

Tentativas de suicídio em crianças e adolescentes: abordagem do pediatra

Suicide attempts in children and adolescents: a pediatric approach

RESUMO

Introdução: pouco comuns na infância, as tentativas de suicídio são frequentes na adolescência, fazendo desta uma das principais causas de mortalidade na juventude em todo o mundo. Na maior parte das vezes, jovens em situação de risco para o suicídio e casos de tentativa de suicídio são atendidos por pediatras nos serviços de saúde. **Objetivo:** fornecer subsídios para qualificar o pediatra no manejo de crianças e adolescentes em situação de risco de suicídio e prestar um primeiro atendimento a casos de tentativa de suicídio.

Fontes de dados: revisão de artigos e livros relacionados aos temas suicídio e tentativa de suicídio, tomando por base pesquisa nos manuais de psiquiatria e nas plataformas de artigos Medline, PubMed e Google Scholar. **Síntese dos dados:** a partir de informações clínicas e epidemiológicas, é possível traçar estratégias de abordagem a crianças e adolescentes em risco. **Conclusões:** é fundamental que o profissional de saúde que atende crianças e adolescentes esteja preparado para lidar com casos de risco de suicídio ou de tentativas de suicídio, despertando a sensibilidade para o reconhecimento do sofrimento psíquico destes pacientes. Conhecimentos clínicos e epidemiológicos permitem desenvolver estratégias de abordagem para tais casos, reduzindo os agravos à saúde física e mental e o risco de morte envolvido.

Palavras-chave: Suicídio; Tentativa de suicídio; Transtornos do comportamento infantil; Comportamento do adolescente.

Roberto Santoro Almeida

Psiquiatra da Infância e Adolescência. Psicanalista. Mestre em Saúde Mental pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Chefe do Serviço de Saúde Mental do Hospital Municipal Jesus, Rio de Janeiro. Membro efetivo da Sociedade Psicanalítica do Rio de Janeiro. Membro efetivo da International Psychoanalytical Association. Membro do Comitê de Saúde Mental da Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro.

Orli Carvalho da Silva Filho

Pediatra com área de atuação em Medicina de Adolescentes. Psiquiatra da Infância e Adolescência. Pediatra do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Mestrando em Saúde Coletiva. Membro do Comitê de Saúde Mental da Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro.

Instituição:

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Correspondência:

rsantoroalmeida@gmail.com

Recebido em: 2/8/2017

Aprovado em: 21/8/2017

ABSTRACT

Introduction: uncommon in childhood, suicide attempts are frequent in adolescence, making suicide one of the major causes of mortality in young people around the world. Commonly, young people at risk for suicide and cases of attempted suicide are evaluated by pediatricians at health care services. **Objective:** to provide subsidies to qualify the pediatrician in the handling of children and adolescents in risk for suicide and to provide a first assistance to cases of suicide attempt. **Data source:** review of articles and books related to the themes of suicide and attempted suicide, based on psychiatry textbooks and research in Medline, PubMed and Google Scholar platforms. **Data synthesis:** from clinical and epidemiological data, it is possible to develop management strategies for children and adolescents at risk. **Conclusions:** it is crucial for health professionals who assist children and adolescents to be prepared to deal with cases of suicide risk or attempts, developing the sensitivity to recognize the mental suffering involved. Clinical and epidemiological data allow the development of strategies to approach such cases, reducing the harms to mental and physical health and the risk of death involved.

Keywords: Suicide; Suicide, attempted; Child behavior disorders; Adolescent behavior.

