



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE ANIMAL INTEGRADA A SAÚDE
PÚBLICA

JOÃO PAULO BRITO DA COSTA

RELATÓRIO DAS ATIVIDADES REALIZADAS DURANTE O
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE ANIMAL INTEGRADA À SAÚDE
PÚBLICA

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA E DO
SUICÍDIO EM ADOLESCENTES NO RECIFE: UMA ANÁLISE DOS DADOS DO
DATASUS (2019–2024)

RECIFE, 2026

JOÃO PAULO BRITO DA COSTA

**RELATÓRIO DAS ATIVIDADES REALIZADAS DURANTE O
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE ANIMAL INTEGRADA À SAÚDE
PÚBLICA**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA E DO
SUICÍDIO EM ADOLESCENTES NO RECIFE: UMA ANÁLISE DOS DADOS DO
DATASUS (2019–2024)**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência em Saúde Animal Integrada à Saúde Pública da Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE) como requisito para obtenção do título de Especialista em Saúde Animal Integrada a Saúde Pública.

RECIFE, 2026

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Sistema Integrado de Bibliotecas da UFRPE
Bibliotecário(a): Auxiliadora Cunha – CRB-4 1134

C838r Costa, João Paulo Brito da.
Rel. das atividades realizadas durante o Programa de Residência em Saúde Animal Integrada à Saúde Pública/Perfil epidemiológico da violência autoprovocada e do suicídio em adolescentes no Recife: uma análise dos dados do DATASUS (2019-2024) / João Paulo Brito da Costa. - Recife, 2026.
52 f.; il.

Orientador(a): Rinaldo Aparecido Mota.

Trabalho de Conclusão de Curso (Residência) – Universidade Federal Rural de Pernambuco, Residência em Área Profissional de Saúde em Medicina Veterinária, Recife, BR-PE, 2026.

Inclui referências e anexo(s).

1. Saúde Pública. 2. Vigilância em Saúde. 3. Violência Autoprovocada. 4. Suicídio 5. Adolescentes - Comportamento suicida. I. Mota, Rinaldo Aparecido, orient. II. Título

CDD 636.089



UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA VETERINÁRIA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE ANIMAL INTEGRADA À SAÚDE
PÚBLICA

**RELATÓRIO DAS ATIVIDADES REALIZADAS DURANTE O PROGRAMA DE
RESIDÊNCIA EM SAÚDE ANIMAL INTEGRADA À SAÚDE PÚBLICA / PERFIL
EPIDEMIOLÓGICO DA VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA E DO SUICÍDIO EM
ADOLESCENTES NO RECIFE: UMA ANÁLISE DOS DADOS DO DATASUS (2019–
2024)**

Trabalho de conclusão de Residência elaborado por

JOÃO PAULO BRITO DA COSTA

Aprovado em 27/02/2026

BANCA EXAMINADORA:

Professor Doutor Rinaldo Aparecido Mota – DMV/UFRPE - presidente/tutor

Mestra Úrsula Maria de Araújo Silva Gusmão – SMS/Recife-PE - membro titular

Mestra Thaysa Kelly Souza – SMS/Recife-PE - membro titular

RESUMO

O presente relatório descreve a experiência vivenciada no Programa de Residência em Saúde Animal Integrada à Saúde Pública, da Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE), no período de março de 2024 a janeiro de 2026. A trajetória compreendeu uma etapa inicial de fundamentação teórica seguida da prática em saúde pública com atuação no Distrito Sanitário 5 e na Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde (SEVS), na cidade do Recife. No nível distrital, as atividades foram desenvolvidas em diversos setores como Equipe Multiprofissional (eMulti), Vigilância Epidemiológica (VE), Vigilância Sanitária (VISA), Política Municipal de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (PMAISAJ), Vigilância em Saúde Ambiental (VSA), entre outros. Apresenta também um estudo epidemiológico que analisou o comportamento suicida em adolescentes (10-19 anos) no Recife entre 2019 e 2024, utilizando dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). As 1.634 notificações concentraram-se no sexo feminino (80,7%) e em jovens negros (73,1%), com o envenenamento no domicílio como principal método. Inversamente, os 39 óbitos foram majoritariamente masculinos (71,8%), tendo o enforcamento como meio predominante. O trabalho destaca ainda a cronicidade do fenômeno, com uma taxa de repetição de 41,7%, e aponta falhas na notificação, evidenciadas pelos 59,8% de escolaridade ignorada. Conclui-se que o enfrentamento do problema exige o fortalecimento das notificações e a criação de políticas públicas preventivas que considerem as desigualdades de gênero e raça na juventude.

Palavras-chave: Saúde Pública; Vigilância em Saúde; Violência Autoprovocada; Suicídio.

ABSTRACT

This report describes the experience gained during the Residency Program in Animal Health Integrated with Public Health at the Federal Rural University of Pernambuco (UFRPE), from March 2024 to January 2026. The trajectory comprised an initial theoretical foundation stage followed by public health practice at the Sanitary District 5 and the Executive Secretariat for Health Surveillance (SEVS) in the city of Recife. At the district level, activities were developed across several sectors, such as the Multiprofessional Team (eMulti), Epidemiological Surveillance (VE), Sanitary Surveillance (VISA), Municipal Policy for Integral Health Care for Adolescents and Youth (PMAISAJ), and Environmental Health Surveillance (VSA), among others. It also presents an epidemiological study that analyzed suicidal behavior among adolescents (10-19 years old) in Recife between 2019 and 2024, using data from the Notifiable Diseases Information System (SINAN) and the Mortality Information System (SIM). The 1,634 notifications were concentrated among females (80.7%) and Black youth (73.1%), with poisoning at home as the primary method. Conversely, the 39 deaths were mostly male (71.8%), with hanging as the predominant means. The study also highlights the chronicity of the phenomenon, with a repetition rate of 41.7%, and points to gaps in notification, evidenced by 59.8% of ignored educational background data. It concludes that addressing this issue requires strengthening notification processes and creating preventive public policies that account for gender and racial inequalities in youth.

Keywords: Public Health; Health Surveillance; Self-inflicted Violence; Suicide.

LISTAS DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa do Recife com divisão por Distritos Sanitários.	10
Figura 2 - Colegiado eMulti com as coordenações dos oito Distritos Sanitários.....	12
Figura 3 - Apresentação do Protocolo de Reabilitação Intelectual do Recife.....	13
Figura 4 - Discussão de casos no conselho tutelar com assistente social.....	13
Figura 5 - Grupo de idosos da USF+ Iraque, bairro de Areias.....	14
Figura 6 - Capacitação profilaxia da raiva humana, Policlínica Amauri Coutinho.....	15
Figura 7 - Sala de Situação no Conselho Municipal de Saúde.....	16
Figura 8 - Investigação epidemiológica hospitalar de óbitos infantis e fetais.....	17
Figura 9 - Capacitação na Indústria ASA sobre fichas de notificação de Acidente de Trabalho.....	18
Figura 10 - Descarte de alimentos vencidos em supermercado. Inspeção motivada por denúncia.....	20
Figura 11 - Pescado com temperatura acima da permitida para acondicionamento.	20
Figura 12 - Panorama geral de indicadores de saúde na Atenção Básica na ferramenta Power BI.	21
Figura 13 - Grupo de Trabalho Intersetorial	22
Figura 14 - Ação alimentação saudável Creche Recife 2000.....	24
Figura 15 - Ação saúde sexual e reprodutiva na Escola Débora Feijó.....	24
Figura 16 - Ação diversidade de gênero na Escola Barão de Bonito.	25
Figura 17 - Recolhimento de larvas em depósito positivo para <i>Aedes aegypti</i> , durante o LIRAa.....	26
Figura 18 - Recolhimento de palheta para contagem de ovos.....	26
Figura 19 - Ação educativa durante bloqueio antirrábico.	27
Figura 20 - Recolhimento de mechas no Rio Tejipió.....	28
Figura 21 - Ação Ninar nos Terreiros.....	29
Figura 22 - Gráfico do número de notificações de violência autoprovocada de adolescentes (10-19 anos). Recife, 2019-2024.	40
Figura 23 - Gráfico do Número óbitos por suicídio de adolescentes (10-19 anos). Recife, 2019-2024.....	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico/socioeconômico das notificações de violência autoprovocada de adolescentes (10-19 anos). Recife, 2019-2024.....	41
Tabela 2 - Meios de agressão, locais de ocorrência e violência de repetição segundo o sexo. Recife, 2019-2024.	42
Tabela 3 - Perfis sociodemográficos e socioeconômicos, locais de ocorrência e meio utilizado dos óbitos por suicídio de adolescentes (10-19 anos). Recife, 2019-2024.....	44

SUMÁRIO

I CAPÍTULO 1: RELATÓRIO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE ANIMAL INTEGRADA À SAÚDE PÚBLICA..	9
1 INTRODUÇÃO.....	9
2 ATIVIDADES DESENVOLVIDAS.....	9
2.1 MARÇO E ABRIL DE 2024: DISCIPLINAS TEÓRICAS	11
2.2 MAIO A AGOSTO DE 2024: EQUIPE MULTIPROFISSIONAL (EMULTI).....	11
2.3 SETEMBRO DE 2024: SECRETARIA EXECUTIVA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (SEVS)	14
2.4 OUTUBRO A DEZEMBRO DE 2024: VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (VE) E VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR (VISAT).....	16
2.5 FEVEREIRO A ABRIL DE 2025: VIGILÂNCIA SANITÁRIA (VISA) E MONITORAMENTO/PLANEJAMENTO	18
2.6 MAIO A JULHO DE 2025: POLÍTICA MUNICIPAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE ADOLESCENTES E JOVENS (PMAISAJ) E PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE).....	22
2.7 AGOSTO A NOVEMBRO DE 2025: VIGILÂNCIA EM SAÚDE AMBIENTAL (VSA) ..	25
2.8 JANEIRO DE 2026: RETORNO À EQUIPE MULTIPROFISSIONAL (EMULTI)	29
2.9 ATIVIDADES COMPLEMENTARES E TRANSVERSAIS INTERSETORIAIS	29
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS	31
II CAPÍTULO 2: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA E DO SUICÍDIO EM ADOLESCENTES NO RECIFE: UMA ANÁLISE DOS DADOS DO DATASUS (2019–2024).....	33
1 INTRODUÇÃO.....	35
2 METODOLOGIA	38
3 RESULTADOS	39
3.1 PERFIL DAS NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA REGISTRADAS NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN) NO PERÍODO DE 2019 A 2024	39
3.2 PERFIL DOS ÓBITOS POR SUICÍDIO REGISTRADOS NO SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE (SIM) NO PERÍODO DE 2019 A 2024	42
3.3 CÁLCULO DE LETALIDADE.....	44
3.4 O PERÍODO DA PANDEMIA DE COVID-19	45
4 DISCUSSÃO	45
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERÊNCIAS	48

ANEXO A - Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada	50
ANEXO B - Declaração de Óbito Epidemiológica	52

