

SUICÍDIO INFANTIL: QUANDO A BRINCADEIRA É FATAL

Childhood suicide: When play is fatal

Camila Rossi¹
Izabel Scarabelot Medeiros²

56

RESUMO

O suicídio define-se como um ato deliberado do indivíduo em retirar a sua própria vida e afeta aproximadamente 800 mil pessoas a cada ano no mundo. Números estes, que fazem o suicídio ser considerado um grave problema de saúde pública. Diante disto denota-se a importância de desenvolverem-se estudos e estratégias que visem à prevenção e quebra de estigmas, além da redução das taxas de suicídio. Para este estudo propõe-se aprofundar os conhecimentos acerca deste tema, quando se trata de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes. Objetivando identificar as causas das tentativas de suicídio infantil, realizou-se análise de artigos, teses e dissertações publicadas nos últimos cinco anos. Pouca literatura foi encontrada sobre o tema em estudo, mostrando a importância de novas pesquisas sobre o suicídio infantil.

Palavras-chave: Suicídio Infantil. Prevenção. Saúde Mental.

ABSTRACT

Suicide is defined as a deliberate act of the individual to withdraw his/her own life and affects approximately 800 thousand people each year in the world. Such numbers make suicide to be considered a serious public health problem. In view of this, it is important to develop studies and strategies aimed at preventing and breaking stigmas, as well as reducing suicide rates. For this study, it is proposed to deepen the knowledge about this topic when it comes to mental health problems in children and adolescents. Aiming at identifying the causes of child suicide attempts, an

¹ Enfermeira – Acadêmica do Curso de Especialização Saúde Mental Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC – Criciúma (SC) – Brasil. Email: camillarossi@terra.com.br

² Orientadora (MSc) – Professora do Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC – Criciúma (SC) – Brasil. E-mail: ism@unesc.net

analysis of articles, theses and dissertations published in the last five years was carried out. Little literature has been found on the subject under study, showing the importance of new research on child suicide.

Keywords: Childhood suicide. Prevention. Mental health.

INTRODUÇÃO

O suicídio define-se como um ato deliberado do indivíduo em retirar a sua própria vida. Consiste na execução de ações que acredita ser letal na intenção consciente e intencional de provocar o óbito¹. Estima-se que a cada 40 segundos, uma pessoa morre vítima deste ato, contabilizando aproximadamente 800 mil óbitos por ano a nível mundial, trata-se da segunda principal causa de morte no mundo em jovens com idade entre 15 e 29 anos^{2,3} e afeta principalmente os homens, cujos óbitos em decorrência do “suicídio são em torno de três vezes maiores, comparados aos dados relacionados a mulheres. Inversamente, as tentativas de suicídio são, em média, três vezes mais frequentes entre as mulheres”¹.

Em pesquisa realizada com dados do Ministério da Saúde entre 1998 e 2007, foram gastos mais de 35 milhões de reais com o tratamento de pacientes suicidas. Neste mesmo período foram registrados 77.648 óbitos e 102.031 internações de suicidas⁴. Outro estudo aponta o crescimento de 33.6 % no número total de suicídios, representando um crescimento superior ao da população no mesmo período, que foi de 11,1% entre os anos de 2002 e 2012⁵. Em 2012 foram registradas 11.821 mortes, uma média de 30 mortes por dia em decorrência do suicídio. Esses dados colocam o Brasil em oitavo lugar em números absolutos de suicídio¹. Números assustadores, considerando-se que nove a cada dez suicídios poderiam ser evitados⁶. Cabe ressaltar que afeta principalmente as pessoas residentes em países de baixa e média renda, onde os recursos investidos na prevenção em saúde mental são baixos^{3,7}.

É considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), um grave problema de saúde pública e está elencado como prioridade na agenda global de saúde. Tem como objetivo incentivar os países a desenvolverem estratégias de prevenção com

abordagem multissetorial que visem à prevenção e quebra de estigmas relacionados ao tema, além da redução das taxas de suicídio em 10% até 2020².