INTRODUÇÃO

Atos de autoagressão, ideação suicida e tentativas de suicídio são problemas graves que podem surgir na prática dos profissionais que lidam com crianças e adolescentes.¹⁻¹⁰ Embora sejam pouco comuns na infância, as tentativas de suicídio tornam-se, infelizmente, frequentes na adolescência.¹¹⁻¹⁴ Em todo o mundo, o suicídio está entre as primeiras causas de mortalidade nesta faixa etária.¹¹⁻¹⁴

Recentemente, o tema tem despertado a atenção da opinião pública, por vezes de maneira alarmista. O “jogo da baleia azul”, espécie de desafio virtual em que desconhecidos induziriam jovens a atos de autoagressão de gravidade crescente, culminando, supostamente, no suicídio, e a série da Netflix *Thirteen reasons why*, que trata do suicídio de uma adolescente, geraram discussões apaixonadas e pânico, nem sempre havendo consenso na forma

de abordagem ao assunto.¹⁵⁻¹⁹

Geralmente, adolescentes tentam se matar para se livrar de situações insuportáveis, das quais não veem saída possível.^{1-5;8-10} Para um observador externo, os desencadeantes podem parecer banais: briga ou término de relacionamento amoroso, conflito com os pais, resultados ruins na escola ou no esporte.^{1-5;8-10} No entanto, a situação não é determinada por uma causa única, resultando da conjunção de vários fatores complexos que já vêm agindo há muito tempo na vida do adolescente.¹⁻¹⁰ São frequentes os sinais de alerta, que muitas vezes não são reconhecidos pelos circunstantes.

É fundamental que o pediatra esteja qualificado para detectar jovens em situação de risco e prestar o primeiro atendimento a casos de autoagressão e tentativas de suicídio. Conhecimentos clínicos e epidemiológicos permitem desenvolver estratégias de abordagem

para tais casos, reduzindo os agravos à saúde física e mental e o risco de morte envolvido.

MÉTODO

Foi realizada uma revisão de artigos e livros relacionados aos temas suicídio e tentativa de suicídio, tomando por base pesquisa nos manuais de psiquiatria e nas plataformas de artigos Medline, PubMed e Google Scholar.

RESULTADOS

A seguir, são apresentados os resultados da revisão da literatura.

DEFINIÇÕES

Define-se suicídio como um ato desejado, ponderado e executado pelo próprio sujeito, com intenção, mesmo que ambivalente, de morte, recorrendo a um meio que acredita ser letal. O suicídio faz parte de um espectro, que é o comportamento suicida, no qual estão

incluídos a ideação suicida, as ameaças de suicídio, as tentativas de suicídio e o suicídio consumado. Algumas definições são importantes para facilitar a avaliação das situações de autoagressão e comportamento suicida (Quadro 1). Propomos a seguinte classificação, baseada na literatura aqui referida:^{5,8,10,13,20-21}

- a) pensamentos de morte e ideação suicida – os pensamentos sobre a morte ocorrem num *continuum* que vai desde reflexões sobre a mortalidade até planos de se matar. Em crianças e adolescentes, pensamentos sobre a morte podem ocorrer, sem configurar situação de risco. Os adolescentes, em particular, em suas especulações filosóficas, costumam refletir sobre sua própria finitude. São comuns fantasias em que o jovem imagina como os amigos e membros da família reagiriam à sua morte (pensamentos existenciais sobre a morte, sem ideação suicida).^{1,2,4,5} Num segundo grau da escala, podem surgir ideias de que a vida não vale a pena, que seria melhor morrer para se livrar do sofrimento. Se estes pensamentos ocorrem isoladamente, em um momento de crise ou

de desânimo, sem haver intenção ou plano de se matar, podem não se revestir de maior gravidade (pensamentos sobre a própria morte, sem intenção, método ou plano suicida). Em seguida, há os casos em que o adolescente começa a imaginar que poderia se matar, mas ainda não planeja ou toma medidas para a realização do suicídio (ideação suicida, sem intenção, método ou plano). Numa etapa intermediária, o indivíduo tem a intenção de se matar, mas não pensa em um método ou desenvolve um plano (ideação suicida, com intenção, sem método ou plano). Numa escala maior de gravidade, começa a pesquisa de um método de execução do suicídio (ideação suicida, com intenção e método, sem plano). Nos casos de ideação suicida com intenção, método, plano e preparação o indivíduo busca informações sobre métodos de suicídio, e toma providências para a execução do plano (compra uma corda para o enforcamento, guarda medicações, busca acesso a uma arma de fogo, etc.), culminando o processo na tentativa de suicídio;

- b) autoagressão sem intenção suicida – atos de autoagressão (cortes, queimaduras, arranhaduras) podem ocorrer como parte de uma tentativa de suicídio ou sem intenção suicida. Nos casos em que não há intenção de morrer, o ato de autoagressão serve de válvula de escape para emoções insuportáveis, expressão de desespero ou tentativa de sair de um estado de embotamento afetivo. Com frequência, os pacientes referem que a dor física do ato autoagressivo alivia a dor emocional.