I CAPÍTULO 1: RELATÓRIO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE ANIMAL INTEGRADA À SAÚDE PÚBLICA

1 INTRODUÇÃO

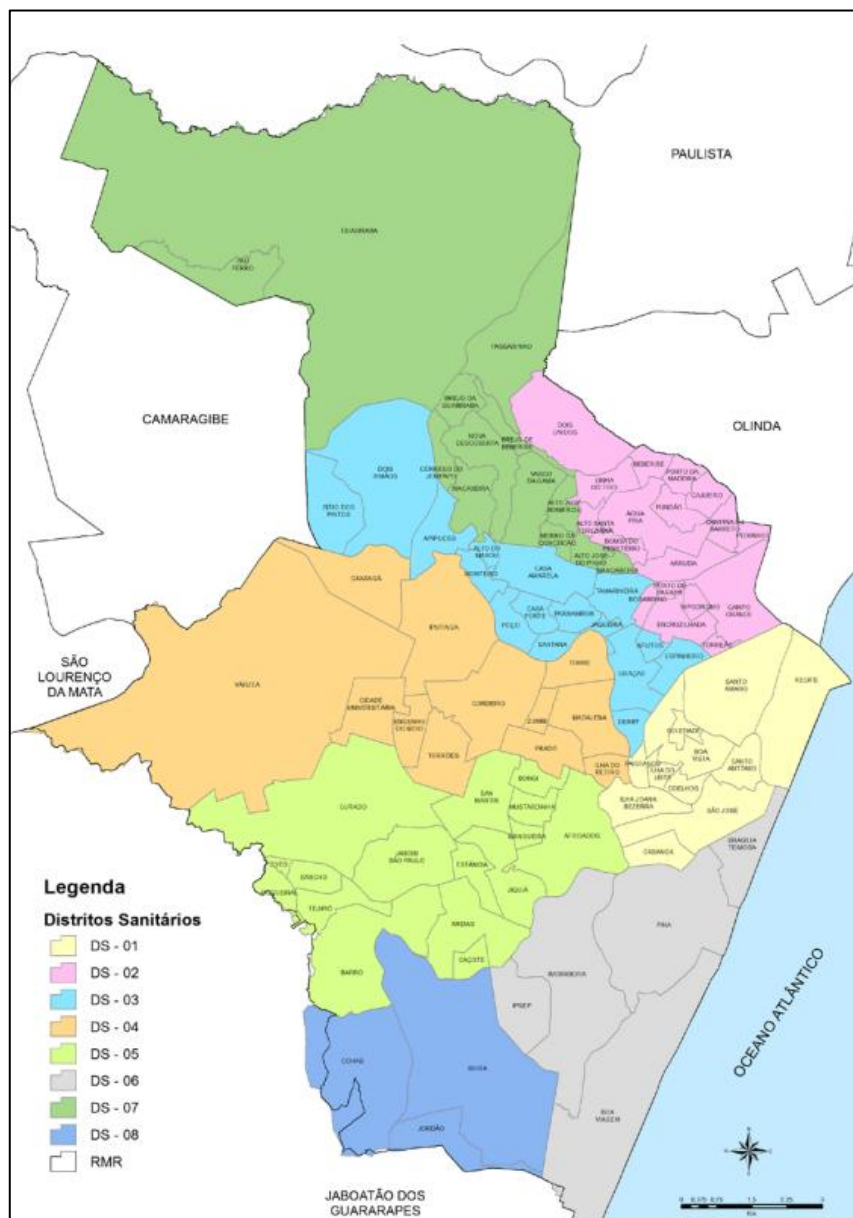
Este relatório descreve as atividades desenvolvidas no período de março de 2024 a janeiro de 2026, no âmbito do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde. Esta modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, instituída pela Lei nº 11.129 (Brasil, 2025) constitui-se como uma estratégia intersetorial fundamental para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Através da formação em serviço, a Residência promove a integração entre o ensino, o serviço e a comunidade, capacitando profissionais para uma atuação crítica, reflexiva e pautada na integralidade do cuidado. O Programa de Residência em Saúde Animal Integrada à Saúde Pública é voltado ao treinamento em serviço e destinado a médicos(as) veterinários(as), com regime de tempo integral, e duração de 24 meses, equivalendo a uma carga horária mínima de 5.760 horas, sendo 1.152 horas (20%) de atividades teórico e teórico-práticas e 4.608 horas (80%) de atividades práticas, distribuídos em 60 horas semanais.

Ao longo do programa, a atuação nos diversos setores da rede de saúde proporcionou não apenas o desenvolvimento de competências técnicas específicas, mas também a compreensão da gestão pública como uma ferramenta de transformação social e garantia de direitos.

2 ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

A cidade do Recife, capital de Pernambuco, apresenta um cenário de saúde dinâmico e complexo, caracterizado por uma densa rede de serviços, devido às dimensões do território e por desafios epidemiológicos típicos de uma metrópole. A gestão da saúde no município é estruturada pela Secretaria de Saúde do Recife (SESAU), organizada em dois níveis de atuação complementares, o Nível Central, responsável pelo planejamento estratégico, formulação de políticas municipais de saúde, coordenação logística e monitoramento epidemiológico de toda a cidade e o Nível Distrital. O município é dividido em oito Distritos Sanitários (Figura 1), que funcionam como braços executores da gestão em territórios específicos, garantindo a descentralização e a proximidade com as necessidades reais da população.

Figura 1 - Mapa do Recife com divisão por Distritos Sanitários.



Fonte: Diretoria de Planejamento, Orçamento e Gestão da Informação/ SECG/SESAU. Recife, 2018.

As atividades práticas do programa foram desenvolvidas em sua maioria no Distrito Sanitário 5 (DS-V), com sede na Rua Emília Torreão, 135 – Afogados. O distrito compreende os territórios dos bairros Afogados, Areias, Barro, Bongü, Caçote, Coqueiral, Curado, Estância, Jardim São Paulo, Jiquiá, Mangueira, Mustardinha, Sancho, San Martin, Tejió e Totó, com perfis socioeconômicos diversos e áreas de vulnerabilidade que demandam uma vigilância ativa e um planejamento em saúde efetivo. A atuação em nível distrital permitiu a vivência direta na Atenção Básica, através da DDAB (Divisão Distrital de Atenção Básica) e da Vigilância em Saúde (Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental e Vigilância em

Saúde do Trabalhador), proporcionando uma visão sistêmica de como as políticas públicas são implementadas no território. Também atuei na Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde (SEVS), no nível central, onde foi possível observar a consolidação dos dados provenientes dos distritos e a articulação de estratégias que norteiam as ações de saúde para toda a população do município.

2.1 MARÇO E ABRIL DE 2024: DISCIPLINAS TEÓRICAS

Conforme estabelecido pelo regimento interno e pelo projeto pedagógico do Programa de Residência, as atividades teóricas e teórico-práticas compõem 20% da carga horária total, sendo essenciais para a qualificação do profissional em serviço. No bimestre inicial (março e abril de 2024), a formação concentrou-se no ciclo de disciplinas obrigatórias. Foram elas: Bioética e Ética Profissional em Medicina Veterinária, Bioestatística, Epidemiologia e Medicina Veterinária Preventiva, Metodologia Científica, Integração Ensino e Serviço e Políticas Públicas de Saúde.

2.2 MAIO A AGOSTO DE 2024: EQUIPE MULTIPROFISSIONAL (EMULTI)

A primeira política que atuei na prática foi a eMulti (Equipe Multiprofissional). Ela fundamenta-se na Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023, que instituiu as Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (APS). Esta normativa reestruturou o suporte especializado na rede, visando fortalecer a intersetorialidade, o cuidado longitudinal e o apoio matricial às Equipes de Saúde da Família (eSF) (Brasil, 2023). No contexto municipal, as ações alinham-se às diretrizes da Secretaria de Saúde do Recife para a ampliação da resolutividade clínica. No Recife, as equipes Multi são constituídas pelas seguintes categorias profissionais: psicólogo, fonoaudiólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e nutricionista. Durante o período de atuação, desenvolvi atividades junto à coordenação das equipes, sendo elas de gestão, apoio assistencial e planejamento estratégico.

Participei de reuniões com as Equipes de Saúde da Família para discussão de casos complexos e definição de fluxos de cuidado, discutindo quais profissionais poderiam atuar no caso, mas sabendo que o caso é de interesse de toda a equipe envolvida. Foram conduzidas reuniões de devolutiva para monitorar o andamento e a resolução das demandas encaminhadas, garantindo a continuidade da assistência e a eficácia das intervenções.

Elaborei planilhas e gráficos de produção dos profissionais da eMulti. Esta atividade permitiu a avaliação quantitativa da produtividade, auxiliando a coordenação distrital na identificação de gargalos e na tomada de decisões baseada em evidências.

Particpei de reuniões de colegiado com as coordenações de outros Distritos Sanitários, promovendo a troca de experiências e a padronização de condutas (Figura 2). Também participei de reuniões com a coordenação do programa de residência em saúde da Universidade Federal de Pernambuco, que serviu para organizar a eMulti como campo de prática e ensino.

Figura 2 - Colegiado eMulti com as coordenações dos oito Distritos Sanitários.



Fonte: Autor (2024).

Durante o período, o município estava elaborando o Protocolo de Reabilitação Intelectual do Recife e a eMulti atuou nos espaços de diálogo (Figura 3). Integrei o Grupo de Trabalho (GT) sobre Acolhimento, visando otimizar a porta de entrada e a humanização do atendimento nas unidades de saúde.

Realizei visitas domiciliares multiprofissionais (acompanhado de fisioterapeuta, assistente social, fonoaudiólogo, entre outros) para o atendimento de pacientes com restrição de mobilidade ou vulnerabilidade social. Existem casos que necessitaram de ação conjunta junto ao Conselho Tutelar, para fortalecer a rede de proteção à criança e ao adolescente e pude participar dessas discussões (Figura 4).

Figura 3 - Apresentação do Protocolo de Reabilitação Intelectual do Recife.



Fonte: Autor (2024).

Os profissionais da eMulti também atuam na promoção de saúde por meio de Salas de Espera nas Unidades de Saúde da Família (USF) e na atuação em Grupos de Cuidado específicos como Hiperdia (hipertensos e diabéticos), gestantes, idosos entre outros, focados na prevenção de agravos e no autocuidado (Figura 5). Pude realizar algumas atividades neste contexto.

Figura 4 - Discussão de casos no conselho tutelar com assistente social.



Fonte: Autor (2024).

Figura 5 - Grupo de idosos da USF+ Iraque, bairro de Areias.



Fonte: Autor (2024).

2.3 SETEMBRO DE 2024: SECRETARIA EXECUTIVA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (SEVS)

A Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde (SEVS), funciona como o nível central da Vigilância em Saúde. Neste setor existem várias divisões e durante minha passagem eu fiquei exclusivamente na Divisão das Doenças Transmissíveis (DDT), que se fundamenta nas diretrizes do Ministério da Saúde (Portaria de Consolidação nº 4/2017), que 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 (Brasil, 2017). O foco central desta divisão é o monitoramento de indicadores municipais, a padronização de condutas técnicas e o suporte estratégico aos oito Distritos Sanitários do Recife. Dentro da divisão, acompanhei os agravos Tuberculose e Raiva humana.

Realizei o cruzamento e limpeza de bancos de dados exportados do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) do agravo de tuberculose, identificando inconsistências e duplicidades para garantir a fidedignidade das informações epidemiológicas.

Atuei na investigação e correção de fichas de notificação sem encerramento no sistema, além do encerramento técnico de casos de profilaxia da raiva humana, bem como uma

capacitação sobre o tema na Policlínica Amauri Coutinho, no bairro Campina do Barreto (Figura 6).

Figura 6 - Capacitação profilaxia da raiva humana, Policlínica Amauri Coutinho.