A abordagem multissetorial engloba o fato que as causas do suicídio são multicausais. Acredita-se que o principal fator de risco para o suicídio sejam os transtornos mentais, sendo que os mesmos estavam presentes em 90 % dos indivíduos que cometeram suicídio, destes, 60 % estavam deprimidos^{9,6}. Embora haja uma grande correlação entre os transtornos psiquiátricos e os suicídios, cabe ressaltar que muitos ocorrem de forma impulsiva em momentos de crise, quando o indivíduo apresenta um colapso na capacidade de lidar com estressores da vida diária².

É o desfecho final para uma série de acontecimentos da história do sujeito. Cometendo este ato, acredita estar finalizando os problemas, sendo a única solução que encontra perante as adversidades encontradas. Devido às crenças populares, as quais o suicídio é visto como uma forma de “pecado”, pouco se debate sobre o tema tampouco se procura ajuda para problemas em saúde mental^{8,2}.

É difícil para as pessoas que ficam, lidar com as consequências deste ato. Estima-se que “cerca de 7% da população é exposta ao luto por suicídio a cada ano. Dados de pesquisas estimam que 60 pessoas sejam intimamente afetadas em cada morte por suicídio, incluindo a família, amigos e colegas de classe. Como a OMS estima que 800 mil pessoas morram por suicídio a cada ano, cerca de 48 milhões e 500 milhões de pessoas podem ser expostas ao luto do suicídio em um ano”¹. Os efeitos de um suicídio são “esmagadores” para a família, os amigos e a comunidade, que sofrem até muitos anos após a pessoa ter tomado a decisão de tirar a própria vida^{3,2}.

Aceitar e compreender os motivos que levaram um adulto a cometer suicídio é difícil, nesse processo de aceitação são revistas todas as crenças e experiências vividas. São questionados os motivos os quais desencadearam a tal ato e, pesados em uma balança com pesos e medidas particulares e únicos para cada sujeito. Se é difícil aceitar o suicídio em adultos, em crianças torna-se ainda maior a dificuldade. Acredita-se que estes são incapazes de tal ato por se acreditar que vivem em um universo lúdico. É nesta fase da vida que suas personalidades estão em formação e constante transformação. Que não compreendem o real significado do que vivenciam⁹. Porém, estudos apontam que problemas de saúde mental atingem de 10

a 20% das crianças e adolescentes¹⁰ e que houve um aumento de 40% no número de suicídios de crianças e adolescentes de 10 a 14 anos entre os anos de 2002 e 2012⁶. Outros dados ainda apontam que em 2015 as mortes por autoagressão ficaram entre as cinco principais causas de morte de jovens entre 10 e 19 anos, ocupando a terceira colocação, com o número total de 40.847 mortes¹¹.

Apesar dos dados citados acima, apenas recentemente reconheceu-se que crianças e adolescentes apresentam problemas psiquiátricos e que merecem ser acolhidas em seu sofrimento e tratadas de forma digna e não como adultos em miniaturas¹⁰. “A partir dos 8 anos, a pessoa já entende suas emoções, compreende a morte e pode tentar o suicídio”⁶. Porém, crianças com idade inferior também podem praticar tais atos, pois cada sujeito é único e deve ser visto em suas particularidades⁶.

Pensando em estratégias para promover a saúde mental da população, o Ministério da Saúde implantou a partir de 2011 a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que tem como objetivo a ampliação do acesso aos serviços de saúde mental à população¹². A RAPS é composta por diversos serviços, e entre eles se encontra os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, referência nos municípios para atendimento à saúde mental. Pensando na demanda infantil, em suas particularidades que devem ser atendidas, é criado um CAPS específico para atendimento infanto-juvenil (CAPSi). Atualmente, estão em funcionamento no Brasil 196 CAPS da modalidade infantil^{13,14}.

Perante o exposto, fica a indagação: “O que leva uma criança a deliberadamente cometer suicídio?”

A presente questão traz reflexões acerca deste universo lúdico da infância, que é perpetuado por atos considerados adultos, tal qual o suicídio. Questionar-se sobre os motivos que levam a criança a cometer, ou tentar, tal ato, proporciona que estratégias sejam elaboradas para evitá-la. Além disso, evitando essas mortes prematuras, permite-se a criança crescer e se desenvolver de forma plena.

