

## O SILÊNCIO DIANTE DO SOFRIMENTO INFANTIL: ENTRE O MEDO E O DESCONHECIDO

SILENCE IN THE FACE OF CHILD SUFFERING: BETWEEN FEAR AND THE UNKNOWN

EL SILENCIO ANTE EL SUFRIMIENTO INFANTIL: ENTRE EL MIEDO Y LO DESCONOCIDO

Guilherme de Oliveira Stefano<sup>1</sup>

Francine Rodrigues Bottaro<sup>2</sup>

João Vitor Paschoal Pardim<sup>3</sup>

João Vitor Valente Melo<sup>4</sup>

Diogo Bueno Mendanha<sup>5</sup>

Tiago Moreno Lopes Roberto<sup>6</sup>

**RESUMO:** O suicídio infanto-juvenil configura-se como um grave problema de saúde pública, marcado por tabus e negações sociais que dificultam sua compreensão no Brasil. A ideia de que infância e adolescência seriam fases naturalmente protegidas do sofrimento psíquico contribui para a inviabilização da dor emocional, a subnotificação e o atraso na busca por cuidado. Esse silêncio atua como um fator de adoecimento. O objetivo deste estudo foi analisar o suicídio infanto-juvenil sob uma perspectiva psicossocial. Trata-se de uma revisão bibliográfica qualitativa fundamentada em produções nacionais e internacionais. A pesquisa justifica-se pela necessidade de ampliar o debate, superando visões reducionistas do suicídio como ato isolado. Os resultados apontam o comportamento suicida como multifatorial, associado a sofrimento psíquico, violências, fragilidade de vínculos e ausência de suporte institucional. Os sinais prévios costumam ser ignorados, levando à procura tardia por ajuda. Na discussão, evidencia-se que o suicídio infantil denuncia falhas coletivas nos sistemas de proteção. Estratégias de prevenção eficazes demandam ações intersetoriais e fortalecimento das redes familiares, escolares e comunitárias. Conclui-se que enfrentar o tema exige romper o silêncio social, desestigmatizar o sofrimento psíquico e reconhecer crianças e adolescentes como sujeitos de direitos. Mais do que prevenir mortes, trata-se de promover cuidado, pertencimento e dignidade.

1

**Palavras chave:** Suicídio. suicídio infantil. Suicídio infantojuvenil. saúde mental.

<sup>1</sup>Graduando em Psicologia – UNIRP, Estagiário no 3º Tabelião de Notas de São José do Rio Preto.

<sup>2</sup>Pós-Graduação em Educação Inclusiva, Especial e Políticas de Inclusão pela Faculdade Iguazu Pós-Graduação em Gestão Estratégica de Pessoas pelo Centro Universitário Senac, SENAC/SP, Pós-Graduação em Educação Infantil pela Universidade Castelo Branco, UCB/RJ, Aperfeiçoamento em Fundamentos da Língua Portuguesa e da Alfabetização pela Universidade Castelo Branco, UCB/RJ Graduação em Pedagogia pela Faculdade de Educação, Ciências e Artes Dom Bosco de Monte Aprazível, FAECA.

<sup>3</sup>Graduando em Psicologia- UNIRP. Estagiário do Centro pop.

<sup>4</sup>Graduando em Psicologia UNIRP.

<sup>5</sup>Doutor em Ciências da Saúde, Mestre em Psicologia da Saúde, psicólogo, pedagogo e sociólogo. Pós-doutorando em Psicologia da Saúde na FAMERP.

<sup>6</sup>Orientador: Graduado em Medicina – UNIFEV - Preceptor de internato em Saúde da Família do Centro Universitário de Votuporanga ; médico da Estratégia de Saúde da Família (ESF) Santa Casa de Misericórdia de Votuporanga (2022) e plantonista - Santa Casa de Misericórdia de Votuporanga.

**ABSTRACT:** Child and adolescent suicide is a serious public health problem, marked by social taboos and denial that hinder its understanding in Brazil. The belief that childhood and adolescence are naturally protected from psychological suffering contributes to the invisibilization of emotional pain, underreporting, and delayed help-seeking. This silence acts as a factor that worsens mental distress. The aim of this study was to analyze child and adolescent suicide from a psychosocial perspective. This is a qualitative literature review based on national and international studies. The research is justified by the need to broaden the debate, overcoming reductionist views of suicide as an isolated act. The results indicate that suicidal behavior is multifactorial, associated with psychological suffering, violence, fragile social bonds, and lack of institutional support. Early warning signs are often ignored, leading to delayed access to care. The discussion shows that child suicide reveals collective failures in protection systems. Effective prevention strategies require intersectoral actions and strengthening of family, school, and community networks. It is concluded that addressing this issue requires breaking social silence, destigmatizing psychological suffering, and recognizing children and adolescents as rights-bearing individuals. More than preventing deaths, it is about promoting care, belonging, and dignity.