Fonte: Autor (2024).

Executei buscas nos diversos sistemas de informações de saúde por casos não notificados de tuberculose e Infecção Latente da Tuberculose (ILTb), visando aumentar a sensibilidade da vigilância e o controle da transmissão comunitária. Também verifiquei a taxa de abandono do tratamento da tuberculose, que serve para subsidiar ações de busca ativa de faltosos e estratégias de adesão.

Pude participar da Sala de Situação de Saúde do Recife, onde foram apresentados e discutidos os indicadores de saúde de diversos setores, permitindo uma visão integrada da situação epidemiológica do município (Figura 7).

Realizei junto com uma funcionária do setor uma visita ao Distrito Sanitário 5 para padronização de procedimentos e fluxos, o que serviu como elo entre o planejamento central e a execução territorial.

Particpei do Grupo de Trabalho Gestor (GTG) sobre Tuberculose e Hanseníase e de discussões de óbito por tuberculose nas Unidades de Saúde da Família (USFs), analisando a linha de cuidado e identificando oportunidades de melhoria na rede assistencial.

Figura 7 - Sala de Situação no Conselho Municipal de Saúde.



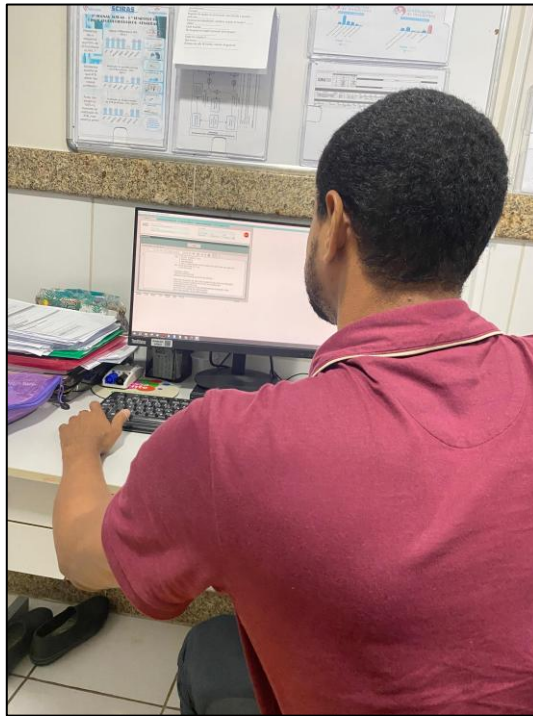
Fonte: Autor (2024).

2.4 OUTUBRO A DEZEMBRO DE 2024: VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (VE) E VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR (VISAT)

Após a passagem pelo nível central, retornei ao Distrito Sanitário 5, retomando minha atuação pela Vigilância Epidemiológica, que é regulamentada pela Lei nº 8.080 (Brasil, 1990) e pelo Decreto nº 78.231, que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica no país (Brasil, 1976). Suas ações são orientadas pela Portaria de Consolidação nº 4 do Ministério da Saúde, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória (Brasil, 2017)

A atuação neste setor concentrou-se na Vigilância do Óbito Infantil e Fetal (VOIF), onde realizei investigação epidemiológica hospitalar (Figura 8) e domiciliar de óbitos infantis e fetais ocorridos no território do Distrito Sanitário, buscando identificar determinantes sociais e falhas na linha de cuidado. Ajudei na elaboração de relatórios detalhados de investigação de óbito, sintetizando as informações coletadas, participei em reuniões de discussão de óbito com os diversos atores envolvidos (Unidades de Saúde da Família, Maternidades, Hospitais e UPAs), promovendo a análise crítica das causas do óbito e a definição de medidas para evitar novos eventos semelhantes.

Figura 8 - Investigação epidemiológica hospitalar de óbitos infantis e fetais.



Fonte: Autor (2024).

Realizei a separação de fichas de notificação de arboviroses (dengue, zika e chikungunya) para serem distribuídas às Unidades de Saúde da Família, garantindo a alimentação oportuna dos sistemas de informação.

Realizei ligação telefônica para pessoas que tiveram exposição animal para o monitoramento da raiva humana, assegurando o cumprimento dos protocolos de profilaxia pós-exposição, que preconizam que a vacinação somente é realizada em casos em que o animal não é passível de observação ou quando o animal adocece ou morre em até 10 dias após o evento de exposição.

No Distrito Sanitário 5, a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) funciona no mesmo espaço físico da Vigilância Epidemiológica, facilitando a realização das atividades conjuntamente com as duas vigilâncias. A VISAT fundamenta-se na Lei nº 8.080 (Art. 6º, § 3º), que inclui no campo de atuação do SUS a execução de ações que visam à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores (Brasil, 1990). É regida pela Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Brasil, 2012). No Recife, as ações do setor buscam a redução da morbimortalidade decorrente dos processos de trabalho, por meio da vigilância de riscos e do fortalecimento da rede de notificação de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho.

As atividades focaram na promoção de uma cultura de segurança ocupacional, onde realizei as seguintes atividades: capacitação em unidades de saúde e indústrias (Figura 9) voltadas ao preenchimento correto das fichas de notificação de Acidente de Trabalho, orientando profissionais de saúde e gestores de indústrias sobre a importância epidemiológica do registro, análise e validação de fichas de notificação, assegurando a precisão dos códigos de ocupação (CBO) e o enquadramento correto na CID-10 (Classificação Internacional de Doenças), garantindo a confiabilidade dos dados.

Figura 9 - Capacitação na Indústria ASA sobre fichas de notificação de Acidente de Trabalho.



Fonte: Autor (2024).

Participei de rodas de conversa com trabalhadores da saúde, focando na saúde mental e nos riscos ergonômicos e biológicos inerentes ao ambiente de trabalho das Unidades de Saúde da Família e demais serviços da rede.

2.5 FEVEREIRO A ABRIL DE 2025: VIGILÂNCIA SANITÁRIA (VISA) E MONITORAMENTO/PLANEJAMENTO

A Vigilância Sanitária tem sua atuação fundamentada na Lei nº 8.080 (Art. 18) (Brasil, 1990) e na Lei nº 9.782, que define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) (Brasil, 1999). No âmbito local, as ações são regidas pelo Código Sanitário Municipal do Recife

(Recife, 1995). O objetivo central é eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde, intervindo em problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde.

As atividades executadas abrangeram o controle prévio (licenciamento), a fiscalização direta (inspeções) e o caráter pedagógico da vigilância (ações educativas).

O licenciamento sanitário deve ser solicitado através do site Licenciamento Unificado da prefeitura do Recife. A empresa deve enviar a documentação necessária e dependendo do risco sanitário, o licenciamento pode ser automático ou exigir vistoria prévia pela equipe da Vigilância Sanitária. Pode realizar análise técnica de solicitações de Licença Sanitária, verificando a conformidade documental e estrutural de estabelecimentos para a autorização de funcionamento conforme a legislação vigente.

Acompanhei e atuei na execução de inspeções programadas e de rotina em uma ampla gama de estabelecimentos situados no território do Distrito 5, incluindo supermercados, frigoríficos, mercados públicos, feiras livres, farmácias, laboratórios de análises clínicas, creches, escolas, indústrias de saneantes e órgãos públicos diversos, bem como inspeções motivadas por denúncias de irregularidades via Ouvidoria (Figura 10).

Participei do programa de educação continuada Trilha VISA. O encontro teve foco específico na inspeção de locais que realizam vacinação humana, garantindo a segurança dos processos de imunização.

O setor desenvolveu ação educativa no Mercado Público de Afogados, onde orientamos comerciantes e consumidores sobre boas práticas de manipulação e higiene. Participei da campanha Abril Verde, onde foram executadas ações alusivas ao mês de conscientização sobre a prevenção de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais, em parceria com a Vigilância em Saúde do Trabalhador.

Figura 10 - Descarte de alimentos vencidos em supermercado. Inspeção motivada por denúncia.



Fonte: Autor (2025).

A Operação Pescado foi realizada durante o período da Páscoa. A atividade envolveu a inspeção rigorosa e orientação educativa em locais de venda de pescado, visando prevenir surtos de doenças transmitidas por alimentos (DTA) devido ao aumento sazonal do consumo desses alimentos (Figura 11).

Figura 11 - Pescado com temperatura acima da permitida para acondicionamento.



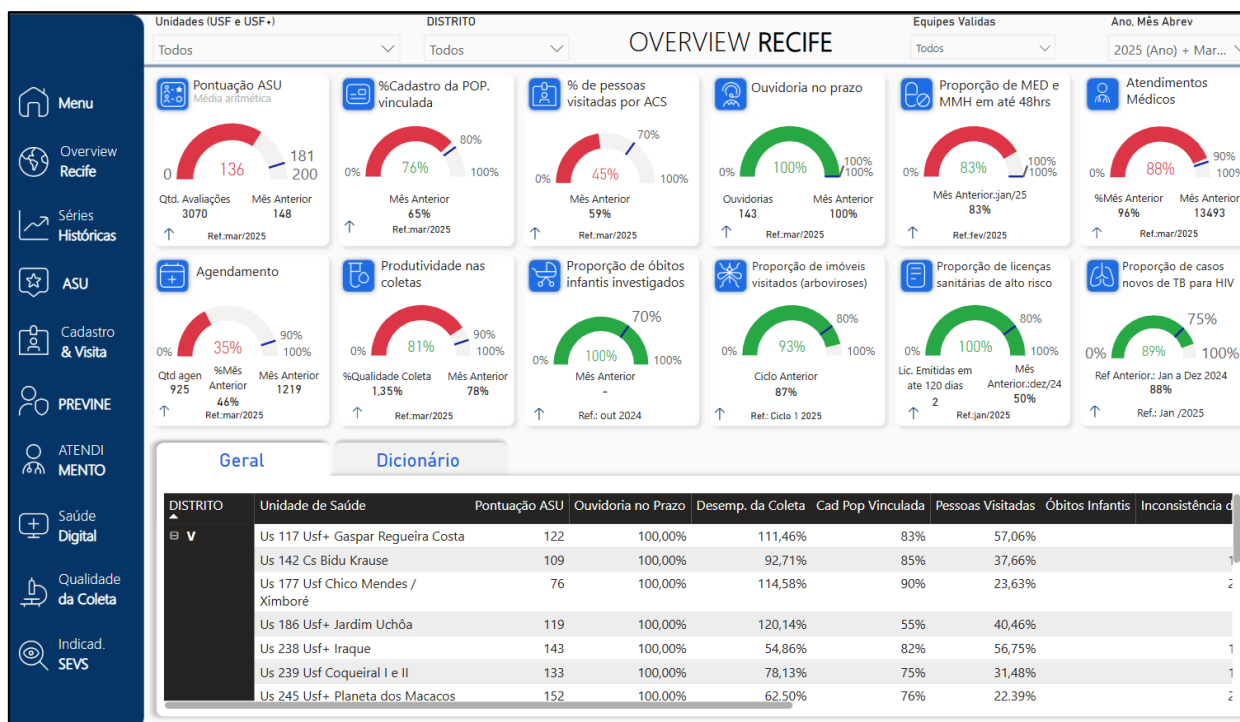
Fonte: Autor (2025).