Visando responder a este questionamento, objetiva-se identificar as causas das tentativas de suicídio infantis. Para se alcançar o presente objetivo, pretende-se descrever os fatores de risco para o suicídio infantil, identificar os métodos utilizados e a letalidade dos mesmos e por fim, investigar o contexto familiar na tentativa de suicídio infantil.

MÉTODO

Trata-se uma pesquisa qualitativa de cunho descritivo, bibliográfica e retrospectiva, na qual realizou-se análise de artigos, teses e dissertações publicadas nos últimos cinco anos. Utilizou-se as bases de dados SCIELO, PubMed e BDTD. Na pesquisa utilizou-se os descritores “suicídio e crianças” no ícone de busca das referidas bases de dados.

Para análise dos dados utilizou-se o método de análise do conteúdo. Buscava-se compreender além do que era mencionado a fim de responder aos objetivos propostos ao início do estudo¹⁵.

Cabe ressaltar que para este artigo, definiu-se como criança as pessoas com idade até doze anos incompletos, conforme estabelecido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)¹⁶.

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Na base de dados Scielo foram encontrados cinco artigos utilizando-se os descritores mencionados. Após análise preliminar, foram selecionados 3 artigos para análise. Dos artigos excluídos para análise, um referia-se à trabalhadores de uma funerária e o outro sobre adolescentes suicidas.

No Pubmed foram encontrados 9643 artigos. Utilizando-se os filtros de pesquisa “humans” e “clinicaltrial”, restaram 67 artigos. Destes, seis foram selecionados para análise. Utilizando-se os filtros de pesquisa “humans” e “review” foram encontrados 57 artigos, dos quais sete foram selecionados para análise. Os artigos excluídos em primeira análise referiam-se aos tratamentos farmacológicos e psicológicos, muitos sem ter relação direta ao suicídio infantil. A maior parte deles aborda os adolescentes suicidas. Um dos artigos excluídos comparava os custos referentes ao atendimento especializado em saúde mental com o não especializado.

Por fim, na base de dados BdTd foram encontradas 14 publicações, sendo três selecionadas para análise. Os motivos das exclusões foram os já relatados acima.

Das publicações analisadas, apenas duas foram feitas exclusivamente com crianças até doze anos^{17,18}. Nove pesquisas foram realizadas com crianças e adolescentes^{19,20,21,22,23,24,25,26,27} e oito publicações tiveram outros focos de pesquisa, mas em algum momento mencionaram o suicídio infantil^{28,29,30,31,32,33,34,35}.

Das duas pesquisas feitas exclusivamente com crianças, uma fazia a comparação entre os distúrbios de sono e o suicídio. Conclui que as crianças deprimidas apresentam uma frequência maior de distúrbios de sono comparadas às não deprimidas. Nesses casos, as crianças apresentaram dificuldade em iniciar o sono, dificuldade em manter o sono, sonolência excessiva durante o dia, pesadelos frequentes e aumento do tempo total de sono¹⁷. Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM V, da Associação Americana de Psiquiatria³⁶, as alterações do sono são característicos de episódios depressivos maior. Cabe ressaltar que a depressão é um dos fatores de risco para o comportamento suicida e nas crianças os sintomas depressivos podem se apresentar de forma distinta ao apresentado nos adultos. Crianças podem apresentar humor irritável ao invés de triste, queixas somáticas e retraimento social^{35,36}.

A outra publicação feita exclusivamente referia-se a investigação de crianças hospitalizadas por acidentes domésticos e a provável associação do acidente com tentativa de suicídio¹⁸. Outros autores analisados também se atentam a esta comparação, afirmando que acidentes domésticos podem mascarar uma tentativa de suicídio^{18,31}. Nem sempre é fácil diagnosticar um suicídio, pois não se pode atestar com certeza se foi um ato de descuido, de comportamento imprudente um ato real de suicídio²⁵. Os próprios pais têm dificuldade em aceitar que a criança tentou suicídio e acabam por referir que foi um acidente⁶.