**Keywords** Suicide. Child suicide. Child and adolescent suicide. Mental health.

**RESUMEN:** El suicidio infantojuvenil se configura como un grave problema de salud pública, marcado por tabúes y negaciones sociales que dificultan su comprensión en Brasil. La idea de que la infancia y la adolescencia son etapas naturalmente protegidas del sufrimiento psíquico contribuye a la invisibilización del dolor emocional, al subregistro y al retraso en la búsqueda de ayuda. Este silencio actúa como un factor que agrava el malestar psicológico. El objetivo de este estudio fue analizar el suicidio infantojuvenil desde una perspectiva psicosocial. Se trata de una revisión bibliográfica cualitativa basada en producciones nacionales e internacionales. La investigación se justifica por la necesidad de ampliar el debate, superando visiones reduccionistas del suicidio como un acto aislado. Los resultados indican que la conducta suicida es multifactorial, asociada al sufrimiento psíquico, la violencia, la fragilidad de los vínculos y la ausencia de apoyo institucional. Los signos previos suelen ser ignorados, lo que lleva a una búsqueda tardía de ayuda. En la discusión se evidencia que el suicidio infantil revela fallas colectivas en los sistemas de protección. Las estrategias de prevención eficaces requieren acciones intersectoriales y el fortalecimiento de las redes familiares, escolares y comunitarias. Se concluye que abordar este tema exige romper el silencio social, desestigmatizar el sufrimiento psíquico y reconocer a niños y adolescentes como sujetos de derechos. Más que prevenir muertes, se trata de promover cuidado, pertenencia y dignidad.

**Palavras-chave** Suicídio. Suicídio infantil. Suicídio infantojuvenil. Saúde mental.

## INTRODUÇÃO

Atravessando culturas, religiões e períodos históricos, o suicídio é um fenômeno global permeado por múltiplas significações sociais. O número de mortes autoprovocadas vem apresentando um aumento gradual e contínuo, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), que estima que, anualmente, mais de 700 mil pessoas morrem por suicídio no mundo, configurando-se como a 4<sup>a</sup> principal causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos. No Brasil,

segundo dados do DATASUS, 16.262 pessoas tiraram a própria vida em 2021, sendo que 1.299 eram crianças e adolescentes, o maior número já registrado desde 2016, reiterando o crescimento, uma pesquisa da Fiocruz (Cidacs) indica que, entre 2011 a 2022, a taxa de suicídio entre jovens no Brasil cresceu 6% ao ano, enquanto as taxas de notificações por autolesões na faixa etária de 10 a 24 anos aumentaram 29% ao ano. Tais dados evidenciam que a infância também é acometida pelo sofrimento psíquico, mesmo envolta a um silêncio ensurdecedor, e desafia a crença popular de que a infância está totalmente protegida desse tipo de ocorrência.

Émile Durkheim, na obra clássica "O suicídio", fundamenta teoricamente a compreensão do suicídio enquanto fenômeno social em uma dimensão muito mais vasta que apenas o individual, ampliando assim nossa perspectiva de investigação dos elementos coletivos que abastecem para a invisibilidade do sofrimento infantil como a desinformação, amedrontamento da responsabilização parental, discursos normativos sociais e religioso sobre a infância e a ausência de políticas públicas sobre o tema. Seguindo essa lógica, Botega (2015) complementa, ao afirmar que o suicídio é "um grito de dor e de silêncio", exigindo ser ouvido como expressão de sofrimento psíquico e social, e não apenas reduzido a uma estatística.

No Brasil, a discussão sobre suicídio entra em intenso confronto com a religiosidade, uma vez que 84% da população se declara cristã (IBGE, Censo 2022). Para os católicos e em grande parte das vertentes evangélicas, o suicídio é tradicionalmente visto como pecado e sua condenação é cruel, o que contribui para a estigmatização e subnotificação das mortes, levando a uma condenação moral impiedosa e a culpabilização dos pais e crianças em sofrimento. Muitas famílias tendem a retardar intervenções terapêuticas e psicológicas, devido à ideia persistente entre os transtornos mentais e o espiritual, à qual dificulta o acesso a tratamentos baseados em evidências.

Em contraponto, em território nacional algumas tradições indígenas brasileiras interpretam a morte de forma menos condenatória: como passagem ou continuidade da existência em outra dimensão espiritual, onde o coletivo e a ancestralidade têm centralidade. Tais visões distintas influenciam diretamente a forma como as famílias lidam com o luto e a viabilidade de falar sobre o tema.