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o suicídio é uma das dez causas mais frequentes de morte na população mundial, estando em terceiro lugar no grupo etário de 15 a 44 anos de idade.¹¹ As taxas de suicídio têm aumentado nas últimas décadas, principalmente entre os jovens e idosos.¹¹ Em crianças, são raros os casos de suicídio consumado. A taxa mundial de suicídio situa-se em torno de 16 por 100.000.¹¹ Em 2014, a OMS publicou importante documento acerca do impacto do suicídio na saúde mundial, enfocando ações preventivas para seu controle. Os países signatários da OMS, entre eles o Brasil, assumiram um compromisso de redução de 20% da taxa de incidência global de suicídio até 2020.¹¹

No Brasil, a taxa total de suicídios situa-se em torno de 5 por 100.000.¹²⁻¹⁴ Suspeita-se que a taxa real seja mais alta, por subnotificação de casos e falhas no preenchimento dos atestados de óbito. No período de 1980 a 2012, registrou-se um aumento de 62,5% no número total de mortes por suicídio no país.¹²⁻¹⁴

Quadro 1 – Categorias de pensamentos de morte, comportamento suicida e autoagressão

Pensamentos existenciais sobre a morte, sem caráter patológico.
Pensamentos sobre a própria morte, sem caráter patológico.
Ideação suicida sem intenção.
Ideação suicida com intenção, sem método ou plano.
Ideação suicida com intenção e método, sem plano.
Ideação suicida com intenção, método e plano.
Ideação suicida com intenção, método, plano e preparação.
Tentativa de suicídio.
Autoagressão sem intenção suicida.

Entre os jovens (população de 15 a 29 anos), a taxa média de suicídios é de 5 por 100.000, com ampla variação regional. No período de 1980 a 2012 houve nesta faixa etária um aumento de 15,3% dos suicídios. Alguns estados, como Acre, Amazonas Tocantins e Paraíba, duplicaram os casos de suicídio entre jovens.¹²⁻¹⁴

As tentativas de suicídio são mais frequentes no sexo feminino. No entanto, suicídios consumados são três a quatro vezes mais comuns no sexo masculino, tanto no Brasil quanto no resto do mundo.¹¹⁻¹⁴ Atribui-se a discrepância, em parte, à escolha de métodos mais letais entre os homens (armas de fogo, enforcamento, principalmente), em relação às mulheres (dose excessiva de medicamentos, mais comumente).¹¹⁻¹⁴

FATORES DE RISCO

Foram identificados diversos fatores de risco para o suicídio em crianças e adolescentes (Quadro 2).²²⁻³¹ Entre os fatores individuais, está a presença de transtornos mentais.³²⁻³⁵ Em estudos de revisão de casos de suicídio encontrou-se uma frequência em torno de 90% de transtornos mentais, principalmente depressão (em ambos os sexos), transtornos de conduta e abuso de substâncias (mais comuns no sexo masculino).³²⁻³⁵

Em crianças e adolescentes, a depressão se manifesta por tristeza, irritabilidade, isolamento e queda do rendimento escolar.³²⁻³⁵ A presença de desesperança, um sintoma comum nos quadros depressivos, aumenta significativamente o risco de suicídio. Jovens com intenção de suicídio muitas vezes sinalizam o problema por meio de vários sinais: falam frequentemente de morte, doam seus pertences a amigos e parentes, postam mensagens de despedida.³²⁻³⁵ Outros transtornos mentais,

como transtornos de ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de estresse pós-traumático, abuso de drogas e quadros psicóticos também aumentam a vulnerabilidade (Quadro 3).³²⁻³⁵