Por isso, faz-se necessário que todos os pacientes que apresentem transtornos de humor, uso abusivo de substâncias, ingestões indiscriminadas de substâncias, acidentes automobilísticos, lesões auto-infligidas ou acidentais por armas brancas e de fogo, queda de grandes alturas sejam examinados de forma criteriosa para comportamento suicida²⁶. As autoras ainda apontam, que mesmo com a avaliação criteriosa para comportamento suicida, os pacientes podem negá-los, afirmando que desejavam apenas dormir, que a overdose foi para esquecer os problemas ou que agiu sem pensar²⁶.

Além da dificuldade em diagnosticar o suicídio infanto-juvenil, percebe-se que os profissionais da saúde também não estão interessados em diagnosticá-los. Em pesquisa realizada em fichas de atendimento de um pronto socorro no Brasil percebe-se a falta de diagnóstico de autoagressão em algumas situações²². Em exemplo citado pela autora, um adolescente foi admitido na unidade de emergência com cortes nos pulsos. Como diagnóstico teve-se a lesão e como procedimento adotado a sutura. Em nenhum momento investigou-se a possibilidade da lesão ser decorrente de uma tentativa de suicídio²². Vê-se apenas a lesão, e não o contexto em que sujeito apresenta-se.

Vários são os motivos para os episódios de autoagressão/suicídio não serem devidamente registrados. Pode ser uma forma inconsciente de não aceitar a realidade, de se prevenir dos danos emocionais, que é aceitar que crianças e adolescentes estão desejando a morte²². Porém, a falta de registros precisos faz com que haja uma discrepância entre os números reais e os divulgados em fontes oficiais³¹. A Incongruência desses dados impossibilita o diagnóstico real da situação e, por conseguinte, impede que ações e procedimentos sejam adotados para reverter essa situação²².

Crianças vítimas de acidentes domésticos frequentemente apresentam história de violência doméstica. Acidental-se pode ser uma forma inconsciente de chamar atenção, de denunciar o que estão vivenciando⁹. É nas residências que as crianças são vítimas desses acidentes. Em pesquisa realizada sobre o perfil epidemiológico das intoxicações exógenas em crianças e adolescentes, pode-se constatar que a maioria das intoxicações ocorre na própria residência e que a presença dos pais não impede a ocorrência²¹. A referida pesquisa ainda aponta que os maiores registros de intoxicação ocorrem no grupo de zero a nove anos²¹.

As crianças podem estar se utilizando da automutilação como forma de aliviar aquilo que vivencia¹⁸. Frequentemente a criança não compreende o motivo da violência da qual está sendo vítima, sente-se merecedora de receber punições ou encontra maneiras que a libertem dessa atmosfera intimidante. Para tanto, utiliza-se de comportamentos autodestrutivos e encontra no suicídio uma forma de escapar dessa realidade¹⁸.

Outro fato a ser levado em consideração aponta que os acidentes domésticos são mais frequentes em casas com baixa renda, baixo nível educacional

dos pais, casas com mais de três crianças, pais separados, problemas psiquiátricos na família, abuso de substância pelo pais, abandono e alienação parenteral e perda de pelo menos um parente próximo^{31,21}. Todos esses, considerados fatores de risco para o suicídio.

Vários são os fatores de risco apresentados na literatura para o suicídio. Entre os citados encontram-se a morte dos pais^{19,24,26}. A morte de parentes próximos^{18,23}; o término de relacionamentos²⁶; história de doenças psiquiátricas^{23,24,25,26}; uso abusivo de substâncias e álcool^{20,23,24,25,26}; dificuldades no relacionamento social e histórico de Bulling^{31,23,24,25}; histórico de comportamento suicida ou de autoagressão^{20,23,24,25,26}; Histórico de violência – física, sexual, psicológica e negligência^{20,23,25,26}; Conflitos familiares^{20,23,24,25}; conflito de gênero^{23,25,26}; falha acadêmica associada a pressão por bons resultados^{31,25,26} e pessoas que não possuem residência ou são fugitivos²⁶. Outro fator de risco é ser militar ou filho de pais militares. Isso se dá pelo fato de que as taxas de suicídio entre militares são superiores às da população em geral e que ter pais que cometeram suicídio é fator de risco para o suicídio²⁸. Em pesquisa com crianças e adolescentes até 18 anos, constatou-se que a causa mais frequente de suicídio é o conflito em relacionamento seguido de bulling²⁴. Ressalta-se que os homens abusados sexualmente apresentam mais tentativas de suicídio, comparados às mulheres com história de violência sexual²⁷.