Outro recorte importante é a população LGBTQIA+, que apresenta índices significativamente mais altos de ideação e tentativas de suicídio quando comparada à média geral. De acordo com a pesquisa "Suicídio entre pessoas LGBTQIA+" (UNAIDS Brasil, 2021), jovens dessa comunidade chegam a ter quatro vezes mais risco de tentativa de suicídio, em razão

da rejeição familiar, do bullying escolar e da discriminação social. Essa realidade elucida que certos grupos estão mais vulneráveis e que as políticas de prevenção precisam ser interseccionais.

Ainda que o ato suicida envolva intencionalidade, nem toda lesão autoprovocada pode ser classificada como suicídio. Muitas vezes, trata-se de práticas de automutilação sem intenção letal imediata, mas que carregam em si um pedido de ajuda. Essa diferenciação é essencial para não invisibilizar as nuances do sofrimento psíquico.

No campo jurídico, o Brasil não possui uma lei específica que criminalize ou permita o suicídio. Diferente de países como Índia (que descriminalizou o ato em 2017) ou Canadá, Bélgica e Holanda (onde a eutanásia ou o suicídio assistido são legalmente regulamentados em determinados casos), o ordenamento brasileiro opta pela omissão, tratando como crime apenas o "induzimento, instigação ou auxílio ao suicídio" (art. 122 do Código Penal). Essa ausência de regulação contribui para a invisibilidade do debate, reforçando o tabu em torno do tema, enquanto o Uruguai trata o suicídio como uma questão de saúde pública, investindo em pesquisas, além do acompanhamento das estatísticas de suicídios para entender melhor o problema e as suas causas, especialmente entre jovens e grupos vulneráveis, e tais informações são utilizadas para aprimorar as políticas de prevenção, além de uma visão laica, subtraindo assim o julgamento moral.

4

Destaca-se ainda a experiência do "Luto Não Reconhecido", conceito formulado por Kenneth Doka (2002), que nomeia as perdas que não são socialmente validadas ou reconhecidas publicamente, impedindo que a dor seja vivida de forma coletiva. No caso do suicídio infantil, o silêncio familiar, somado ao estigma social e religioso, contribui para que pais e responsáveis não consigam elaborar a perda, perpetuando sentimento de culpa, isolamento e marginalização.

Assim, discutir o suicídio infantil no Brasil significa romper camadas de silêncio impostas pela sociedade, pela religião e pelas instituições. O (des)cuidar deste fenômeno apenas como ato individual desqualifica o direito da expressão de sofrimento, marcado por exclusões, tabus e lacunas de políticas públicas. É nesse espaço de interseção e silêncio que surge a necessidade desta pesquisa, cujo objetivo é analisar como o tabu do suicídio infantil impacta a família e o cuidado emocional da criança, ampliando o debate para além da estatística e colaborar para a construção de práticas capazes de acolher, adequadas, éticas e eficazes no enfrentamento dessa crescente e grave questão de saúde pública e sofrimento infanti

## MÉTODOS

Trata-se de uma revisão bibliográfica de abordagem qualitativa, conduzida de forma sistematizada e orientada pelas diretrizes do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA), com o objetivo de identificar, selecionar e analisar produções científicas relacionadas ao comportamento suicida e à saúde mental infantil.

A busca dos estudos foi realizada nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) e PubMed, selecionadas por sua relevância na área da saúde e das ciências humanas. Foram utilizados descritores combinados por meio do operador booleano AND, de acordo com os seguintes eixos temáticos: Comportamento AND suicida AND infantil; Saúde mental infantil; e Mortalidade infantil por suicídio. As buscas foram realizadas sem restrição geográfica, priorizando publicações disponíveis na íntegra.

No eixo Comportamento suicida infantil, a pesquisa na base SciELO resultou em 05 artigos identificados, dos quais 04 foram selecionados após a leitura dos títulos, resumos e aplicação dos critérios de inclusão. Os estudos abordaram temas como sintomas depressivos associados ao uso de álcool e maconha em adolescentes, comportamento autolesivo e fatores relacionados à intenção suicida, caracterização do comportamento suicida em crianças em episódio depressivo e emergências psiquiátricas na infância e adolescência.

No eixo Saúde mental infantil, também na base SciELO, foram identificados 15 artigos, dos quais 04 atenderam aos critérios de elegibilidade. Os estudos selecionados discutiram os significados atribuídos aos problemas mentais na infância, os impactos da ausência da escola durante a pandemia de Covid-19, fatores que favorecem ou prejudicam a saúde mental de crianças em projetos de contraturno escolar e ações em saúde mental infantil no contexto da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para o eixo Mortalidade infantil por suicídio, a busca foi realizada na base PubMed, resultando em 20 artigos identificados, dos quais 07 foram selecionados após o processo de triagem. Os estudos incluídos abordaram temas como desregulação emocional e suicídio em crianças e adolescentes, dinâmica familiar e comportamentos autolesivos, impacto da pandemia nas tentativas de suicídio e ideação suicida, estudos transversais sobre pré-adolescentes brasileiros, ideação suicida e mortes por suicídio na infância, além de análises sobre equidade racial e étnica na triagem universal de risco suicida.

