

## TENTATIVA DE SUICÍDIO NA POPULAÇÃO INFANTIL: O QUE FAZER?

Amanda Aparecida Cesa<sup>1</sup>, Ana Letícia Pizzutti<sup>1</sup>, Thricy Dhamer<sup>2</sup>

**Resumo:** A tentativa de suicídio em crianças com até 14 anos, é um assunto preocupante que reflete um complexo conjunto de fatores biopsicossociais, e sua incidência tem aumentado em várias regiões do mundo. Depressão, ansiedade, abuso sexual, violência doméstica, bullying, falta de apoio familiar, predisposições genéticas e desequilíbrios neuroquímicos podem aumentar o risco. Mudanças comportamentais, como isolamento social, mudanças drásticas no desempenho escolar, e a expressão de sentimentos de desesperança são sinais de alerta importantes. Comportamentos autolesivos e falas sobre morte ou suicídio também são preocupantes. Como abordagem nos casos de tentativa, é necessária a intervenção psicológica, como terapia cognitivo-comportamental, além de apoio familiar, programas educativos e acesso a serviços de saúde mental e linhas de apoio. A conscientização e a educação sobre saúde mental são passos essenciais para abordar e reduzir essa adversidade social de grande proporção.

**Palavras-chave:** infância; suicídio; psiquiatria; pensamento.

### 1 INTRODUÇÃO

De acordo com Sousa *et al.* (2017) o suicídio trata-se de um grave problema de saúde pública atingindo todas as faixas etárias, embora relativamente raro na infância quando comparada às outras faixas etárias, ainda é uma das principais causas de morte em crianças menores de 15 anos em todo o mundo (Kólves *et al.*, 2018). No entanto, a prevalência vem aumentando e chama atenção por ser um evento trágico que rompe com os paradigmas envolvendo sonhos e alegrias que deveriam fazer parte da vida dessas crianças. Conforme os autores, a transição final da infância ao início da adolescência, onde ocorrem intensas mudanças internas e externas causando um impacto sobre a capacidade emocional, física e mental, é um dos fatores de risco principal devido à falta de destreza para se adaptar a esse momento.

---

1 Acadêmica do curso de Medicina da Universidade do Vale do Taquari.

2 Médica Psiquiatra. Professora e preceptora do curso de Medicina da Universidade do Vale do Taquari.

Ajdacic-Gross *et al.* (2008), realizaram uma análise sistemática dos dados de mortalidade em 56 países de acordo com os dados relatados à Organização Municipal de Saúde entre 1994 e 2005, e concluíram que há diferenças notáveis entre os métodos utilizados de acordo com os países estudados, como o enforcamento, pesticidas e armas de fogo dominando nos padrões de método de suicídio.

No Brasil, de acordo com Sousa *et al.* (2017), os dados do Mapa da Violência, organizado pelo Ministério da Saúde, mostram que, de 2002 a 2012, o número de suicídios entre crianças e adolescentes de 10 a 14 anos aumentou 40%. Entretanto, nesse cenário, existem limitações e desafios na prevalência de suicídio em crianças: subnotificação das mortes por suicídio devido à dificuldade ou erro em classificá-las como tais, ou registrá-las como acidentais, ou por causas indeterminadas. A junção das estatísticas de suicídio na faixa etária de 10 a 19 anos compreende períodos de desenvolvimento e de acontecimentos distintos, desconsiderando que jovens efetuam o suicídio por motivos diferentes das crianças e pela ausência de notificação dos hospitais desses casos. Adicionalmente, existe o tabu em torno do suicídio, em que se acredita na crença de que a criança, devido à sua imaturidade cognitiva, não se envolve em atos suicidas.

Nesse contexto, o objetivo é examinar na literatura como a abordagem a esse tema pode prevenir futuras intervenções relacionadas ao comportamento suicida em crianças e adolescentes. A abordagem psicológica e a limitação do acesso a métodos de suicídio são elementos cruciais para reduzir a incidência de suicídios (SF Yip *et al.*, 2012), especialmente entre crianças e adolescentes, devido à natureza frequentemente impulsiva dessa faixa etária.

## 2 DESENVOLVIMENTO

### 2.1 Conceito

O suicídio é um fenômeno humano complexo, universal e representa um grande problema de saúde pública em todo o mundo. Define-se por ser um ato deliberado e executado pelo próprio indivíduo, cuja intenção é a morte, de forma consciente e intencional, usando um meio no qual acredita ser letal (Associação Brasileira de Psiquiatria, 2014).

Trata-se de um fenômeno com determinantes multifatoriais, resultantes de uma grande interação entre fatores psicológicos, biológicos, genéticos, culturais e socioambientais. Com isso, acaba sendo o desfecho de diversos fatores que se acumulam na história do indivíduo, não podendo ser atribuído apenas a determinados acontecimentos pontuais da vida do indivíduo (Ministério da Saúde, 2016).