Analisando-se os fatores de risco para o suicídio, pode-se afirmar que a maioria é decorrente do convívio social, histórias familiares de violência, nas quais os pais que deveriam ser os protetores da criança são seus algozes. A troca constante de parceiros buscando completar em si algo da qual não se consegue preencher sozinho, nesta sociedade de consumo onde o sujeito está permanentemente insatisfeito e prepondera e o desejo de sempre querer mais. As cobranças da sociedade que exigem do jovem bons resultados acadêmicos e profissionais, sendo criticado quando não alcança os objetivos que lhes foram impostos. A atual crise econômica mundial é limitante para as perspectivas profissionais e o desejo de independência financeira. Exige-se que os jovens estejam cada vez mais capacitados para a loucura mundial, o que ocasiona um aumento do desconforto psicológico, que se não tratado de forma adequada pode levar a consequências fatais²⁵.

Os suicídios são mais frequentes em pessoas do sexo masculino, e as tentativas de suicídio são mais frequentes no sexo feminino em todas as idades. Justifica-se pelo fato dos homens utilizarem-se de métodos mais letais, como arma de fogo e enforcamento, e as mulheres utilizarem métodos menos letais, como a overdose^{31,33,24,26}. Nos casos de tentativa de suicídio e/ou suicídio por overdose, as overdoses por medicamentos são mais usadas pelas mulheres e por álcool pelos homens³¹.

Em relação ao suicídio em crianças há pouca literatura sobre o tema. Os autores pesquisados corroboram com aos dados acima, afirmando que o suicídio é mais frequente em meninos do que em meninas. Já em relação às tentativas de suicídio na idade abaixo de 12 anos é mais frequente nos meninos do que nas meninas. Essa equação se inverte acima dos doze anos, passando a ser mais frequente em mulheres^{31,23}.

Quanto aos meios mais utilizados nas tentativas e no suicídio, pode-se citar o enforcamento, seguido de queda de grandes alturas, uso de armas de fogo, atirar-se na frente de trem, acidente de carro e lesões por armas brancas²⁴. Na faixa entre 10 e 14 anos, tem-se um aumento gradativo das tentativas de suicídio por enforcamento, porém ainda predomina as tentativas/suicídio por envenenamento³¹. Crianças com menos de 11 anos usaram meios mais violentos para tentar suicídio²³.

Em relação ao método escolhido por sexo, os homens utilizam-se em primeiro lugar de armas de fogo, seguido do enforcamento, atirar-se na frente de trem e queda de altura. Para as mulheres o método escolhido foi em primeiro lugar expor-se em linha ferroviária, quedas, enforcamento e overdoses médicas. A crianças geralmente usa o enforcamento e os adolescentes as armas de fogo^{25,35}. Cabe lembrar que o método escolhido depende da cultura, da pessoa e do acesso ao método^{31,25}. Ressalta-se que a maioria das publicações pesquisadas eram estrangeiras, onde o acesso a alguns métodos seriam difíceis de serem utilizados no Brasil, justifica-se pelo fato de não haver legislação de porte de armas no Brasil, o que dificulta o acesso a esse meio para o suicídio.

Portanto, por mais difícil que seja acreditar que crianças estejam deliberadamente cometendo suicídio por inúmeros fatores, é necessário ater-se a esse fato. Crianças cometem suicídio em números assustadores, mesmo que esses números ainda não sejam o retrato fidedigno da realidade. É preciso repensar a

realidade a fim de que ações sejam desenvolvidas para que crianças possam desenvolver de forma plena sua saúde mental. Prevenir o suicídio e os transtornos psiquiátricos na infância manifestar-se-á através de resultados positivos na vida adulta^{18,30}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vive-se a era da tecnologia e globalização, em poucos segundos recebe-se as principais notícias do mundo em uma ampla gama de equipamentos. As pessoas estão conectadas e conversando simultaneamente com pessoas em vários países do mundo. As antigas rodas de conversa aos poucos foram substituídas pelas conversas online. Na “loucura” do mundo contemporâneo, tudo é realizado na proporção alucinante de alguns poucos segundos. Porém, julgamentos antigos ainda permeiam o imaginário popular, tal como o preconceito enraizado em relação ao suicídio.