Sabe-se que a impulsividade e a onipotência são características típicas da adolescência, em parte devidas à imaturidade cerebral.³⁶ Adolescentes mais impulsivos têm maior risco de suicídio.^{37,38} A maior impulsividade se manifesta por comportamento agressivo, contestação das autoridades, condutas antissociais e uso abusivo de substâncias psicoativas.^{37,38}

A presença de estressores psicossociais graves também eleva consideravelmente o risco.^{22,28} Jovens submetidos a violência doméstica, abuso físico ou sexual, *bullying* (perpetradores e perpetradores/vítimas) ou outras situações traumáticas podem desenvolver quadros de depressão, ansiedade, estresse pós-traumático, problemas de conduta e comportamento suicida.^{22,28,33,39,40} Indivíduos que pertencem

a grupos minoritários (religiosos, étnicos, de orientação homossexual, bissexual ou transexual), ou em desvantagem socioeconômica apresentam risco adicional de comportamento suicida, dado que justifica a contextualização psicossocial pelo pediatra de cada caso abordado.^{22,28,33,39,40,41}

Tentativas anteriores de suicídio ou de autolesão são preditivas de novas tentativas.²²⁻²⁷ Na prática clínica, deve-se, portanto, atentar para indivíduos que tenham histórico de autoagressão.

Crianças e adolescentes com problemas familiares, como conflitos entre os pais ou violência doméstica, estão em maior risco.²²⁻²⁹ Perdas ou mudanças recentes (morte, separação, deslocamentos geográficos) também aumentam a probabilidade de atos de autoagressão.²²⁻²⁹ A presença de quadros psiquiátricos ou uso abusivo de substâncias psicoativas em membros da família são fatores adicionais de vulnerabilidade.²²⁻²⁹

A presença de tentativas de suicídio ou suicídio consumado na família, em

Quadro 2 – Fatores de risco para o suicídio em crianças e adolescentes

Individuais
Transtorno mental (depressão, uso abusivo de substâncias psicoativas, transtornos de ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de estresse pós-traumático, sintomas psicóticos).
Impulsividade.
Tentativa anterior de suicídio ou episódio de autoagressão.
Minorias sexuais, religiosas ou étnicas.
Familiares
Transtorno mental ou uso abusivo de substâncias psicoativas na família.
Comportamento suicida em membro da família.
Conflitos familiares.
Violência doméstica.
Negligência.
Abuso sexual.
Morte ou separação.
Sociais
Desvantagem socioeconômica.
Comportamento suicida em membro da comunidade ou em figura pública de destaque.
Violência.
<i>Bullying</i> .

Quadro 3 – Sinais de risco para o suicídio na infância e na adolescência

1. O paciente fala frequentemente sobre morte.
2. Perdas recentes ou datas que marcam tais perdas (morte, término de relação).
3. Mudanças emocionais e de comportamento (tristeza, irritabilidade, isolamento, perda de interesse pelas atividades ou companhia de amigos, baixa capacidade de concentração, ansiedade, desânimo, culpa, baixa autoestima, desesperança).
4. Mudanças de sono e apetite.
5. Baixo rendimento escolar de início recente.
6. Agressividade e condutas antissociais.
7. Uso abusivo de drogas psicoativas (incluindo álcool).
8. Comportamento desorganizado e caótico.

amigos, na comunidade ou na mídia (livros, filmes, séries de TV) aumenta a frequência de novas tentativas.²²⁻²⁹ O fenômeno conhecido nos países de língua inglesa como *copycat suicide* é também denominado efeito Werther, por conta do romance *Os sofrimentos do jovem Werther*, de Goethe, que no fim do século XVIII desencadeou uma onda de suicídios entre os jovens europeus, em imitação ao herói do livro.^{22-29,42}

Finalmente, o acesso a meios letais facilita enormemente a conduta suicida. Como exemplo, nos países em que a sociedade civil tem direito a porte de arma de fogo é maior a incidência de suicídios por este meio.^{43,44}