Durante o período de atividades na Vigilância Sanitária, o Distrito Sanitário solicitou apoio no setor de Monitoramento e Planejamento em saúde, que no âmbito municipal, segue as diretrizes do Plano Municipal de Saúde (PMS) e utiliza ferramentas de informação para o acompanhamento das metas pactuadas, visando a melhoria contínua da gestão e dos serviços de saúde oferecidos à população.

Executei o monitoramento da Avaliação de Satisfação do Usuário (ASU). Esta atividade envolveu a coleta e análise de dados sobre a satisfação dos cidadãos em relação ao atendimento nas Unidades de Saúde da Família, permitindo a identificação de pontos críticos e a sugestão de melhorias no atendimento. Atuei no mapeamento do fluxo percorrido pelo paciente dentro das unidades de saúde. O objetivo foi identificar gargalos, reduzir tempos de espera e otimizar o acesso aos serviços de saúde no território.

Acompanhei o desenvolvimento e atualização de boletins de indicadores utilizando a ferramenta Power BI (Figura 12) e o site Recife Monitora para a facilitação da leitura técnica dos dados por parte da gestão.

Figura 12 - Panorama geral de indicadores de saúde na Atenção Básica na ferramenta Power BI.



Fonte: Autor (2025).

2.6 MAIO A JULHO DE 2025: POLÍTICA MUNICIPAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE ADOLESCENTES E JOVENS (PMAISAJ) E PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE)

A PMAISAJ fundamenta-se nas diretrizes do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA - Lei nº 8.069) (Brasil, 1990) e na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (PNAISAJ). No Recife, esta política visa assegurar o acesso à saúde de forma humanizada, considerando as especificidades desta fase do desenvolvimento. Sua execução no Distrito Sanitário 5 prioriza a articulação com a rede de proteção e a implementação de fluxos que garantam a integralidade do cuidado aos adolescentes e jovens.

A atividade mais frequente foi a gestão e encaminhamento de casos oriundos da Secretaria de Assistência Social, via Sistema Eletrônico de Informações (SEI), para as Unidades de Saúde da Família, a fim de viabilizar o preenchimento do Protocolo Individualizado de Avaliação (PIA), realizado durante consultas com profissionais de nível superior, garantindo o monitoramento da saúde física e mental de jovens inseridos no sistema socioeducativo.

Particpei do Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI), que uniu as áreas de Saúde, Educação e Assistência Social (Figura 13). O foco do grupo foi o planejamento e execução de ações conjuntas para atender necessidades complexas dos adolescentes do Recife, combatendo a fragmentação do cuidado e fortalecendo a rede de apoio territorial.

Figura 13 - Grupo de Trabalho Intersetorial



Fonte: Autor (2025).

A coordenação da PMAISAJ criou uma ação conjunta com a coordenação de Saúde da Mulher, intitulada Programa Entre Laços. Participei de encontros com as equipes de saúde da família para promover a iniciativa, que visou fortalecer o acolhimento e as políticas de saúde sexual e reprodutiva nas unidades de saúde, promovendo um olhar integral que conecta as necessidades das jovens às diretrizes de saúde da mulher.

O Programa Saúde na Escola (PSE) é instituído pelo Decreto nº 6.286, sendo uma política intersetorial dos Ministérios da Saúde e da Educação (Brasil, 2007). No Distrito Sanitário 5, as ações do PSE visam a integração e a articulação permanente da saúde e da educação para a melhoria da qualidade de vida dos estudantes. A atuação tem foco na promoção da saúde, prevenção de doenças e acompanhamento clínico-pedagógico no ambiente escolar.

Para o ciclo 2025/2026, as ações prioritárias do PSE a serem realizadas nas escolas foram: alimentação saudável (prevenção da obesidade), verificação da situação vacinal, promoção da cultura de paz (prevenção da violência), saúde sexual e reprodutiva e saúde mental. As intervenções nas escolas foram planejadas para atender necessidades específicas de cada faixa etária, envolvendo não apenas os alunos, mas também o núcleo familiar. Durante o período pude participar de algumas dessas ações, como: ações educativas em creches do território com estagiários de graduação em Nutrição (Figura 14), focadas na formação de hábitos alimentares saudáveis desde a primeira infância, com dinâmicas voltadas tanto para as crianças quanto para os pais e responsáveis, orientando sobre a escolha de alimentos in natura e os riscos dos ultraprocessados no desenvolvimento infantil; ações de sensibilização em escolas sobre a importância da vacinação, desmistificando informações falsas e reforçando a imunização como um direito e um dever de proteção coletiva; diálogos e oficinas com adolescentes sobre saúde sexual e reprodutiva (Figura 15), abordando a prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e gravidez na adolescência; e atividades educativas com foco em diversidade de gênero, promovendo um ambiente escolar mais inclusivo, combatendo o preconceito a jovens em situações de vulnerabilidade psicossocial (Figura 16).

Figura 14 - Ação alimentação saudável Creche Recife 2000.



Fonte: Autor (2025).

Figura 15 - Ação saúde sexual e reprodutiva na Escola Débora Feijó.



Fonte: Autor (2025).

Figura 16 - Ação diversidade de gênero na Escola Barão de Bonito.



Fonte: Autor (2025).

2.7 AGOSTO A NOVEMBRO DE 2025: VIGILÂNCIA EM SAÚDE AMBIENTAL (VSA)

A Vigilância em Saúde Ambiental (VSA) é normatizada pela Instrução Normativa nº 01 que estabelece as diretrizes do Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental (Brasil, 2005). No Recife, as ações seguem o Código Sanitário Municipal e visam o controle de fatores biológicos e não biológicos (água, solo, ar) que possam representar riscos à saúde humana. A atuação integra o controle de zoonoses e a gestão de riscos ambientais no território.

O LIRAA (Levantamento Rápido de Índices para *Aedes aegypti*) é uma metodologia por amostragem utilizada no Brasil para monitorar a infestação do mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Consiste na inspeção de cerca de 20% dos imóveis em bairros sorteados para identificar criadouros, permitindo mapear áreas de risco, direcionar ações de combate e prevenir epidemias. Durante o período no setor, pude acompanhar dois ciclos do levantamento (Figura 17).

Figura 17 - Recolhimento de larvas em depósito positivo para *Aedes aegypti*, durante o LIRAA.



Fonte: Autor (2025).

Participei da instalação de ovitrampas, armadilhas de oviposição que consistem em vasos pretos com água e uma palheta de madeira que simulam o criadouro ideal para o *Aedes aegypti*. A contagem de ovos nessas palhetas permite estimar a densidade populacional do mosquito antes mesmo do surgimento de casos (Figura 18).

Figura 18 - Recolhimento de palheta para contagem de ovos.



Fonte: Autor (2025).

As estações disseminadoras são dispositivos que contém larvicida, onde o próprio mosquito, ao pousar nelas para fazer oviposição, espalha o larvicida em outros criadouros de difícil acesso, otimizando o controle biológico. Participei de treinamentos com os ASACEs (Agentes de Saúde Ambiental e Controle de Endemias) sobre o manejo correto de ovitrampas e estações disseminadoras.

Participei da execução de bloqueio antirrábico por meio de vacinação e ações educativas em áreas com registro de morcegos suspeitos ou confirmados para o vírus da raiva (Figura 19), acompanhei o controle de vetores com a aplicação de inseticida para controle de baratas e escorpiões, e raticida para controle de roedores, além de fiscalização, através de denúncias, de animais de grande porte, como equinos, em via pública.

Figura 19 - Ação educativa durante bloqueio antirrábico.



Fonte: Autor (2025).

Cabe à Vigilância em Saúde Ambiental executar as ações do Programa Nacional de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano (VIGIAGUA). Participei ativamente da instalação e recolhimento de mechas (Figura 20) em rios e canais do território para análise laboratorial de contaminação por *Vibrio cholerae* (Cólera) e coleta de água em residências, escolas e comércios tanto do sistema de abastecimento local quanto de poços artesianos para análise físico-química e microbiológica. As mechas e as amostras de água eram encaminhadas ao Laboratório Municipal Julião Paulo.

Figura 20 - Recolhimento de mechas no Rio Tejipió.



Fonte: Autor (2025).

O Núcleo de Educação em Saúde (NES) está organizado dentro da Vigilância Ambiental e atua realizando ações educativas em escolas, creches, ONG's, empresas entre outros, com temas como meio ambiente, raiva humana e arboviroses. Pude participar de várias dessas ações (Figura 21).

Figura 21 - Ação do NES sobre meio ambiente na Escola dos Remédios



Fonte: Autor (2025).

2.8 JANEIRO DE 2026: RETORNO À EQUIPE MULTIPROFISSIONAL (EMULTI)

No último mês de atividades práticas do Programa, retornei à coordenação da eMulti no nível distrital. O foco foi no suporte administrativo e na coordenação das equipes. Elaborei planilhas de produção dos profissionais da eMulti, participei de reuniões onde os profissionais fizeram análise crítica do trabalho realizado no ano de 2025, bem como deram *feedback* sobre a atuação da gestão distrital junto às equipes, promovendo um modelo de gestão participativa e transparente, essencial para a manutenção da motivação e da qualidade técnica dos serviços prestados.

2.9 ATIVIDADES COMPLEMENTARES E TRANSVERSAIS INTERSETORIAIS

Além da atuação junto aos setores mencionados anteriormente, pude participar de atividades pontuais de outros setores dentro do distrito sanitário, que assumiram um caráter complementar e transversal à minha formação como sanitarista. Aqui destaquei algumas dessas atividades.

O Ninar nos Terreiros consistiu em ações de saúde voltadas às comunidades de religiões de matriz africana, com foco na saúde da população negra. O evento foi realizado no Palácio de Iemanjá, no bairro de Afogados (Figura 22).

Figura 21 - Ação Ninar nos Terreiros.



Fonte: Autor (2025).

Com relação ao cuidado à população LGBTQIAPN+, participei de curso de acolhimento focado na humanização do atendimento e no respeito à identidade de gênero e orientação sexual no SUS.

Junto com a equipe do Consultório na Rua colaborei em uma ação de controle da tuberculose voltada à população em situação de rua, garantindo o acesso à saúde para grupos de alta vulnerabilidade.

Participei de uma formação do Programa Municipal de Controle do Tabagismo e atuei em uma ação educativa contra o uso de cigarros eletrônicos na Casa de Semiliberdade (CASEM) do bairro de Areias.

Participei do Congresso do Programa Academia da Cidade (PAC), evento que levou várias oficinas formativas aos profissionais de educação física.

Colaborei com a coordenação do Monitoramento da Criança de Risco, realizando a alimentação do sistema com dados de atendimento dessas crianças e com a coordenação da Pessoa Idosa, onde realizei visita domiciliar para assistência a uma idosa em situação crítica de saúde que morava em área sem cobertura de equipe de saúde da família.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A trajetória percorrida entre março de 2024 e janeiro de 2026, representou um processo de imersão profunda na complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS) no município do Recife. A rotatividade entre os setores do Distrito Sanitário 5 e a experiência na Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde (SEVS) permitiram a compreensão de que a saúde pública não se faz de forma isolada, mas sim através de uma rede interdependente onde a assistência, a vigilância e a gestão devem caminhar em estreita sintonia.

A atuação prática demonstrou que o dado coletado na ponta, seja através de uma ficha de arbovirose na Vigilância Epidemiológica, de uma inspeção em feira livre pela Vigilância Sanitária ou de uma visita domiciliar pela eMulti, é o que alimenta o planejamento estratégico do nível central. Esta percepção já estava consolidada desde a passagem pela Divisão de Doenças Transmissíveis (DDT), onde a análise macro dos indicadores de tuberculose e raiva humana revelou a importância da qualidade do registro para a eficácia das políticas municipais.