Os dados recentes de fontes oficiais mostram que o suicídio não é uma situação isolada, está presente de forma ampla na sociedade, sendo assim faz parte do “universo lúdico” das crianças, as quais utilizam-se da auto agressão como “válvula de escape” para solução de suas angústias. São diversos os fatores que as motivam, bem como os meios que se utilizam para tal ato.

Apesar disso, pouca literatura aborda esse processo. De todas as publicações pesquisadas apenas duas abordavam o assunto em crianças menores de 12 anos e ainda assim, não contemplavam o tema suicídio diretamente.

Quanto aos objetivos propostos pelo estudo, os mesmos foram alcançados em partes devido à escassez de publicações na área. Fazem-se necessárias novas pesquisas que tenham como foco principal o suicídio em crianças, correlacionando com a dinâmica familiar, visto que os fatores familiares são os mais citados nas tentativas de suicídio. Tudo o que foi abordado refere-se não apenas a criança, mas também aos adolescentes. Ambos possuem características distintas e, assim, devem ser vistos e analisados de forma única, conforme contexto de cada indivíduo.

Portanto, faz-se necessário de forma urgente desmistificar o suicídio, abordar e discutir o tema com crianças, bem como trazer à sociedade novas ações de prevenção em saúde mental.

REFERÊNCIAS

1. Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) [Internet]. Suicídio: informando para prevenir / Associação Brasileira de Psiquiatria, Comissão de Estudos e Prevenção de Suicídio. – Brasília: CFM/ABP, 2014. 52p. [acesso em 2017 jul 24]. Disponível em: http://www.flip3d.com.br/web/temp_site/edicao-0e4a2c65bdadd66a53422d93daebe68.pdf.
2. Organização Mundial da Saúde (OMS); Organização Pan-Americana de Saúde (BR) [Internet]. Grave problema de saúde pública, suicídio é responsável por uma morte a cada 40 segundos no mundo; 9 de setembro de 2016. [acesso em 2017 jul 24]. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5221:grave-problema-de-saude-publica-suicidio-e-responsavel-por-uma-morte-a-cada-40-segundos-no-mundo&Itemid=839.
3. Organización Panamericana de la Salud (OPS); Organización Mundial de la Salud (OMS) - América [Internet]. Prevención del suicidio: un imperativo global. Washington, DC: OPS, 2014. [acesso em 2017 jul 24]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508_spa.pdf.
4. Silveira RE, Santos AS, Ferreira LA. Impact of morbidity and mortality and expenses with suicide in Brazil from 1998 to 2007. R. pesq.: cuid. fundam. online 2012. out./dez. 4(4):3033-42.
5. Waiselfisz JJ; Secretaria-Geral da Presidência da República - Secretaria Nacional de Juventude Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial [Internet]. Os Jovens do Brasil: Mapa da Violência 2014. Brasília, 2014. [acesso em 2017 jul 24]. Disponível em: http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Mapa2014_JovensBrasil.pdf.
6. Menezes R. Precisamos falar sobre suicídio de crianças e adolescentes a partir dos 8 anos, a criança já pode atentar contra a própria vida. Entenda por que isso acontece e como os pais podem evitar este gesto extremo [Internet]. Atualizada em 26/09/2016 13h58. Rev Crescer. [acesso em 2017 jul 24]. Disponível em: <http://revistacrescer.globo.com/Crianças/Saude/noticia/2016/09/precisamos-falar-sobre-suicidio-de-criancas-e-adolescentes.html>.
7. Conselho Federal de Psicologia [Internet]. O Suicídio e os Desafios para a Psicologia / Conselho Federal de Psicologia. - Brasília: CFP, 2013. 152p. [acesso em 2017 jul 24]. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/12/Suicidio-FINAL-revisao61.pdf>.
8. Townsend MC. Enfermagem Psiquiátrica: conceitos de cuidado na prática baseada em evidências. Revisão técnica Isabel Cristina Fonseca Cruz; tradução Douglas Arthur Omena Futuro; et al., 7.ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014, 980p.