FATORES DESENCADEANTES

Entre os fatores desencadeantes (gatilhos) das tentativas de suicídio de jovens estão os rompimentos de relacionamentos amorosos, as mortes de amigos ou parentes, os conflitos em família, os sentimentos de vergonha ou rejeição, os fracassos nas áreas acadêmica ou esportiva, o *bullying* e as experiências traumáticas, em particular a violência física ou sexual.^{3,5} Os desencadeantes nunca são suficientes por si mesmos, agindo no terreno dos fatores de risco predisponentes discutidos na seção anterior, que funcionam de maneira cumulativa.¹⁻⁵

Na maior parte das vezes, as tentativas de suicídio de adolescentes são respostas impulsivas a situações precipitantes, em indivíduos já sob risco. Diante do problema, o jovem não vê outra saída que não a morte.^{1-5,10}

Nesse contexto, a redução do acesso aos meios letais é um importante recurso para a prevenção do comportamento suicida. Diante da ambivalência sobre querer e não querer se auto-mutilar ou provocar a própria morte, a impulsividade e a facilidade de acionar meios letais facilitam desfechos

desfavoráveis.^{11,43,44} Planejamento e defesa de políticas públicas sobre controle de medicamentos, pesticidas e armamentos, assim como arquitetura segura e mecanismos de proteção nos meios digitais e virtuais são medidas de proteção fundamentais que devem estar presentes na prática dos que lidam com crianças e adolescentes.^{11,43,44}

DETECÇÃO DE RISCO NA AVALIAÇÃO PEDIÁTRICA

Conforme discutimos em outras publicações, recomenda-se que o pediatra incorpore a dimensão mental na avaliação dos seus pacientes.^{45,46} A consulta pediátrica é um lugar privilegiado para a detecção precoce de transtornos psiquiátricos, problemas psicológicos ou de pacientes suscetíveis a agravos à saúde mental. Na consulta, é possível reconhecer jovens em sofrimento e sob risco de suicídio.⁴⁵

A presença das situações listadas no quadro 1, ou dos fatores de risco discutidos anteriormente, deve alertar o profissional para a necessidade de uma investigação mais ativa e uma avaliação por psiquiatra da infância e da adolescência e outros profissionais de saúde mental. Ao contrário do que pensa o senso comum, inquirir sobre ideias de suicídio não aumenta a possibilidade de uma tentativa.^{10,47} Deve-se perguntar diretamente ao paciente

se ele tem pensado em morte ou em morrer. Em caso de resposta positiva, deve-se avaliar se ele pensa em se matar, se desenvolveu planos para o suicídio, e se está preparando os meios.

COMENTÁRIOS

Em seguida, com base na revisão da literatura e na experiência dos autores, serão apresentadas recomendações para o manejo de casos de autoagressão ou tentativas de suicídio.

PRIMEIRO ATENDIMENTO PEDIÁTRICO A CASOS DE AUTOAGRESSÃO OU TENTATIVAS DE SUICÍDIO

Os casos de autoagressão ou tentativas de suicídio em crianças e adolescentes são muitas vezes atendidos em consultórios ou emergências pediátricas. Uma vez resolvidas as consequências clínicas do problema, que fazem parte do capítulo das emergências pediátricas, deve-se proceder ao manejo da situação. A partir dos conhecimentos clínicos e epidemiológicos e da experiência, é possível traçar algumas diretrizes de orientação ao primeiro atendimento.^{2,3,5,8,10,47}

Em primeiro lugar, é fundamental não minimizar o problema. Todas as situações de autoagressão em crianças e adolescentes são sérias, indicando risco de desdobramentos graves ou

mesmo fatais. Mantendo em vista a gravidade da situação, o profissional deve criar uma atmosfera calma, segura e respeitosa, procurando tranquilizar os ânimos muitas vezes exaltados do paciente e da família.

É preciso garantir que limites reduzirão os riscos de novas tentativas de autoagressão. Esses limites vão variar de acordo com o risco, podendo chegar à hospitalização.

Num ambiente reservado, deve-se proceder à avaliação da situação. É necessário ouvir atentamente o paciente e a família. De maneira acolhedora e não acusatória, o profissional deve encorajar o paciente a falar sobre como se sente. O que ocasionou a autoagressão? Como o paciente se sentiu no momento do ato? Como se sente agora? O que poderia ajudar?