## 2.2 Epidemiologia

Na infância, apesar de apresentar estatísticas baixas no mundo quando comparadas às outras faixas etárias, esse número tem aumentado e chamado atenção por ser um evento trágico (Weller *et al.*, 2001). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2014), o suicídio é a principal causa de emergência psiquiátrica no grupo etário de crianças e adolescentes, com pico aos 19 anos.

Ainda, de acordo com a mesma organização, (2018 *apud* Carvalho, 2021), em meninas de 15 aos 19 anos, as questões de saúde mental (acidentes de trânsito, autolesão) tendem a ser mais manifestadas. Todavia, em meninos, isso é possível de ser visualizado desde a faixa etária dos 10 anos. Na média, o suicídio é a segunda principal causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos no mundo (OPAS, 2018 *apud* Conselho Regional de Psicologia, 2020).

Nota-se que a taxa de suicídio no continente americano vem crescendo, um contraponto em relação à taxa global. Entre 2000 e 2019, nas Américas, as taxas aumentaram 17%, e entre os jovens de 15 a 29 anos, o suicídio aparece como a quarta causa de morte mais recorrente (OMS, 2022 *apud* Ministério da Saúde, 2022).

Nosso país está entre os dez países que registram os maiores números absolutos de suicídios (Conselho Regional de Psicologia, 2020 *apud* Botega, 2014) e entre 2011 e 2016, o Rio Grande do Sul foi o estado que apresentou as maiores taxas de óbito por suicídio (10,3/100 mil hab) (Secretaria de Saúde, 2019).

Referente à população mais jovem, dados do Mapa da Violência mostram que, de 2002 a 2012, o número de suicídios entre crianças e adolescentes de 10 a 14 anos aumentou 40% no território brasileiro (Souza *et al.*, 2017). Dados mais recentes apontam que as taxas entre jovens têm aumentado a tal ponto que, atualmente, a juventude é o grupo de maior risco em um terço dos países (OMS, 2019 *apud* CRP, 2020).

## 2.3 Métodos utilizados

Em uma revisão bibliográfica que analisou os métodos utilizados de forma global, 48 a 90% dos casos de mortes por suicídio em indivíduos entre 10 e 14 anos, foram causados por enforcamento, seguido de 14% a 22% por arma de fogo, 4% a 7% por envenenamento, 7% a 30% por precipitação e 2% a 4% por afogamento (Souza *et al.*, 2017).

No Brasil, analisando o suicídio cometido por adolescentes de 10 a 19 anos, de 2006 a 2015, o enforcamento foi o método mais praticado, seguido de uso de pesticidas, pular de grandes alturas e armamento (Jean-Varas *et al.*, 2020).

## 2.4 Sinais

Sinais de alerta como mudanças comportamentais drásticas, impulsividade, perdas recentes não elaboradas (não lidam bem com a situação), postura corporal mais cabisbaixa, dificuldade na aprendizagem, início ou aumento do consumo de álcool e drogas, tristeza prolongada, solidão, depressão, mudanças de comportamento, falta de interesse em atividades prazerosas, abstenção escolar, isolamento social, agressividade e irritabilidade devem ser considerados (De Souza, 2017). Em qualquer sinal, considerando casos não graves, é importante conversar com a criança e observar se os mesmos permanecem por um mês; neste caso, recomenda-se uma avaliação de um profissional da área da saúde - equipe médica, acolhimento pela equipe de enfermagem ou serviço especializado em saúde mental (Melo, 2023).

O mais importante é estarmos atentos às falas sobre a morte como: *“vou desaparecer”*, *“vou deixar vocês em paz”*, *“eu queria poder dormir e nunca mais acordar”*, que podem ser indicativos de pensamentos e/ou tentativas suicidas (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2020). As crianças tendem a manifestar seu desejo de morrer na semana que antecede o ato. De acordo com Souza (2017), em um estudo sobre os bilhetes suicidas deixados por menores de 14 anos, observou-se que 61% escreveram bilhetes nos dias e meses que antecederam o suicídio, o que sugere o desafio em identificar precocemente o comportamento suicida nessa faixa etária.

## 2.5 Fatores de risco

Algumas situações que levam os adolescentes e jovens à vulnerabilidade de cometer suicídio, mesmo que não sejam determinantes, são a discriminação homofóbica ou transfóbica, ataques racistas, agressões psicológicas e/ou físicas, sofrimento na escola/trabalho, conflitos familiares, diminuição ou ausência de autocuidado, perda de um ente querido, doenças crônicas, dolorosas e/ou incapacitantes. Além desses, os pensamentos suicidas estão bem relacionados com estresse e pressão interna, dificuldade de interação social, bullying, abuso infantil, rendimento escolar abaixo do esperado, uso de álcool e/ou drogas na família (Melo, 2023).

Por fim, em uma análise bibliográfica, observou-se que metade das crianças que cometeram suicídio apresentaram algum tipo de transtorno mental, sendo os mais frequentes Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), transtorno de personalidade antissocial e depressão. Nesse sentido, reconhece-se a intrínseca relação entre transtornos mentais e suicídio em crianças (Sousa *et al.*, 2017).