Além disso, a atuação intersetorial, evidenciada no Programa Saúde na Escola (PSE) e na PMAISAJ, reforçou o papel do profissional de saúde como um agente de articulação social, capaz de transitar entre a educação e a assistência para garantir direitos fundamentais.

Em suma, este período de Residência na Secretaria de Saúde do Recife não apenas forneceu o aparato técnico necessário para a vigilância e promoção da saúde, mas também contribuiu para uma identidade profissional pautada na ética, na intersetorialidade e na defesa de um sistema de saúde público, universal e resolutivo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007**. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Brasília, DF, 2007.

BRASIL. **Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976**. Regulamenta a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. Brasília, DF, 1976.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. **Lei nº 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, DF, 1990.

BRASIL. **Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999**. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Brasília, DF, 1999.

BRASIL. **Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005**. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens - Projovem; cria a Residência em Área Profissional da Saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde (Vigilância em Saúde). Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrução Normativa SVS/MS nº 1, de 7 de março de 2005**. Regulamenta o Subsistema Nacional de Vigilância em Saúde Ambiental. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023**. Institui as Equipes Multiprofissionais (eMulti) na Atenção Primária à Saúde (APS). Brasília, DF, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012**. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

RECIFE. **Lei nº 16.004, de 26 de janeiro de 1995.** Dispõe sobre o Código Sanitário do Município do Recife e dá outras providências. Recife, PE, 1995.

II CAPÍTULO 2: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA E DO SUICÍDIO EM ADOLESCENTES NO RECIFE: UMA ANÁLISE DOS DADOS DO DATASUS (2019–2024)

RESUMO

A violência autoprovocada constitui um grave problema de saúde pública, apresentando crescimento progressivo entre os jovens. Este estudo objetivou analisar o perfil epidemiológico das notificações de violência autoprovocada e dos óbitos por suicídio em adolescentes de 10 a 19 anos residentes no Recife, Pernambuco, no período de 2019 a 2024. Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e retrospectivo, realizado a partir de dados secundários obtidos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Os resultados revelaram 1.634 notificações de violência autoprovocada na faixa etária estudada, com predominância do sexo feminino (80,7%) e de adolescentes negros (73,1%). O envenenamento foi o principal meio utilizado nas notificações (70,4%), enquanto o enforcamento prevaleceu nos óbitos masculinos. No SIM, registraram-se 39 óbitos, dos quais 71,8% ocorreram no sexo masculino. A residência foi o principal local de ocorrência (73,3%). Observou-se uma alarmante subnotificação de variáveis socioeconômicas, com 59,8% de escolaridade ignorada, além de uma taxa de reiteração de violência de 41,7%. Conclui-se que o comportamento suicida no Recife é marcado por disparidades raciais e de gênero, exigindo o fortalecimento da rede de vigilância epidemiológica e a implementação de políticas públicas preventivas interseccionais focadas na juventude vulnerável.

Palavras-chave: Adolescência; Violência Autoprovocada; Suicídio; Saúde Pública.

ABSTRACT

Self-inflicted violence is a serious public health problem, showing progressive growth among young people. This study aimed to analyze the epidemiological profile of notifications of self-inflicted violence and suicide deaths in adolescents aged 10 to 19 living in Recife, Pernambuco, from 2019 to 2024. This is a quantitative, descriptive, and retrospective study, conducted using secondary data obtained from the Notifiable Diseases Information System (SINAN) and the Mortality Information System (SIM). The results revealed 1,634 notifications of self-inflicted violence in the age group studied, with a predominance of females (80.7%) and Black/Mixed-race adolescents (73.1%). Poisoning was the main method used in the notifications (70.4%), while hanging prevailed in male deaths. In the SIM, 39 deaths were recorded, of which 71.8% occurred in males. The residence was the main place of occurrence (73.3%). An alarming underreporting of socioeconomic variables was observed, with 59.8% of schooling ignored, in addition to a violence repetition rate of 41.7%. It is concluded that suicidal behavior in Recife is marked by racial and gender disparities, requiring the strengthening of the epidemiological surveillance network and the implementation of intersectional preventive public policies focused on vulnerable youth.

Keywords: Adolescence; Self-inflicted Violence; Suicide; Public Health.

1 INTRODUÇÃO

A violência é tratada como uma prioridade em múltiplas instâncias. O tema, por exemplo, faz parte dos objetivos de desenvolvimento sustentável propostos pela Organização das Nações Unidas (ONU) para promover sociedades pacíficas e inclusivas (Abreu *et al.*, 2018). Os atos violentos ou abusivos podem ser divididos em modalidades principais. A física, com o uso da força para causar dano. A sexual, com os abusos ou exploração de caráter sexual. A psicológica, através de agressões verbais, humilhações ou controle emocional, e por último a privação ou negligência, quando há falta de cuidados básicos e suporte necessário. A violência também é categorizada conforme quem comete o ato, dividindo-se em três grandes grupos. O primeiro grupo é o da Violência Autoinfligida, aquela que o indivíduo exerce contra si mesmo. Divide-se em: suicídio ou comportamento suicida, que inclui tanto a ideação quanto as tentativas e o autoabuso ou autoagressão (Leite; Alves, 2016). Na ideação suicida, o indivíduo passa a enxergar a morte não como um desejo, mas como a única solução possível para seus problemas (Bezerra *et al.*, 2024). A autoagressão pode se dar através de automutilações, como arranhaduras, cortes, mordidas ou amputações, sem necessariamente buscar o fim da vida, mas refletindo sofrimento psicológico (Bahia *et al.*, 2020). O segundo grupo é o da Violência Interpessoal, que ocorre entre indivíduos (família, parceiros, amigos ou desconhecidos). Por último temos o grupo da Violência Coletiva, aquela praticada por grupos maiores ou pelo Estado contra grupos de pessoas (Leite; Alves, 2016). A violência coletiva pode ser praticada por grupos políticos, milícias ou organizações terroristas (Aragão; Mascarenhas, 2022).

Há uma distinção fundamental entre dois fenômenos que frequentemente são confundidos: a tentativa de suicídio, onde ocorre lesão com a intenção clara de cessar a própria vida, mas que não resulta em óbito e a lesão autoprovocada não suicida, onde há destruição direta do tecido corporal sem intenção letal. O objetivo aqui é o alívio de sentimentos indesejados. Embora distintas, a lesão autoprovocada não suicida é um forte preditor; jovens que se autolesionam sem intenção letal têm chances significativamente maiores de tentar o suicídio no futuro. Uma metanálise em 41 países aponta que 16,5% das pessoas praticaram autolesão ao longo da vida. Enquanto a tentativa de suicídio atinge 6% dos jovens, a lesão sem intenção suicida é mais comum, atingindo 22,1% (Luis *et al.*, 2021). As taxas de mortalidade mostram apenas uma fração do problema. As tentativas de suicídio são de 10 a 20 vezes mais frequentes que o ato consumado (Roberto *et al.*, 2021).

Mundialmente, em 2016 o suicídio foi a 3ª causa de morte entre adolescentes, com 62 mil óbitos registrados sendo a Europa e Sudeste Asiático as regiões onde o fenômeno é ainda mais crítico, figurando como a principal causa de morte na adolescência (Brito *et al.*, 2021). Segundo a OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde), entre 10% e 20% dos adolescentes no mundo sofrem com problemas de saúde mental que não são diagnosticados ou são tratados de forma inadequada. Traços de impulsividade e agressividade são apontados como os principais preditores para que o transtorno mental evolua para a violência autoprovocada (Orsatto *et al.*, 2025). Segundo o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), no Brasil o suicídio é a segunda causa de morte em jovens de 15 a 19 anos. Em 2021 ocorreram 15.507 suicídios no país, o que equivale a uma morte a cada 34 minutos (Medeiros; Fragoso, 2025).

O Ministério da Saúde do Brasil segue a OMS e classifica a adolescência como a fase do desenvolvimento que vai dos 10 aos 19 anos de idade (Wanzinack *et al.*, 2022). A sociedade muitas vezes rotula a fase da adolescência apenas por "conflitos e irresponsabilidades", o que pode mascarar a gravidade de situações como gravidez precoce, ISTs (Infecções Sexualmente Transmissíveis) e a própria violência autoprovocada (Bezerra *et al.*, 2024). É a fase de maior risco para o comportamento suicida devido às características da própria fase de desenvolvimento, como a busca por testar os limites e a instabilidade emocional (Abreu *et al.*, 2018). A transição da infância para a juventude é marcada por uma vulnerabilidade biológica e social manifestada por fatores de risco específicos dessa fase, como impulsividade, busca por autonomia, aumento de transtornos mentais, uso de substâncias (como álcool e drogas), conflitos familiares, rupturas amorosas, indagações existenciais e solidão (Bahia *et al.*, 2020).

Estima-se que 90% das pessoas que se suicidaram apresentavam algum transtorno, sendo a depressão o mais comum, sugerindo, portanto, que o suicídio é um importante indicador do bem-estar psicossocial de uma população. O suicídio é evitável através de intervenções não isoladas, que combinem o nível individual (clínico) com o coletivo (social/político) (Brasil, 2024).

A violência autoprovocada é democrática e complexa, pois acomete indivíduos de qualquer raça/cor, condição social, sexo ou faixa etária, mas existem algumas particularidades (Brito *et al.*, 2021). As hospitalizações por tentativa de suicídio são 3 vezes maiores no sexo feminino, onde há preferência por intoxicações exógenas (conjunto de efeitos nocivos ao organismo causados pela exposição a agentes externos, como medicamentos, produtos domésticos, agrotóxicos ou drogas), especialmente por analgésicos. Já no sexo masculino a

preferência de tentativa é por objetos cortantes e armas de fogo (Bahia *et al.*, 2020). As mulheres apresentam maior incidência de lesões autoprovocadas e tentativas e isso é atribuído à vulnerabilidade social e à opressão de uma cultura machista, enquanto os homens tentam menos, mas apresentam maior êxito em acabar com a própria vida (Arruda *et al.*, 2021). Conhecer o perfil dessas tentativas (quem, onde e como) é fundamental para que o sistema de saúde possa antecipar o risco, já que a tentativa anterior é o maior preditor de um futuro suicídio (Bahia *et al.*, 2020). Combater o estigma também é uma forma de prevenção. O silêncio em torno do tema é um obstáculo que impede a busca por ajuda. Falar abertamente, sem alarmismo e sem preconceitos, é uma ferramenta de saúde pública fundamental para mobilizar o poder público e conscientizar a sociedade (Arruda *et al.*, 2021).

A notificação de violência autoprovocada é um dever legal e não opcional que recai sobre o profissional de saúde ou o responsável pelo serviço assistencial que realizar o primeiro atendimento. A comunicação deve ser feita o mais rápido possível para as autoridades de saúde. A pressa não é apenas para fins estatísticos, mas para garantir a intervenção e o encaminhamento oportuno, salvando a vida do indivíduo através da rede de prevenção. É necessário que os profissionais estejam aptos a identificar sinais sutis de violência autoinfligida bem como realizar o encaminhamento correto dentro da rede de saúde mental (Pinheiro; Warmling; Coelho, 2021). A Lei nº 13.819/2019 instituiu a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. Esta lei reforça a prevenção da violência autoprovocada como uma política de Estado e reitera a obrigatoriedade da notificação como pilar para entender o fenômeno (Orsatto *et al.*, 2025).