9. Organização Mundial de Saúde (OMS) [Internet]. Prevenção do Suicídio: Um Recurso Para Conselheiros. Departamento de Saúde Mental e de Abuso de Substâncias Gestão de Perturbações Mentais e de Doenças do Sistema Nervoso Organização Mundial de Saúde - Genebra 2006. [acesso em 2017 jul 24]. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/media/counsellors_portuguese.pdf.

10. Brasil. Ministério da Saúde [Internet]. Saúde Mental - Cadernos de Atenção Básica, n. 34. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176p.

11. Organização Mundial da Saúde (OMS); Organização Pan-Americana de Saúde (BR) [Internet]. Grave problema de saúde pública, suicídio é responsável por uma morte a cada 40 segundos no mundo; 16 de maio de 2017. [acesso em 2017 jul 24]. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5417:mais-de-12-milhao-de-adolescentes-morrem-por-causas-evitaveis-a-cada-ano&Itemid=820.

12. Portal da Saúde. RAPS - Rede de Atenção Psicossocial [Internet]. 2014. [acesso em 2017 ago 07]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/803-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/12-saude-mental/12588-raps-rede-de-atencao-psicossocial>.

13. Portal Brasil (BR). Cuidados: Outros Centros de Atenção Psicossocial – CAPS [Internet]. [acesso em 2017 ago 07]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/outros-centros-atencao-psicossocial.html>.

14. Brasil. Ministério da Saúde [Internet]. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos / Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. [acesso em 2017 ago 07]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_crianças_adolescentes_sus.pdf.

15. GOMES R. A análise dos dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 23.ed. Petrópolis: Vozes, 2004, p 67-80.

16. Brasil. Presidência da República [Internet]. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. [acesso em 2017 ago 07]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm.

17. Singareddy R, [Krishnamurthy VB](#), [Vgontzas AN](#), [Fernandez-Mendoza J](#), [Calhoun SL](#), [Shaffer ML](#), [Bixler EO](#). Subjective and objective sleep and self-harm

behaviors in young children: a general population study. [Psychiatry Res.](#) 2013 Oct 30;209(3):549-53.

18. Santos RPM, Melo MCB. [Internet]. Tendência Suicida em Niños Accidentados. *Psicologia: Ciência e Profissão* Jul/Set. 2016 v. 36 n°3, 571-583.

19. [Sandler I](#), [Tein JY](#), [Wolchik S](#), [Ayers TS](#) [Internet]. The Effects of the Family Bereavement Program to Reduce Suicide Ideation and/or Attempts of Parentally Bereaved Children Six and Fifteen Years Later. [Suicide Life Threat Behav.](#) 2016 Apr;46 Suppl 1:S32-8.

20. Wright-Hughes A, Graham E, Farrin A, Collinson M, Boston A, Eisler I, Fortune S, Green J, House A, Owens D, Simic M, Tubeuf S, Nixon J, McCabe C, Kerfoot M, Cottrell D [Internet]. Self-Harm Intervention: Family Therapy (SHIFT), a study protocol for a randomised controlled trial of family therapy versus treatment as usual for young people seen after a second or subsequent episode of self-harm. *Trials* 16.1 (2015): 501.

21. Oliveira FFS, Suchara EA [Internet]. Perfil epidemiológico das intoxicações exógenas em crianças e adolescentes em município do Mato Grosso. *Rev Paul Pediatr.* 2014;32(4):299-305.

22. Alves MAG, Cadete MMM. Tentativa de suicídio infanto-juvenil: lesão da parte ou do todo?. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(1):75-84, 2015.

23. Dilillo D, Silva M, Mantegazza C, Fabiano V, Mameli C, Zuccotti GV. Suicide in pediatrics: epidemiology, risk factors, warning signs and the role of the pediatrician in detecting them. [Ital J Pediatr.](#) 2015; 41: 49.