Os critérios de inclusão adotados foram: artigos publicados nos últimos anos, disponíveis na íntegra, que abordassem diretamente o comportamento suicida, a saúde mental infantil ou a mortalidade por suicídio em crianças e adolescentes. Foram excluídos estudos duplicados, publicações que não tratavam da população infantil ou juvenil e artigos que não apresentavam relação direta com o objetivo da revisão.

A seleção dos estudos seguiu as etapas propostas pelo fluxograma PRISMA: identificação, triagem, elegibilidade e inclusão. Após a seleção final, os artigos foram analisados de forma crítica e interpretativa, permitindo a organização dos achados em categorias temáticas, que subsidiaram a discussão dos resultados e a compreensão do fenômeno do suicídio infantil sob uma perspectiva psicossocial.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inobstante, ainda que compreendido como um ato meramente irrefletido, ou seja, uma ação sem a devida consideração, o suicídio representa um desfecho trágico de um sofrimento profundo e insuportável. Muitas vezes estrutural e sistematicamente inviabilizado, o “grito de atenção” sob a ótica simplista, denota a ambiguidade de um dos fenômenos mais complexos e dolorosos que uma sociedade pode enfrentar. Para Melo e Azevedo (2025) torna-se desolador lançar essa lupa sobre a infância e adolescência, pois ainda persiste um marcador místico que tais fases seriam atravessada apenas por alegrias, isentas de sofrimento psíquico, e que a morte autoprovocada como um caminho para crianças e jovens é ainda mais perturbadora, e resulta no sentimento de descrença e incredulidade em torno da existência desse fenômeno. Este entendimento confronta diretamente o “mito da infância feliz” e expõe como a negação social desse sofrimento é, em si, um fator de risco potente.

Compreender o suicídio infantil exige articular dimensões conceituais distintas. A clássica definição de Durkheim (2000), ao centrar-se na intencionalidade consciente da morte, ilumina o núcleo de deliberação do ato final. Contudo, a distinção proposta por autores como Maris, Bermann e Silverman (2000), entendem o suicídio como o ponto final de um continuum de comportamentos suicidas, que abrange a ideação, os planos e as tentativas. Essa taxonomia é crucial para desvendar o fenômeno na infância, fase em que o sofrimento raramente se expressa de forma clara, exigindo que se ouça o que é dito através do silêncio, das mudanças de comportamento e dos atos desesperados.

Diante desse cenário complexo, as redes de apoio sólidas se erguem como o principal fator de proteção. A pesquisa de Santo, Bedin e Dell'Aglio (2022) demonstra de forma contundente que a presença de suportes no ambiente escolar e comunitário pode reduzir drasticamente a intenção suicida, mesmo entre adolescentes em alta vulnerabilidade. Isso corrobora a visão de que o suicídio é um fenômeno relacional, resultado da interação entre vulnerabilidades individuais e a disponibilidade, ou ausência, de suportes ambientais. Repensar e intencionar a construção de um conjunto funcional de instrumentos institucionais e práticas acolhedoras, que ofereçam validação emocional, escuta qualificada e vínculos positivos, é uma estratégia de prevenção primária poderosa, que desloca a responsabilidade para a coletividade.

No contexto dos serviços de saúde, particularmente nas emergências hospitalares, a intersecção entre a urgência clínica e a integralidade do cuidado se torna crítica. Como apontam Scheibe e Luna (2022), a avaliação do risco suicida deve ser estruturada e multifatorial, indo muito além da estabilização física para incluir uma análise minuciosa de fatores de risco e proteção. A percepção de profissionais de que a tentativa de suicídio é um ato para "chamar atenção", como observado por Souza et al. (2023), transforma o serviço de saúde de um potencial espaço de perpetuação de uma visão estigmatizada somado à um local de revitimização. Este julgamento, enraizado no paradigma adultocêntrico, leva a uma abordagem reducionista e biomédica, que ignora a dimensão psicossocial e compromete a vinculação do jovem com a rede de cuidados contínuos.

A compreensão desse fenômeno e a efetivação de estratégias de prevenção exigem um olhar multifacetado, que articule as dimensões conceituais, clínicas, sociais e existenciais envolvidas. O suicídio infantil é, antes de tudo, um indicador extremo do fracasso coletivo em proteger, acolher e dar sentido à existência dos mais jovens. Enfrentá-lo exige coragem para olhar de frente para uma dor que preferimos negar, e compromisso para construir, de forma coletiva e corresponsável, ambientes que não apenas previnam a morte, mas que afirmem e sustentem a vida em sua plenitude e dignidade.