A subnotificação é um grande problema, já que muitos casos não chegam às estatísticas por questões morais, religiosas ou porque apresentam baixa gravidade física e são resolvidos em casa. O Brasil utiliza dois sistemas principais para entender a dimensão das tentativas de suicídio: o SIH/SUS (Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde) que registra internações em hospitais públicos/conveniados e o VIVA (Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes), alimentado pela Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada (ANEXO A) do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), onde notificações compulsórias de casos suspeitos ou confirmados atendidos em qualquer serviço de saúde são feitas (Bahia *et al.*, 2020). Embora o Ministério da Saúde reconheça a ideação suicida como parte do comportamento, ela não é um objeto de notificação

compulsória. Isso gera uma subnotificação estrutural, pois o sistema só registra quando há lesão física ou óbito (Medeiros; Fragoso, 2025).

Ainda que a violência seja um tema frequente na ciência, existe uma escassez de estudos que tragam a distribuição epidemiológica detalhada das lesões autoprovocadas especificamente em adolescentes no território brasileiro. Há também uma escassez de dados sobre notificações de casos dentro do ambiente escolar. Essa falta de dados locais dificulta a criação de políticas públicas mais assertivas e regionalizadas, como ações concretas de promoção da saúde mental e prevenção nas escolas (Brito *et al.*, 2021).

Diante desse contexto, o objetivo deste estudo foi analisar o perfil epidemiológico das notificações de violência autoprovocada e dos óbitos por suicídio em adolescentes de 10 a 19 anos residentes no município do Recife, no período compreendido entre 2019 e 2024.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo e retrospectivo, com abordagem quantitativa. A análise foi baseada em dados secundários obtidos em sistemas de informação em saúde. O período foi de janeiro de 2019 a dezembro de 2024. Como critérios de inclusão, a população do estudo foi composta por todos os registros de adolescentes (10 a 19 anos), conforme a classificação da OMS adotada pelo Ministério da Saúde. Os dados de estudo foram as notificações de violência autoprovocada e óbitos por suicídio de residentes no município do Recife, Pernambuco e foram extraídos do portal DATASUS, especificamente através da ferramenta TabNet, consultando dois sistemas principais: o SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), para os casos de violência autoprovocada (tentativas de suicídio e autolesões) e o SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade), para os óbitos confirmados, considerando os códigos CID-10 X60 a X84 (lesões autoprovocadas voluntariamente), Y10 a Y19 (intoxicação exógena de intenção indeterminada e Y87 (sequela de lesões autoprovocadas intencionalmente) (Brasil, 2019). O SIM é alimentado pela Declaração de Óbito Epidemiológica (ANEXO B).

Foi feita uma evolução temporal, com a distribuição dos casos por ano, para observar o impacto do período da pandemia de Covid-19. Para traçar o perfil epidemiológico, foram analisadas algumas variáveis. As variáveis sociodemográficas consideradas foram o sexo, a idade e a raça/cor. A variável socioeconômica considerada foi o nível de escolaridade. O meio

utilizado (exemplo: envenenamento, objeto cortante, enforcamento), o local de ocorrência (residência, via pública, escola) e a ocorrência de repetição (se já houve autolesão anterior) também foram considerados. Foi aplicado o indicador de letalidade proposto pela epidemiologia clássica (Bloch; Coutinho, 2009) aos dados coletados, dividindo o número de óbitos por suicídio pelo número de notificações de violência autoprovocada somado ao número de óbitos por suicídio, para verificar a probabilidade de um evento de violência autoprovocada evoluir para o óbito dentro do sistema de saúde do Recife. Os dados foram organizados em planilhas eletrônicas (Microsoft Excel), para a construção de tabelas e gráficos.

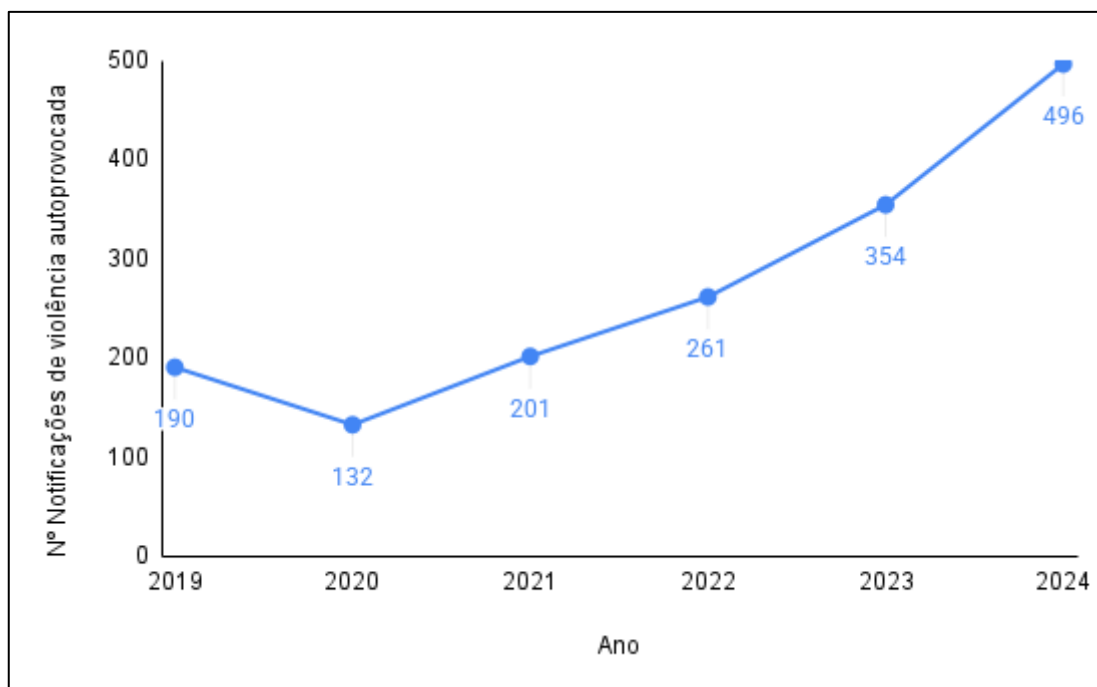
Por se tratar de uma pesquisa com dados secundários de acesso público, sem identificação nominal dos sujeitos, o estudo dispensa a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), conforme a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Todavia, serão respeitados todos os preceitos éticos na análise e divulgação dos resultados.

3 RESULTADOS

3.1 PERFIL DAS NOTIFICAÇÕES DE VIOLÊNCIA AUTOPROVOCADA REGISTRADAS NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN) NO PERÍODO DE 2019 A 2024

No período analisado, o município do Recife registrou um total de 5.569 notificações de violência autoprovocada, dentre elas 1.634 (29,3%) na faixa etária de 10 a 19 anos. Do sexo feminino foram notificados 1.319 casos (80,7%), contra 315 casos (19,3%) notificados do sexo masculino. Nenhum registro teve o sexo ignorado. A Figura 23 mostra a distribuição do número de notificações por ano.

Figura 22 - Gráfico do número de notificações de violência autoprovocada de adolescentes (10-19 anos). Recife, 2019-2024.



Fonte: Dados extraídos do SINAN/DATASUS (2024). Elaborado pelo autor.

Os adolescentes analisados eram de maioria negra (73,1%), que é a população de pretos e pardos somados. Como variável socioeconômica, os níveis de escolaridade ensino fundamental incompleto e ensino médio incompleto representam as maiores porcentagens (14,5% e 14,1%, respectivamente), porém há uma grande porcentagem de escolaridade ignorada ou em branco (59,8%). Esses dados são mostrados na Tabela 1 e foram divididos por sexo.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico/socioeconômico das notificações de violência autoprovocada de adolescentes (10-19 anos). Recife, 2019-2024.

Variável	Masculino (N = 315)		Feminino (N = 1.319)		Total (N = 1.634)	
	N	%	N	%	N	%
Raça/Cor						
Branco	67	21,3	279	21,2	346	21,2
Negro (Preto + pardo)	231	73,3	963	73,0	1194	73,1
Amarelo	7	2,2	29	2,2	36	2,2
Indígena	1	0,3	0	0,0	1	0,1
Ignorado/Em branco	9	2,9	48	3,6	57	3,5
Escolaridade						
Analfabeto	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ens. fundamental incompleto	31	9,8	206	15,6	237	14,5
Ens. fundamental completo	12	3,8	38	2,9	50	3,1
Ens. médio incompleto	39	12,4	192	14,6	231	14,1
Ens. médio completo	22	7,0	72	5,5	94	5,8
Ens. superior incompleto	8	2,5	18	1,4	26	1,6
Ens. superior completo	1	0,3	3	0,2	4	0,2
Ignorado/Em branco	200	63,5	777	58,9	977	59,8
Não se aplica	2	0,6	13	1,0	15	0,9

Fonte: Dados extraídos do SINAN/DATASUS (2024). Elaborado pelo autor.

O envenenamento foi o meio de agressão mais frequente (70,4%) seguido pelos objetos perfurocortantes (20,2%). Meios de agressão considerados de maior letalidade como enforcamento e arma de fogo foram mais frequentes nos adolescentes do sexo masculino (3,8% e 1,0%, respectivamente, contra 0,9% e 0,2% no sexo feminino). A residência foi o local de ocorrência mais frequente (73,3%), ressaltando que 19,8% do local de ocorrência foi ignorado. A via pública foi o segundo local de ocorrência mais frequente para o sexo masculino (5,7%), cerca de quatro vezes mais do que para o sexo feminino (1,4%). Os casos de violência de repetição somaram 41,7%, sendo mais frequentes no sexo feminino (42,8%) do que no sexo masculino (37,1%), porém houve uma porcentagem alta de casos em que esse dado foi ignorado (32,6%). A Tabela 2 mostra esses dados, também separados por sexo.

Tabela 2 - Meios de agressão, locais de ocorrência e violência de repetição segundo o sexo. Recife, 2019-2024.