É preciso avaliar cuidadosamente pensamentos de morte, discriminando entre ideação suicida passiva, ideias ativas de suicídio, planos e preparação do ato. O próprio ato deve ser pesquisado em detalhes: que meio o paciente usou? Onde realizou a tentativa? Houve preparo anterior? Qual o risco real? Como o paciente obteve acesso aos instrumentos da tentativa? O paciente ainda pensa em se matar? Existem pessoas ou grupos incentivando ou protegendo o paciente das tentativas de suicídio?

Na avaliação do ato, devem ser consideradas as seguintes variáveis: grau de perigo, grau de intencionalidade (de um gesto impulsivo irreflexivo até um longo e cuidadoso planejamento) e grau de violência contra si mesmo. Além disso, é preciso verificar se a tentativa é um ato isolado ou faz parte de uma história de autoagressões

recorrentes.

Em seguida, é preciso avaliar a presença de quadro psiquiátrico: o paciente se encontra deprimido? Existe um sentimento de desesperança (fator que eleva exponencialmente o risco de novas tentativas)? O paciente é impulsivo? Apresenta comportamento antisocial? Faz uso abusivo de substâncias psicoativas? Há indícios de sintomas psicóticos (comportamento bizarro, presença de delírios ou alucinações)?

A análise da situação familiar permite identificar fatores que contribuíram para o quadro e avaliar a capacidade e a disponibilidade da família para dar apoio ao paciente. Deve-se pesquisar a presença de conflitos entre os pais ou divórcio recente, transtorno mental ou tentativas de suicídio na família, violência doméstica, abuso sexual, ou relações difíceis do paciente com os parentes.

A situação social e ambiental também precisa ser avaliada. O paciente mantém boas relações com seus pais ou vive isolado? Sofre algum tipo de preconceito, discriminação ou *bullying*? Esteve exposto a alguma situação traumática recente (violência física ou sexual, conflito com a família ou os pais, término de relacionamento amoroso, maus resultados acadêmicos, pressão da escola, punição etc.)? Houve algum suicídio ou tentativa de suicídio no seu ambiente social ou nos meios de comunicação?

A hospitalização deve ser indicada como medida de cuidado se os fatores de risco superarem os de proteção. Consideram-se relevantes nesta avaliação: probabilidade elevada de nova tentativa de suicídio, história de tentativas anteriores, uso de meio violento,

ambiente desfavorável (conflitos familiares, violência doméstica, abuso sexual ou falta de condições da família de dar apoio e proteção ao paciente) ou presença de transtorno mental descompensado, principalmente depressão com desesperança ou sintomas psicóticos. A internação breve pode ser utilizada para permitir a organização dos recursos terapêuticos necessários para o acompanhamento do caso.

Idealmente, todos os casos de autoagressão ou tentativa de suicídio devem ser avaliados por profissionais de saúde mental e encaminhados a acompanhamento psicoterápico individual e familiar. Na impossibilidade de um atendimento ideal, medidas apropriadas devem ser buscadas de maneira transdisciplinar, considerando o ato autoagressivo como parte de um contexto individual e sistêmico mais amplo, requerendo, portanto, múltiplas abordagens para sua resolução.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os atos de autoagressão e as tentativas de suicídio ocorrem frequentemente na adolescência, a ponto de constituírem uma das principais causas de mortalidade na juventude no Brasil e no mundo. É fundamental que o pediatra esteja habilitado a abordar tais casos, que já se fazem presentes em ambulatórios, consultórios e emergências pediátricos.

O conhecimento dos aspectos epidemiológicos e clínicos do comportamento suicida na juventude permite desenvolver um método de abordagem de tais problemas, minimizando as consequências graves na vida das crianças, dos adolescentes e de suas famílias.

