CC%81dio-2-Karen-Scavacini.pdf](https://vitalere.com.br/wp-content/uploads/2020/03/Ebook_Histo%CC%81rias-de-sobreviventes-do-suici%CC%81dio-2-Karen-Scavacini.pdf)
- Schlösser, A., Rosa, G. F. C., & More, C. L. O. O. (2014). Revisão: Comportamento Suicida ao Longo do Ciclo Vital [Revisión: comportamiento suicida a lo largo del ciclo vital]. *Temas Em Psicologia*, 22(1), 133–145. <https://doi.org/10.9788/TP2014.1-11>
- Secretaria de Estado da Saúde. (2023). *Sistema de Informação de Mortalidade – Tabnet Data* [Sistema de Información sobre Mortalidad – Tabnet Data]. <http://tabnet.saude.es.gov.br/cgi/deftohtm.exe?tabnet/SIM/SIM2006/sim2006.def>
- Silva, P. J. C., Feitosa, R. A., Machado, M. F., Quirino, T. R. L., Correia, D. S., Wanderley, R. A., & Souza, C. D. F. (2021). Perfil Epidemiológico e tendência temporal da mortalidade por suicídio em adolescentes [Perfil epidemiológico y tendencia temporal de la mortalidad por suicidio en adolescentes]. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 70(3), 224–235. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000338>
- Silva Filho, O. C., & Minayo, M. C. S. (2021). Triplo tabu: Sobre o suicídio na infância e na adolescência [Triple tabú: Sobre el suicidio en la infancia y la adolescencia]. *Ciência e Saúde Coletiva*, 26(7), 2693–2698. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.07302021>
- Simões, E. V., Oliveira, A. M. N., Pinho, L. B., Lourenção, L. G., Oliveira, S. M. de, & Farias, F. L. R. (2021). Motivos atribuídos a intentos de suicídio: percepção de adolescentes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(Suppl 3). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0163>
- Sousa, G. S. D., Santos, M. S. P. D., Silva, A. T. P. D., Perrelli, J. G. A., & Sougey, E. B. (2017). Revisão de literatura sobre suicídio na infância [Revisión de la literatura sobre el suicidio infantil]. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(9), 3099–3110. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.14582017>
- World Health Organization. (2021). *Suicide worldwide in 2019: Global Health Estimates* [Suicidio en todo el mundo en 2019: estimaciones de salud mundial]. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>