## **1. Os sinais ignorados de uma juventude que grita por socorro: O comportamento suicida**

Na infância e adolescência precisa ser entendido, compreendido e analisado como um fenômeno multifatorial, progressivo e associado a um sofrimento psíquico persistente, não apenas como um caso isolado (Maltoniet al., 2023; Santo et al., 2022; Souza et al., 2019). Esses

comportamentos de risco não surgem de forma abrupta, mas são o resultado do acúmulo de sofrimento emocional e também fragilização dos vínculos (Scivoletto et al., 2010).

Os sintomas depressivos representam o fator que mais se associa a esses comportamentos nos adolescentes, se fazendo presente em todo o processo contínuo suicida analisado (Maltoniet al., 2023; Souza et al., 2019). A associação sugere que a depressão, para além de uma tristeza transitória, se caracteriza como um estado de sofrimento prolongado, o que compromete a capacidade de compreensão e elaboração psíquica e também de projeção de um futuro para esses jovens (Santo et al., 2022). Esses dados são essenciais para distanciar discursos moralistas e reducionistas sobre os comportamentos de riscos ligados a crianças e adolescentes, comprovando a intensidade e o vínculo com o sofrimento emocional (Maltoniet al., 2023).

Além do contexto que envolve a depressão, os sintomas de ansiedade também aumentam o risco de ideação suicida e tentativas de suicídio, ainda mais quando ambos coexistem internalizados na criança e no adolescente (Santo et al., 2022; Souza et al., 2019). Ansiedade e depressão, quando unidos, produzem um cenário interno de ruminação, sensação de aprisionamento psíquico e desesperança, potencializando a concepção de que a dor será interminável (Souza et al., 2019).

Uma forma que esses jovens em sofrimento encontram para ter uma regulação emocional é a autolesão, uma estratégia precária, mas que surge quando não encontram recursos suficientes para lidar com a dor psíquica (Santo et al., 2022). A autolesão precisa ser interpretada não como um comportamento manipulativo, mas sim como um sinal grave de sofrimento emocional (Maltoniet al., 2023).

Fatores contextuais também influenciam diretamente os comportamentos de risco das crianças e adolescentes: violência física, psicológica ou sexual, conflitos familiares e fragilidade dos vínculos afetivos (Maltoniet al., 2023; Souza et al., 2019). Esse relato comprova que o sofrimento desses jovens não envolve apenas a parte intrapsíquica, mas é profundamente atravessado pelas condições sociais e culturais (Santo et al. 2022). Ou seja, o comportamento suicida começa a ser entendido também como uma expressão da falha do sistema que deveria amparar, cuidar e ajudar este ser em desenvolvimento (Scivoletto et al., 2010).

Um ponto que é importante enfatizar sobre o tema é que os sinais prévios e de risco são, em sua maioria, ignorados ou minimizados, até mesmo “normalizados”, levando à procura de ajuda apenas quando o risco de morte já está instaurado (Scivoletto et al., 2010). A emergência

psiquiátrica representa o desfecho tardio de um processo de sofrimento não validado ou reconhecido (Scivoletto et al., 2010).

O que deve ser destacado também é a necessidade de considerar o estágio de desenvolvimento na avaliação do comportamento suicida porque a ideia de morte e intencionalidade muda entre crianças e adolescentes (Scivoletto et al., 2010). É essencial que a avaliação de riscos não se limite apenas à verbalização explícita ao desejo de morrer, é preciso considerar o comportamento, contexto, suporte familiar (Scivoletto et al., 2010). Entretanto, existe também uma dificuldade em sustentar a escuta ativa das crianças e adolescentes, o que gera uma escalada exponencial do risco até a emergência psiquiátrica (Scivoletto et al., 2010).

De modo geral, o comportamento suicida é, em muitos casos, previsível e algo que dá para prevenir, desde que os sinais sejam identificados e acolhidos precocemente (Maltoni et al., 2023; Souza et al. 2019). O comportamento de risco se compreende como a expressão extrema de uma dor que não encontrou simbolização, suporte, validação e cuidado (Santo et al. 2022).

2. O suicídio infantil e juvenil: uma análise da dor invisível e dos caminhos para a proteção uma juventude: A saúde mental infantil é um conceito amplo e fundamental no meio social, sendo associada à forma como a criança vivencia suas experiências emocionais e estabelece relações sociais de maneira funcional. Portanto, trata-se de um estado de bem-estar ao qual a criança se encontra, envolvendo emoções, pensamentos e comportamentos. Segundo Esswein (2021) problemas relacionados à saúde mental na infância torna-se um empecilho no desenvolvimento infantil, e podem estar associados a transtornos psicossociais na vida adulta.