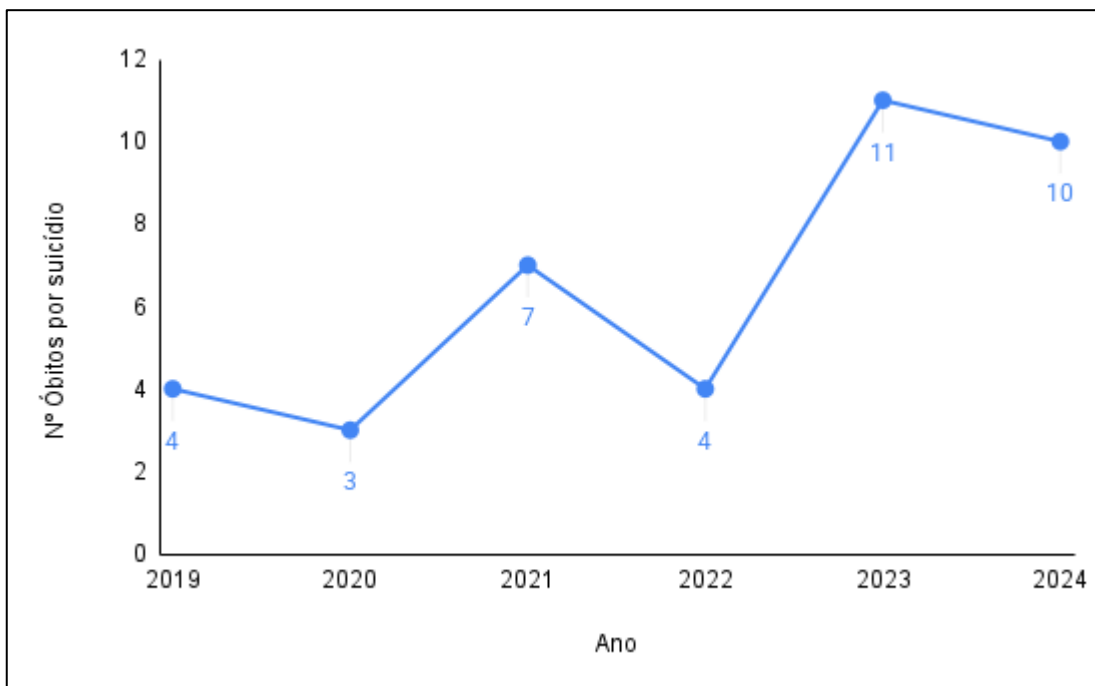
Variável	Masculino (N = 315)		Feminino (N = 1.319)		Total (N = 1.634)	
	N	%	N	%	N	%
Meio de agressão						
Enforcamento	12	3,8	12	0,9	24	1,5
Objeto contundente	10	3,2	16	1,2	26	1,6
Objeto perfurocortante	53	16,8	277	21,0	330	20,2
Objeto/substância quente	0	0,0	13	1,0	13	0,8
Envenenamento	205	65,1	946	71,7	1151	70,4
Arma de fogo	3	1,0	2	0,2	5	0,3
Outros	32	10,2	66	5,0	98	6,0
Local de ocorrência						
Domicílio	221	70,2	976	74,0	1197	73,3
Escola	5	1,6	18	1,4	23	1,4
Local de prática esportiva, bar ou similar, comércio/serviços, indústrias/construção	2	0,6	8	0,6	10	0,6
Via pública	18	5,7	19	1,4	37	2,3
Outro	10	3,2	34	2,6	44	2,7
Ignorado	59	18,7	264	20,0	323	19,8
Violência de repetição						
Sim	117	37,1	564	42,8	681	41,7
Não	84	26,7	336	25,5	420	25,7
Ignorado	114	36,2	419	31,8	533	32,6

Fonte: Dados extraídos do SINAN/DATASUS (2024). Elaborado pelo autor.

3.2 PERFIL DOS ÓBITOS POR SUICÍDIO REGISTRADOS NO SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE (SIM) NO PERÍODO DE 2019 A 2024

Óbitos por suicídio na população geral do Recife entre 2019 e 2024 somaram 574 registros, dos quais 39 (6,8%) foram cometidos por jovens de 10 a 19 anos, sendo 28 óbitos de homens (71,8%) e 11 de mulheres (28,2%). A Figura 24 mostra a distribuição do número de óbitos por ano.

Figura 23 - Gráfico do Número óbitos por suicídio de adolescentes (10-19 anos). Recife, 2019-2024.



Fonte: Dados extraídos do SIM/DATASUS (2024). Elaborado pelo autor.

A maior parte dos jovens que se suicidaram eram negros (61,5%). O suicídio de mulheres negras (72,7%) foi 2,7 vezes mais frequente que nas mulheres brancas (27,3%), já os homens negros (57,1% dos casos) se suicidaram 1,3 vezes mais que os homens brancos (42,9%). A maioria dos jovens possuía entre 8 e 11 anos de estudo (48,7%), com porcentagens semelhantes entre homens e mulheres. O local de ocorrência do óbito mais frequente foi a residência (33,3%) seguido do hospital (28,2%), porém vale destacar que a maioria das mulheres morreram duas vezes mais no hospital do que os homens (45,5% contra 21,4% dos casos, respectivamente). O enforcamento foi o meio mais utilizado para o suicídio (33,3%) devido à alta porcentagem nos homens (39,3% nestes contra 18,2% nas mulheres). As mulheres cometeram suicídio, cinco vezes mais por intoxicação exógena do que os homens (54,5% e 10,7%, respectivamente). Os homens utilizaram mais arma de fogo (17,9%) do que as mulheres (9,1%). A Tabela 3 mostra esses dados, com divisão por sexo.

Tabela 3 - Perfis sociodemográficos e socioeconômicos, locais de ocorrência e meio utilizado dos óbitos por suicídio de adolescentes (10-19 anos). Recife, 2019-2024.

Variável	Masculino (N = 28)		Feminino (N = 11)		Total (N = 39)	
	N	%	N	%	N	%
Raça/Cor						
Branco	12	42,9	3	27,3	15	38,5
Negro (Preto + pardo)	16	57,1	8	72,7	24	61,5
Amarelo	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Indígena	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ignorado	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Escolaridade (em anos de estudo)						
0 a 3	2	7,1	1	9,1	3	7,7
4 a 7	9	32,1	4	36,4	13	33,3
8 a 11	13	46,4	6	54,5	19	48,7
12 e mais	4	14,3	0	0,0	4	10,3
Ignorado	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Local de ocorrência						
Hospital	6	21,4	5	45,5	11	28,2
Outro est. de saúde	3	10,7	0	0,0	3	7,7
Domicílio	9	32,1	4	36,4	13	33,3
Via pública	1	3,6	0	0,0	1	2,6
Outros	8	28,6	2	18,2	10	25,6
Ignorado	1	3,6	0	0,0	1	2,6
Meio utilizado						
Enforcamento	11	39,3	2	18,2	13	33,3
Intoxicação exógena	3	10,7	6	54,5	9	23,1
Arma de fogo	5	17,9	1	9,1	6	15,4
Outros	9	32,1	2	18,2	11	28,2

Fonte: Dados extraídos do SIM/DATASUS (2024). Elaborado pelo autor.

3.3 CÁLCULO DE LETALIDADE

$$\text{Letalidade geral: } L = \left(\frac{39}{1673} \right) \times 100 = 2,33\%$$

$$\text{Letalidade no sexo masculino: } L_{\text{masc}} = \left(\frac{28}{343} \right) \times 100 = 8,16\%$$

$$\text{Letalidade no sexo feminino: } L_{fem} = \left(\frac{11}{1330} \right) \times 100 = 0,83\%$$

A letalidade geral para adolescentes no Recife foi de 2,33%. Isso significa que, a cada 1.000 registros de violência autoprovocada que chegam ao sistema, aproximadamente 23 resultam em óbito. A mesma interpretação serve para a letalidade por sexo.

3.4 O PERÍODO DA PANDEMIA DE COVID-19

Em 2020 foram notificados 132 casos de violência autoprovocada, uma redução de aproximadamente 30,5% em relação aos 190 casos registrados em 2019. Nos anos seguintes houve aumento no número de notificações.

4 DISCUSSÃO

Os dados do Recife entre 2019 e 2024 evidenciam de forma nítida questões de gênero discutidas por Bahia *et al.* (2020) e Arruda *et al.* (2021). As adolescentes do sexo feminino representaram a vasta maioria das notificações no SINAN (80,7%) e o sexo masculino domina as estatísticas de óbitos no SIM (71,8%). Essa diferença pode ser explicada pela escolha dos métodos e pela letalidade. Enquanto 70,4% das notificações no SINAN referem-se ao envenenamento (predominante em mulheres), os óbitos masculinos no SIM são majoritariamente causados por enforcamento (39,3%) e arma de fogo (17,9%). Conforme Bahia *et al.* (2020), o uso de métodos de maior energia e agressividade pelos homens resulta em desfechos fatais imediatos, enquanto o uso de substâncias (intoxicação), preferido pelas mulheres, permite uma janela maior para o socorro médico. Isso explica por que as mulheres morreram proporcionalmente duas vezes mais no ambiente hospitalar (45,5%) do que os homens (21,4%), pois a tentativa de suicídio nas mulheres frequentemente chega à urgência, mas a falha na reversão clínica ou a gravidade da dose ingerida culminam no óbito (Arruda *et al.*, 2021).

Um dado alarmante nos resultados encontrados é o perfil racial das vítimas no Recife. A população negra (pretos e pardos) concentra 73,1% das notificações de autolesão e 61,5% dos óbitos por suicídio. Esse cenário corrobora a tese de que, embora o comportamento suicida seja "democrático" e atinja todas as classes (Brito *et al.*, 2021), ele é intensificado em populações vulneráveis. A disparidade é ainda mais cruel ao observarmos que as mulheres negras no Recife se suicidaram 2,7 vezes mais que as mulheres brancas. Esse dado pode ser interpretado pela associação do comportamento autodestrutivo feminino à opressão de gênero

e à vulnerabilidade social das mulheres (Arruda *et al.*, 2021). O racismo estrutural é o processo histórico e sistêmico que normaliza a desigualdade racial nas instituições, na cultura e na economia, operando de forma automática independentemente da intenção individual. Essa estrutura reflete-se diretamente nos indicadores de saúde mental, onde a alta prevalência de suicídio entre adolescentes negros no Recife deixa de ser um fenômeno isolado para se tornar a expressão da vulnerabilidade social e do desamparo institucional impostos a essas pessoas (Brito *et al.*, 2021).

A residência foi o principal local de ocorrência tanto para as autolesões (73,3%) quanto para os óbitos (33,3%). Esse achado, segundo Wanzinack *et al.* (2022), enfatiza o ambiente familiar como o principal local de vigilância. O fato de a via pública ser quatro vezes mais comum para eventos masculinos reforça a característica de maior impulsividade e busca por métodos externos mais letais entre os homens (Bahia *et al.*, 2020).

Outro ponto crítico é a taxa de violência de repetição (41,7%). Conforme Bahia *et al.* (2020), uma tentativa anterior é o maior preditor de um futuro suicídio consumado. A alta porcentagem de repetição do ato no Recife, especialmente entre mulheres (42,8%), sinaliza que esses jovens estão inseridos em ciclos de sofrimento não interrompidos pela rede de apoio após o primeiro atendimento na urgência (Arruda *et al.*, 2021).

Apesar da obrigatoriedade legal da notificação estabelecida pela Lei nº 13.819/2019 (Orsatto *et al.*, 2025), a qualidade dos dados no Recife apresenta lacunas preocupantes. A escolaridade foi ignorada em 59,8% das notificações do SINAN, e o dado sobre violência de repetição não foi preenchido em 32,6% dos casos. De acordo com Aragão e Mascarenhas (2022), a escassez de informações sobre a vida escolar e o perfil socioeconômico dificulta a criação de políticas públicas regionalizadas e eficazes. O alto índice de campos em branco em instrumentos de notificação sugere que os profissionais de saúde do Recife podem estar priorizando o tratamento físico da lesão em detrimento da investigação psicossocial, perpetuando o silenciamento sobre o tema (Avanci; Pinto; Assis, 2021).