24. [Ferrara P](#), [Ianniello F](#), Cutrona C, Quintarelli F, Vena F, Del Volgo V, Caporale O, Malamisura M, De Angelis MQ, Gatto A, Chiaretti A, Riccardi R. A focus on recent cases of suicides among Italian children and adolescents and a review of literature. [Ital J Pediatr.](#) 2014; 40: 69.

25. [Picazo-Zappino J](#). Suicide among children and adolescents: a review. [Actas Esp Psiquiatr.](#) 2014 May-Jun;42(3):125-32. Epub 2014.

26. [Chun TH](#), [Katz ER](#), [Duffy SJ](#). Pediatric mental health emergencies and special health care needs. [Pediatr Clin North Am.](#) 2013 Oct;60(5):1185-201.

27. [Miller AB](#), [Esposito-Smythers C](#), [Weismore JT](#), [Renshaw KD](#). The relation between child maltreatment and adolescent suicidal behavior: a systematic review and critical examination of the literature. [Clin Child Fam Psychol Rev.](#) 2013 Jun;16(2):146-72. doi: 10.1007/s10567-013-0131-5.

28. [Gewirtz AH](#), [DeGarmo DS](#), Zamir O. Effects of a military parenting program on parental distress and suicidal ideation: After Deployment Adaptive Parenting Tools. [Suicide Life Threat Behav.](#) 2016 Apr;46 Suppl 1:S23-31. doi: 10.1111/sltb.12255.

29. Salpekar JA, [Joshi PT](#), [Axelson DA](#), [Reinblatt SP](#), [Yenokyan G](#), [Sanyal A](#), [Walkup JT](#), [Vitiello B](#), [Luby JL](#), [Wagner KD](#), Nusrat N, [Riddle MA](#). Depression and suicidality outcomes in the treatment of early age mania study. [J Am Acad Child Adolesc Psychiatry](#). 2015 Dec;54(12):999-1007.e4. doi: 10.1016/j.jaac.2015.09.016. Epub 2015 Oct 8.
30. [Wolk CB](#), [Kendall PC](#), [Beidas RS](#). Cognitive-behavioral therapy for child anxiety confers long-term protection from suicidality. [J Am Acad Child Adolesc Psychiatry](#). 2015 Mar;54(3):175-9. doi: 10.1016/j.jaac.2014.12.004. Epub 2014 Dec 17.
31. Lobo APA, Barros ARC, Abdon APDV, Silva RMD, Universidade de Fortaleza (UNIFOR) [Internet]. Tentativas de Suicídio por Intoxicação Medicamentosa e Fatores Associados. BdTd/IBICT. [acesso em 2017 ago 07]. Disponível em: http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFOR_ec67b86697a1b92ac2fb174aa5cee854.
32. Matos FV, Jonas E, Pereira EM, Vandenberghe LMA, Afonso LHR [Internet]. Políticas Públicas de Saúde Mental Infantil e sua Implementação no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSI) imperatriz-MA.. 2014. 99 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, GOIÂNIA, 2014. [acesso em 2017 ago 07]. Disponível em: <http://tede2.pucgoias.edu.br:8080/handle/tede/2986>.
33. Batista RDM, Iwamoto HH [Internet]. Custos hospitalares de casos notificados de violência em um hospital de ensino. 2013. 111f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) - Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção à Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2013. [acesso em 2017 ago 07]. Disponível em: <http://bdtd.ufm.edu.br/handle/tede/265>.
34. Lippard ETC, Johnston JAY, Blumberg HP. Neurobiological risk factors for suicide: insights from brain imaging. [Am J Prev Med](#). Author manuscript; available in PMC 2015 Sep 1. Published in final edited form as: [Am J Prev Med](#). 2014 Sep; 47(3 0 2): S152–S162.
35. [Clark MS](#), [Jansen KL](#), [Cloy JA](#). Treatment of childhood and adolescent depression. [Am Fam Physician](#). 2012 Sep 1;86(5):442-8.
36. [American Psychiatric Association \(APA\)](#). DSM-5: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014, 992p.