Ações relacionadas ao brincar juntamente com os esportes, o contato com a natureza e a realização de brincadeiras lúdicas favorecem a construção de uma saúde mental infantil sólida (Martins, 2022). A criança precisa ser reconhecida como um sujeito único, singular, ao qual possui direitos e necessidades sociais próprias (ESPER, 2023). Portanto, é necessário ressaltar a importância da escola na vida das crianças, sendo um espaço primário para a relação de sociabilidade com outras crianças, ao qual impacta no aprendizado e na saúde mental das crianças (VAZQUEZ, 2022).

Em contraponto, ações violentas, com ênfase no Bullying colaboram para a disfunção da saúde mental infantil (MARTINS, 2022). Aliado a isso, muitos profissionais ainda associam o sofrimento psíquico apenas a comportamentos observáveis ou a meros conflitos familiares. ESPER (2023) afirma que é primordial aos profissionais da saúde a compreensão do contexto familiar da criança, levando em consideração os aspectos socioculturais individuais.

A inclusão da saúde mental infantil no contexto público é tardia e ainda insuficiente, sendo, portanto um desafio na implementação de metodologias para a assistência básica infantil (ESSWEIN, 2021). De acordo com ESPER (2023), a classificação aliada a avaliação deve envolver a prudência dos profissionais, pois há ambiguidade os problemas estritamente relacionados à conduta, os problemas emocionais aliados aos aspectos socioculturais e características particulares da criança. Portanto, torna-se necessário que a transformação desse sistema necessita intervenções articuladas em múltiplas áreas, acompanhadas de uma ampla análise crítica contínua, as quais, devem contemplar o aprimoramento da formação profissional, aliada a reorganização dos serviços sociais (ESSWEIN, 2021).

A partir disso, podemos concluir que a compreensão a respeito da saúde mental infantil exige superar abordagens baseadas exclusivamente no modelo biomédico ao qual tenta traduzir o sofrimento psíquico infantil a simples sintomas padronizados. De acordo com ESPER (2023), é necessária a ampliação sobre a compreensão do que se considera problemático levando em consideração os comportamentos infantis, buscando, portanto, o aprofundamento a respeito dos significados dos problemas psíquicos da criança na visão de um grupo de profissionais da atenção básica.

Portanto, diante do apresentado, é essencial que a saúde mental infantil seja compreendida a partir de uma visão mais ética e, sobretudo, mais ampla, que reconheça a criança como sujeito detentora de direitos e que, além disso, está inserida em um contexto social amplo. As diversas questões as quais favorecem ou prejudicam o desenvolvimento psíquico infantil mostram que o cuidado com a saúde mental infantil jamais deveria se resumir à uma mera identificação de sintomas ou à classificação de comportamentos (ESPER, 2023). Portanto, de acordo com ESSWEIN (2021), o cuidado com a saúde mental infantil deve considerar as experiências vividas aliadas ao meio social da criança, aliada a grande parte de olhares reducionistas aos sintomas e, somada à extrema fragilidade/ inexistência das políticas públicas evidencia a necessidade de investimento na formação continuada dos profissionais. Assim, portanto, a superação do modelo biomédico restrito aliado a adoção de abordagens interdisciplinares mostra-se essencial para a elaboração de práticas de cuidado mais éticas que, portanto, são capazes de promover a ampliação da saúde mental infantil e prevenir desfechos mais graves ao longo do desenvolvimento adulto.

3. Mortalidade infantil por suicídio: “As taxas de suicídio continuam a aumentar entre crianças e adolescentes; Suicídio é a segunda principal causa de morte nos Estados Unidos.”

(Benton TD et al., 2021). 22,2% das crianças (IC 95% 18,0%-27,0%) apresentaram ideação/tentativas de suicídio, relatadas por suas mães, professores ou pela criança em algum momento de uma coorte. (da Silva ET AL., 2024) O suicídio infantil é uma questão de saúde pública ainda tratada com muito tabu, o que leva a uma elevada taxa de subnotificação, a qual prejudica as pesquisas e dados nítidos sobre a temática. Ainda assim, pode-se constatar que o suicídio é uma das principais causas de morte em crianças e adolescentes no mundo segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS).

Quais fatores influenciam o aumento da taxa de suicídio infantil? Fatores familiares, sociais, socioeconômico, escolares, transtornos psicológicos, tudo isso influência no fator de risco ao suicídio, é uma questão multifatorial e não unilateral que pode ser analisada apenas de uma perspectiva ou ângulo. É necessário cautela, observação e um olhar minucioso para abordar tal temática. “Práticas parentais negativas e disfunção familiar parecem preceder a automutilação e a tendência suicida entre crianças e adolescentes. Reduzir as dinâmicas familiares negativas pode aliviar essas graves preocupações de saúde mental no curto prazo, e ajudar as famílias a minimizar a exposição precoce a essas dinâmicas pode prevenir o surgimento de automutilação e suicídio.” (Hammond NG ET AL., 2025) Como diz Madre Teresa, se você quer mudar o mundo, vá para casa e ame sua família. Práticas parentais disfuncionais podem acarretar a um aumento nessa taxa de tentativas de suicídio, porém não é um fator isolado, mas sim uma junção de fatores que leva uma criança a suicidar-se ou pensar em tal.