O isolamento social severo imposto em 2020 pela pandemia de Covid-19 limitou o acesso dos adolescentes às principais redes de detecção de casos de violência autoprovocada. Com o fechamento das escolas e o medo da infecção pelo vírus em unidades de pronto atendimento, muitos eventos de autolesão de baixa e média gravidade foram manejados no ambiente doméstico, sem serem notificados (Brasil, 2024). A análise longitudinal dos dados

prova que a queda no número de notificações de 190 em 2019 para 132 no primeiro ano da pandemia foi artificial ou temporária. A partir de 2021, há uma explosão nos números, chegando ao ápice em 2024 com 496 notificações, uma alta de 275% em relação a 2020. O represamento do sofrimento psíquico durante o isolamento, somado ao luto, à instabilidade econômica e ao retorno às atividades sociais sem o suporte mental adequado, gerou um efeito tardio de agravamento da saúde mental dos adolescentes recifenses (Orsatto *et al.*, 2025).

O Indicador de letalidade geral para os adolescentes do Recife no período estudado foi de 2,33%. Contudo, ao separar esse índice por sexo, existe uma grande disparidade: enquanto a letalidade feminina é de 0,83%, a masculina atinge 8,16%, sendo aproximadamente dez vezes maior. Este achado corrobora as evidências de Bahia *et al.* (2020), que aponta a tendência histórica de indivíduos do sexo masculino utilizarem métodos que resultam em desfechos fatais imediatos. Em contrapartida, a baixa letalidade observada entre as adolescentes reforça o perfil discutido em Bahia *et al.* (2020), indicando uma preferência por métodos como a intoxicação exógena. Esse método, por possuir um tempo de latência entre o ato e o desfecho, permite a intervenção médica e a estabilização hospitalar. Além disso, o alto volume de notificações no SINAN com baixa letalidade física sugere a presença expressiva de lesões autoprovocadas não suicidas, conforme debatido em Luis *et al.* (2021), onde o ato serve como um mecanismo de alívio para o sofrimento psíquico, sem a intenção definitiva de morte.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo cumpriu o objetivo de traçar o perfil epidemiológico da violência autoprovocada e dos óbitos por suicídio entre adolescentes de 10 a 19 anos no Recife, no período de 2019 a 2024. A análise comparativa entre os dados do SINAN e do SIM revelou um cenário complexo, onde a dor psíquica se manifesta de formas distintas a depender do gênero, da raça e do contexto socioeconômico e permitiu identificar que o fenômeno na capital pernambucana reflete tendências globais, mas com particularidades locais que exigem maior atenção.

Diante deste cenário, algumas recomendações para melhoria da rede de atenção são: capacitar os profissionais de saúde do Recife para o preenchimento qualificado das fichas de notificação e para o rastreamento de risco de suicídio, especialmente em casos de autolesão repetitiva; implementar estratégias de promoção da saúde mental no ambiente escolar, local que ainda apresenta baixa notificação apesar de ser central na vida do adolescente; ações do PSE com

oficinas sobre gestão de emoções, *bullying* contribuem para a redução do estigma sobre a saúde mental; capacitar professores para identificar comportamentos de isolamento, queda no rendimento escolar ou marcas de autolesão; fortalecer a atuação das Equipes Multiprofissionais (eMulti) na discussão de casos complexos junto às Equipes de Saúde da Família bem como a criação de grupos de cuidado específicos para adolescentes com sinais de vulnerabilidade ou adoecimento mental; desenvolver programas de prevenção que considerem as especificidades culturais e sociais da juventude negra do Recife, combatendo o isolamento e a falta de assistência; e promover campanhas de conscientização que encorajam a busca por ajuda, tratando o comportamento suicida não como um tabu, mas como um agravo de saúde evitável e tratável.

A violência autoprovoçada e o suicídio entre os adolescentes do Recife é um desafio sistêmico que ultrapassa a esfera clínica. Combater o suicídio exige, além do fortalecimento das notificações, a garantia de que cada jovem, independentemente de sua cor ou gênero, encontre na rede de saúde do município um suporte capaz de transformar o desejo de cessar a dor em uma nova possibilidade de viver.

REFERÊNCIAS

ABREU, Paula Daniella de *et al.* Análise espacial da violência autoprovoçada em adolescentes: subsídio para enfrentamento. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, [S. l.], v. 7, n. 3, p. 33-46, 2018.

ARAGÃO, Conceição de Maria Castro de; MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros. Tendência temporal das notificações de lesão autoprovoçada em adolescentes no ambiente escolar, Brasil, 2011-2018. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 31, n. 1, e2021482, 2022.

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

AVANCI, Joviana Quintes; PINTO, Liana Wernersbach; ASSIS, Simone Gonçalves de. Notificações, internações e mortes por lesões autoprovoçadas em crianças nos sistemas nacionais de saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 11, p. 4895-4909, nov. 2021.

BAHIA, Camila Alves *et al.* Notificações e internações por lesão autoprovoçada em adolescentes no Brasil, 2007-2016. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 29, n. 2, e2019060, 2020.

BEZERRA, Kalyne Araújo *et al.* Prevalência e fatores pessoais associados à violência autoprovoçada em adolescentes. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 29, e92172, 2024.

BLOCH, K. V.; COUTINHO, E. S. F. Fundamentos da pesquisa epidemiológica. In: MEDRONHO, R. A. *et al.* **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 173-179.

BRASIL. Ministério da Saúde. Perfil epidemiológico dos casos notificados de violência autoprovocada e óbitos por suicídio entre jovens de 15 a 29 anos no Brasil, 2011 a 2018. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, DF, v. 50, n. 24, p. 1-14, set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Panorama dos suicídios e lesões autoprovocadas no Brasil de 2010 a 2021. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, DF, v. 55, n. 4, p. 1-17, fev. 2024.

BRITO, Franciele Aline Machado de *et al.* Violência autoprovocada em adolescentes no Brasil, segundo os meios utilizados. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 26, e76261, 2021.

LEITE, Fernanda Álvares Alves; ALVES, Michelle Alexandra Gomes. Violência gera violência: fatores de risco para a tentativa de suicídio entre adolescentes. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 26, n. 8, p. 330-335, 2016.

LUIS, Mayara Alves *et al.* Lesão autoprovocada entre adolescentes: prevalência e fatores associados, Espírito Santo, Brasil. **Aquichan**, Bogotá, v. 21, n. 2, e2124, 2021.

MEDEIROS, Vanessa Roberta Dias; FRAGOSO, Virgínia de Moura. Comportamento suicida na Capital do Tocantins: uma análise decenal. **Revista Cereus**, Gurupi, v. 17, n. 3, p. 111-125, 2025.

ORSATTO, Sofia de Moraes *et al.* Comportamento autolesivo em crianças e adolescentes brasileiros: um estudo epidemiológico. **Debates em Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 1-20, 2025.

PINHEIRO, Thayse de Paula; WARMLING, Deise; COELHO, Elza Berger Salema. Caracterização das tentativas de suicídio e automutilações por adolescentes e adultos notificadas em Santa Catarina, 2014-2018. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 30, n. 4, e20201016, 2021.

ROBERTO, Tiago Moreno Lopes *et al.* Índices de tentativas de suicídio na fase da adolescência demonstra necessidades preventivas no ambiente da educação. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 396-412, mar. 2021.


WANZINACK, Clovis *et al.* Perfil dos casos de violência interpessoal e/ou autoprovocada em crianças e adolescentes de 0 a 19 anos no município de Matinhos estado do Paraná entre 2010 a 2018. **Divers@: Revista Eletrônica Interdisciplinar**, Matinhos, v. 15, n. 1, p. 3-22, 2022.

ANEXO A - Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada

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

SVS 15.06.2015

ANEXO B - Declaração de Óbito Epidemiológica

 República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		DO Epidemiológica	
I	Identificação	1 Tipo de óbito <input type="checkbox"/> Fetal <input type="checkbox"/> Não Fetal	
	2 Data do óbito Hora		3 Cartão SUS
	4 Naturalidade Município / UF (se estrangeiro informar País)		
	5 Nome do Falecido		6 Nome do Pai 7 Nome da Mãe
II	Residência	8 Data de nascimento 9 Idade Anos completos Meses Dias Horas Minutos Ignorado	
	10 Sexo <input type="checkbox"/> M - Masc. <input type="checkbox"/> F - Fem. <input type="checkbox"/> I - Ignorado		11 Raça/Cor <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Ignorado
III	Ocorrência	12 Situação conjugal <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Separado judicialmente/Divorçado <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Ignorada	
	13 Escolaridade (última série concluída) Nível <input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) <input type="checkbox"/> Superior incompleto <input type="checkbox"/> Superior completo Ignorado		14 Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentado / desempregado) Código CBO 2002
IV	Fetal ou menor que 1 ano	15 Logradouro (rua, praça, avenida, etc) Número Complemento	
	16 CEP		17 Bairro/Distrito Código
V	Condições e causas do óbito	18 Município de residência Código	
	19 UF		20 Local de ocorrência do óbito <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde <input type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> Aldeia Indígena Ignorado
VI	Médico	21 Estabelecimento Código CNES	
	22 Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc) Número Complemento		23 CEP
VII	Causas externas	24 Bairro/Distrito Código	
	25 Município de ocorrência Código		26 UF
VIII	Cartório	27 Idade (anos) 28 Escolaridade (última série concluída) Nível <input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) <input type="checkbox"/> Superior incompleto <input type="checkbox"/> Superior completo Ignorado	
	29 Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentada / desempregada) Código CBO 2002		30 Número de filhos tidos vivos 31 Nº de semanas de gestação 32 Tipo de gravidez <input type="checkbox"/> Única <input type="checkbox"/> Dupla <input type="checkbox"/> Tripla e mais <input type="checkbox"/> Ignorada
IX	Localid. S/ Médico	33 Tipo de parto <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesáreo <input type="checkbox"/> Ignorado	
	34 Morte em relação ao parto <input type="checkbox"/> Antes <input type="checkbox"/> Durante <input type="checkbox"/> Depois <input type="checkbox"/> Ignorado		35 Peso ao nascer Gramas
36 Número da Declaração de Nascido Vivo		37 A morte ocorreu <input type="checkbox"/> Na gravidez <input type="checkbox"/> No parto <input type="checkbox"/> No abortamento <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos Ignorado	
38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado		39 Necrópsia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	
40 CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. CAUSAS ANTECEDENTES Estados morbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA a) Devido ou como consequência de: b) Devido ou como consequência de: c) Devido ou como consequência de: d) Devido ou como consequência de:	
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID	
X	Médico	41 Nome do Médico 42 CRM	
	43 Óbito atestado por Médico <input type="checkbox"/> Assistente <input type="checkbox"/> Substituto <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> Outro		44 Município e UF do SVO ou IML UF
XI	Causas externas	45 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc)	
	46 Data do atestado		47 Assinatura
XII	Causas externas	48 Tipo <input type="checkbox"/> Acidente <input type="checkbox"/> Suicídio <input type="checkbox"/> Homicídio <input type="checkbox"/> Outros Ignorado	
	49 Acidente do trabalho <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Ignorado		50 Fonte da informação <input type="checkbox"/> Ocorrência Policial Nº <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Ignorada
XIII	Cartório	51 Descrição sumária do evento, incluindo o tipo de local de ocorrência	
	SE A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO 52 Logradouro (rua, praça, avenida, etc) Número Bairro Município UF		Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência <input type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> Endereço de residência <input type="checkbox"/> Outro domicílio <input type="checkbox"/> Estabelecimento comercial <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Ignorada
XIV	Cartório	53 Cartório Código	
	54 Registro		55 Data
XV	Localid. S/ Médico	56 Município	
	57 UF		58 Declarante
59 Testemunhas A B			