REFERÊNCIAS

- 1 Ajuriaguerra J. Psychopathologie des pulsions agressives. In: Ajuriaguerra J. Manuel de psychiatrie de l'enfant. 2e. éd. rev. Paris: Masson; 1980.
- 2 Facy F. Le suicide chez l'enfant et l'adolescent. In: Lebovici S, Diatkine R, Soulé M. Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et l'adolescent. 2e. éd. rev. Paris: PUF; 2004.
- 3 Goodman R, Scott S. Suicide and deliberate selfharm. In: Goodman R, Scott S. Child and adolescent psychiatry. 3th ed. Chichester: WileyBlackwell; 2012.
- 4 Marcelli D, Cohen D. Psychopathologie des conduites agressives. In: Marcelli D, Cohen D. Enfance et psychopathologie. 9e. éd. rev. IssylesMoulineaux: Elsevier Masson; 2012.
- 5 Marcelli D, Tandonnet L, Humeau M. Les tentatives de suicide. In: Marcelli D, Braconnier A. Adolescence et psychopathologie. IssylesMoulineaux: Elsevier Masson; 2013.
- 6 Black DW, Andreasen NC. Psychiatric emergencies. In: Black DW, Andreasen NC. Introductory textbook of psychiatry. 6th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2014.
- 7 Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Depressive disorders and suicide in children and adolescents. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2015.
- 8 Hawton K, O'Connor RC, Saunders K. Suicidal behavior and selfharm. In: Tapar A, Pine DS. Rutter's child and adolescent psychiatry. 6th ed. Chichester: Wiley; 2015. p. 893910.
- 9 Goldstein TR, Brent DA. Youth suicide. In: Dulcan MK (Org.). Dulcan's textbook of child and adolescent psychiatry. Arlington: American Psychiatric Association Publishing; 2016. p. 57184.
- 10 Haddad F, Gerson RS. Helping kids in crisis: managing psychiatric emergencies in children and adolescents. Washington: American Psychiatric Publishing; 2015.
- 11 World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Genève: World Health Organization, 2014. Available from: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/
- 12 Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2014: os jovens do Brasil. Rio de Janeiro: FLACSO Brasil; 2014.
- 13 Botega NJ, Barros MBA, de Oliveira HB, Dalgalarondo P, Marín-León L. Comportamento suicida na comunidade: prevalência e fatores associados à ideação suicida. Rev. Bras. Psiquiatria. 2005;27(1):4553.
- 14 Calixto Filho M, Zerbini T. Epidemiologia do suicídio no Brasil entre os anos de 2000 e 2010. Saúde, Ética e Justiça. 2016;21(2):4551.
- 15 O que se sabe até agora sobre o jogo da "Baleia azul". Jornal O Globo, 20 abr. 2017.
- 16 Como a Rússia deu origem à Baleia azul, o jogo de suicídio que preocupa o Brasil. Jornal Gazeta do Povo, 26 abr. 2017.
- 17 Baleia Azul é "fake news" que virou realidade, diz presidente da Safernet. Jornal Folha de São Paulo, 9 mai. 2017.
- 18 Psiquiatra faz 13 alertas sobre série da Netflix. Diário de Pernambuco, 10 abr. 2017.
- 19 Muitas razões para não ver "13 reasons why". Jornal O Globo, 23 abr. 2017.
- 20 Crosby AE, Ortega L, Melanson C. Self-directed violence surveillance uniform definitions and recommended data elements. Version 1.0. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2011.
- 21 Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo M et al. The Columbia suicide severity rating scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. Am J Psychiatry. 2011;168(12):126677.
- 22 Agerbo E, Nordentoft M, Mortensen P. Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested casecontrol study. BMJ. 2002;325:74.
- 23 Beautrais A. Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. Aust N Z J Psychiatry. 2000;34(3):420-36.
- 24 Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Risk factors for serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1996;35(9):117482.
- 25 Epstein J, Spirito A. Risk factors for suicidality among a nationally representative sample of high school students. Suicide Life Threat Behav. 2009;39(3):24151.