Fatores como etnia ou localidade geográfica também influenciam. Um estudo teve como objetivo examinar se a participação na triagem universal de risco de suicídio varia por fatores demográficos, incluindo raça/etnia, dadas as disparidades documentadas nas taxas de suicídio entre grupos raciais/étnicos e o resultado foi que Diferenças raciais/étnicas na aceitação e nos resultados do rastreamento indicam disparidades na identificação de risco de suicídio entre os jovens. (Clifton RL ET AL.,2025) Isso nos mostra novamente a falha na obtenção de dados, deixando claro que certos grupos étnicos podem não estar recebendo devida atenção como deveriam e serem mais vulneráveis.

Fatores como pandemias também influenciam fortemente essa taxa de suicídio. Houve boas evidências de aumento nas visitas ao pronto-socorro por tentativas de suicídio durante a pandemia (razão de taxa 1,22, IC 90% 1,08-1,37), evidências modestas de aumento nas visitas ao pronto-socorro por ideação suicida (1,08, 0,93-1,25) e boas evidências de apenas uma leve

mudança na automutilação (0,96, 0,89-1,04). (Madigan S et AL.,2023) A integração do apoio à saúde mental na saúde comunitária e no sistema educacional, incluindo promoção, prevenção, intervenção precoce e tratamento é urgentemente necessária para ampliar o alcance do suporte à saúde mental que possa mitigar o sofrimento mental infantil e adolescente. Em futuras pandemias, o aumento dos recursos em alguns departamentos de emergência ajudaria a enfrentar o aumento esperado de visitas para sofrimento mental agudo entre crianças e adolescentes. (Madigan S et AL.,2023).

Sendo assim, após analisar os artigos encontrados e selecionados, descobrimos os múltiplos fatores que afetam a taxa de mortalidade por suicídio infantil, nesse âmbito, devem-se tomar as medidas necessárias para minimizar as causas desse fenômeno: palestras, conscientização sobre o tema, dissolver os tabus ao redor do tema, medidas de saúde, educação e conscientização.

## CONCLUSÃO

Falar sobre suicídio infantil e juvenil no Brasil ainda é atravessado por um profundo tabu social, sustentado pelo mito da infância feliz e pela crença de que crianças e adolescentes seriam incapazes de vivenciar sofrimentos psíquicos intensos. Esse silêncio, longe de proteger, opera como um mecanismo de negação coletiva que invisibiliza a dor, deslegitima os sinais de sofrimento e dificulta a construção de respostas precoces e eficazes. Ao evitar o debate, a sociedade contribui para a manutenção de práticas adultocêntricas, moralizantes e estigmatizantes, que transformam manifestações legítimas de sofrimento em comportamentos minimizados ou interpretados como “chamadas de atenção”, aprofundando o isolamento emocional desses sujeitos em desenvolvimento.

Os achados discutidos ao longo deste artigo evidenciam que o suicídio infantil e juvenil não é um evento súbito ou irrefletido, mas o desfecho extremo de um processo progressivo de adoecimento psíquico, marcado por sinais prévios frequentemente ignorados. Depressão, ansiedade, autolesão, fragilização dos vínculos familiares e escolares, violência e desigualdades sociais compõem um cenário multifatorial que exige uma escuta sensível e qualificada. O silêncio institucional presente tanto nos serviços de saúde quanto nos espaços educacionais contribui para a revitimização e para o rompimento dos vínculos de cuidado, revelando falhas estruturais na rede de proteção à infância e à adolescência.

Romper com esse silêncio é, portanto, um imperativo ético, político e social. Enfrentar o suicídio infantil e juvenil demanda a ampliação do debate público, o fortalecimento das políticas de saúde mental, a qualificação contínua dos profissionais e a construção de redes de apoio intersetoriais que validem o sofrimento e promovam pertencimento, escuta e cuidado. Mais do que prevenir mortes, trata-se de sustentar vidas, reconhecendo crianças e adolescentes como sujeitos de direitos, dotados de experiências emocionais complexas. Somente ao substituir o silêncio pelo diálogo responsável e pela corresponsabilização coletiva será possível transformar a dor invisível em caminhos concretos de proteção e promoção da saúde mental.

## REFERÊNCIAS

1. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Suicídio: informando para prevenir. Brasília: ABP, 2014.
2. BALÁZS, J. et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder and suicide: a systematic review. *World Journal of Psychiatry*, v. 7, n. 1, p. 44-59, 2017.
3. BOTEGA, Neury José. Crise suicida: avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed, 2015.
4. BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 31 dez. 1940. Art. 122.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Anualmente, mais de 700 mil pessoas cometem suicídio, segundo OMS. Brasília, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br>. Acesso em: 17 set. 2025.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Mortalidade por suicídio no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 1, p. 123-140, 2018.
7. BRIDGE, J. A. et al. Suicide trends among elementary school-aged children in the United States from 1993 to 2012. *JAMA Pediatrics*, 2015.
8. CAMBRIDGE UNIVERSITY PRESS & ASSESSMENT. 24-hour warning signs for adolescent suicide attempts. *Psychological Medicine*, 2023.
9. DATASUS. Departamento de Informática do SUS. Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 17 set. 2025.
10. DE SOUSA, G. S.; et al. 24-hour warning signs for adolescent suicide attempts. *Psychological Medicine*, 2022.
11. DOKA, Kenneth J. Disenfranchised grief: new directions, challenges and strategies for practice. Champaign: Research Press, 2002.
12. D'OLIVEIRA, A. et al. Suicidal behavior in Brazilian children: psychological and social aspects. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, v. 30, n. 1, 2020.

13. DURKHEIM, Émile. O suicídio: estudo de sociologia. São Paulo: Martins Fontes, 2004.
14. FRONTIERS IN PSYCHIATRY. Suicide and Suicidal Behavior in Children and Adolescents. 2025.
15. GEOFFROY, M. C. et al. Childhood suicidal ideation and behaviors: a meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, v. 61, n. 10, p. 1245-1258, 2022.
16. GONÇALVES, L. R. C. et al. Tentativas de suicídio e ideação suicida entre adolescentes brasileiros: prevalência e fatores associados. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 1, p. 1-12, 2014.
17. HAWTON, K. et al. Self-harm and suicide in children and adolescents. *The British Journal of Psychiatry*, 2014.
18. HUMANIUM. Child suicide. 2021, 2023.
19. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2022: características gerais da população. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.
20. INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR SUICIDE PREVENTION. Suicide legislation and policies around the world. 2020.
21. KÖLVES, Kairi; DE LEO, Diego. \*Suicide rates in children aged 10-14 years worldwide: changes in the past two decades\*. *The British Journal of Psychiatry*, v. 205, n. 4, p. 283-285, out. 2014.
22. LIM, Kim-San et al. Global Lifetime and 12-Month Prevalence of Suicidal Behavior, Deliberate Self-Harm and Non-Suicidal Self-Injury in Children and Adolescents between 1989 and 2018: A Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 16, n. 22, p. 4581, 2019.
23. LIU, Xiang; HUANG, Yi; LIU, Yuanyuan; et al. \*Prevalence, distribution, and associated factors of suicide attempts in young adolescents: School-based data from 40 low-income and middle-income countries\*. *PLoS One*, v. 13, n. 12, 2018.
24. MARTIN, G.; ANDERSON, J.; PUTNAM, K.; RICHARDSON, A. Addressing Suicide in the Young: Risk factors and warning signs. *Journal of Child Psychology*, 2005.
25. NATIONWIDE CHILDREN'S HOSPITAL. Behavioral differences between children and early adolescents who die by suicide. 2016.
26. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Suicide. 2021.
27. PEREIRA, L. A. M. Comportamentos suicidas na infância e adolescência: revisão e análise. 2022. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Maria.
28. PMC. Global School-Based Student Health Survey (GSHS). 2020.
29. ROWE, S. L. et al. Help-seeking behaviour and adolescent self-harm: a systematic review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, v. 48, n. 12, p. 1083-1095, 2014.
30. SÁ SOUSA, A. F. et al. Suicidal ideation among Brazilian adolescents: prevalence and associated factors. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 73, n. 1, 2020.

31. SILVA, D. F. et al. Subnotificação de suicídio no Brasil: uma análise das estatísticas oficiais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 10, p. 4677-4687, 2021.
32. SOUZA, L. D. M. et al. Suicidal ideation and associated factors among high-school adolescents. *Revista de Saúde Pública*, 2018.
33. THE CONVERSATION. Impact of COVID-19 on suicide rates: a systematic review. 2021.
34. THRUL, J.; et al. Suicide attempts among youth: risk behaviors and patterns. *The Lancet Psychiatry*, 2022.
35. UNAIDS BRASIL. Suicídio entre pessoas LGBTQIA+. Brasília: UNAIDS, 2021. Disponível em: <https://unids.org.br>. Acesso em: 17 set. 2025.
36. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Suicide worldwide in 2019: global health estimates. Geneva: WHO, 2021.