- 26 Fergusson D, Woodward LJ, Horwood LJ. Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. Psychol Med. 2000;30(1):2339.
- 27 Brent D, Baugher M, Bridge J, Chen T, Chiappetta L. Age and sexrelated risk factors for adolescent suicide. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1999;38(12):1497505.
- 28 Gould MS, Fisher P, Parides M, Flory M, Shaffer D. Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. Arch Gen Psychiatry. 1996;53(12):115562.
- 29 Steele MM, Doey T. Suicidal behaviour in children and adolescents. Part 1: etiology and risk factors. Can J Psychiatry. 2007;52(6 suppl 1):21S-33S.
- 30 Waldrop AE, Hanson RF, Resnick HS, Kilpatrick DG, Naugle AE, Saunders BE. Risk factors for suicidal behavior among a national sample of adolescents: implications for prevention. J Traumatic Stress. 2007;20(5):86979.
- 31 Wichstrom L. Predictors of adolescent suicide attempts: a nationally representative longitudinal study of Norwegian adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2000;39(5):60310.
- 32 Schaffer D, Gould MS, Fisher P, Trautman P, Moreau D, Kleinman M et al. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. Arch Gen Psychiatry. 1996;53(4):33948.
- 33 Gould MS, King R, Greenwald S, Fisher P, Schwab-Stone M, Kramer R et al. Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1998;37(9):91523.
- 34 Golston DB, Daniel SS, Reboussin BA, Reboussin DM, Kelley AE, Frazier PH. Psychiatric diagnoses of previous suicide attempters, firsttime attempters and repeat attempters on an adolescent inpatient psychiatric unit. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1998;37(9):92432.
- 35 Golston DB, Daniel SS, Erkanli A, Reboussin BA, Mayfield A, Frazier PH et al. Psychiatric diagnoses as contemporaneous risk factors for suicide attempts among adolescents and young adults: developmental changes. J Consult Clin Psychol. 2009;77(2):28190.
- 36 Almeida RS. Adolescência e contemporaneidade: aspectos biopsicossociais. Residência Pediátrica. 2015;5(3):1316.
- 37 Askenazy F, Sorci K, Benoit M, Lestideau K, Myquel M, Lecrubier Y. Anxiety and impulsivity levels identify relevant subtypes in adolescents with at risk behavior. J Affect Disord. 2003;74(3):21927.
- 38 Renaud J, Berlim MT, McGirr A, Tousignant M, Turecki G. Current psychiatric morbidity, aggression/impulsivity, and personality dimensions in child and adolescent suicide: a casecontrol study. J Affect Disord. 2008;105(1-3):2218.
- 39 Brunstein Klomek A, Sourander A, Kumpulainen K, Piha J, Tamminen T, Moilanen I et al. Childhood bullying as a risk for later depression and suicidal ideation among Finnish males. J Affect Disord. 2008;109(12):4755.
- 40 Brunstein Klomek A, Marrocco F, Kleinman M, Schonfeld IS, Gould MS. Bullying, depression and suicidality in adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2007;46(1):409.
- 41 Russell ST, Joyner K. Adolescent sexual orientation and suicide risk: evidence from a natural study. Am J Public Health. 2001;91(8):127681.
- 42 Goethe J W. Os sofrimentos do jovem Werther. São Paulo: Estação Liberdade; 1999.
- 43 Brent DA, Perper JA, Allman CJ, Moritz GM, Wartella ME, Zelenak JP. The presence and accessibility of firearms in the

-
- homes of adolescent suicides. JAMA. 1991;266(21):298995.
- 44 Humeau M, Papet N, Jaafari N, Gotzamanis L, Lafay N, Senon JL. Disponibilité des armes à feu et risque suicidaire: revue de la littérature. Ann Med Psychol. 2007;165(4):26975.
- 45 Almeida RS, Lima RC, Crenzel G, Abranches CD. Psiquiatria da criança e do adolescente. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016.
- 46 Almeida RS. Afetividade e desenvolvimento. Rev Ped SOPERJ. 2011;12(supl 1):2127.
- 47 DelBem CM, Sponholz-Junior A, Mantovani C, Faleiros MCM, Oliveira GEC, Guapo VG et al. Emergências psiquiátricas: manejo da agitação psicomotora e avaliação de risco suicida. Medicina (Ribeirão Preto, On-Line). 2017;50(supl 1):98112.