Outros fatores contribuintes incluem a desesperança em relação ao futuro, somado com a instabilidade nessa fase da vida, mudanças nas relações familiares e em outros círculos de convivência. Além desses, de acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria (2020), é comum os jogos de incitação ao

suicídio e automutilação, como o jogo Baleia Azul, já que o problema desses jogos é gerado pelo desamparo, pois os jovens e adolescentes se distanciam dos pais, a falta de conversa, diálogo e conhecimento dos sentimentos, pensamentos e percepções dos filhos abrem espaço para o suicídio.

A vulnerabilidade ao suicídio entre adolescentes e jovens está ligada a múltiplos fatores, incluindo discriminação, estresse, transtornos mentais e a influência de jogos nocivos. A compreensão e a identificação desses fatores são essenciais para a prevenção eficaz. É crucial que haja um esforço conjunto de pais, educadores e profissionais de saúde para criar um ambiente de apoio e comunicação aberta. Dessa forma, será possível reduzir o risco e promover a saúde mental e o bem-estar dos jovens.

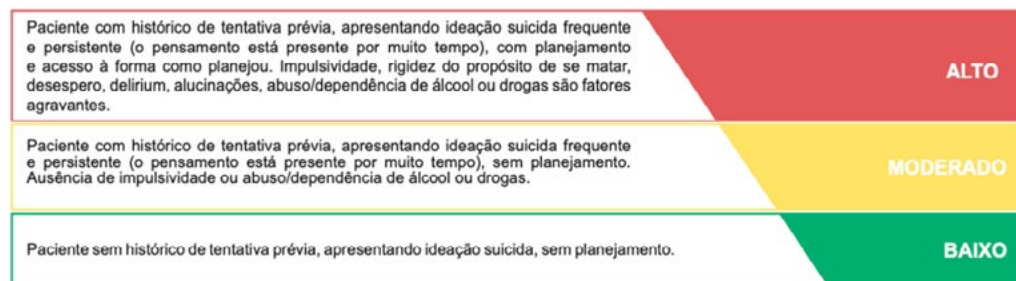
## 2.6 Fatores de proteção

Os principais fatores de proteção incluem um vínculo familiar próximo e uma relação afetiva de cumplicidade e segurança, pois muitos jovens e adolescentes com ideação suicida recuam devido ao medo de magoar seus parentes próximos (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2020).

## 2.7 Estratificação de risco

O manejo inicial irá variar conforme a avaliação dos riscos (Fluxograma 1).

Fluxograma 1 - Estratificação de risco na tentativa de suicídio



Fonte: Superintendência de Atenção Primária da cidade do Rio de Janeiro (2016).

Diagnosticar doenças clínicas e transtornos mentais, além de avaliar crises emocionais quando há risco de suicídio, é crucial. É importante verificar a presença de ideação suicida, o planejamento do suicídio, o acesso aos métodos planejados, possíveis tentativas anteriores, o uso abusivo de álcool ou drogas, a percepção de razões para viver e as ações tomadas após considerar a morte. Em conclusão, uma abordagem abrangente e detalhada permite identificar as necessidades específicas do indivíduo, possibilitando a criação de um plano de

intervenção personalizado que maximize a segurança e promova a recuperação efetiva (Superintendência da Atenção Primária, 2016).

## 2.8 Manejo inicial

De acordo com a Associação Brasileira de Psiquiatria (2014):

Classificando o paciente como baixo risco, devemos:

- Escutar de forma acolhedora, compreendendo e amenizando o sofrimento;
- Facilitar o vínculo do paciente com a Atenção Primária, ao suporte psicológico e social;
- Tratar comorbidades psiquiátricas, se existentes.

Além disso, deve ser realizado o encaminhamento à atenção especializada quando não houver melhora, sempre esclarecendo ao paciente os motivos para tal atitude, além de manter o acompanhamento concomitantemente com a Atenção Primária devido a importância da manutenção do vínculo e da coordenação do cuidado integral do paciente.

Classificando o paciente em moderado risco, devemos:

- Cuidar com possíveis meios de cometer suicídio que possam estar no próprio espaço de atendimento;
- Escutar o paciente, permitindo que ele fale para si sua situação de crise e sofrimento;
- Realizar o contrato terapêutico de não suicídio - acordo entre o terapeuta e o paciente para garantir a segurança, onde o paciente se compromete a não se suicidar e a buscar ajuda em momentos de crise. Ele deve incluir um plano de segurança e contatos de suporte, e ser revisado regularmente para se ajustar às necessidades do paciente. A abordagem deve ser realizada com sensibilidade e empatia, focando na criação de um ambiente de confiança;
- Investir em fatores de proteção;

O encaminhamento ao psiquiatra deve ser realizado o mais breve possível. Ademais, com o paciente concordante, deve-se entrar em contato com familiares, amigos e/ou colegas para explicar a situação e orientar medidas de prevenção.

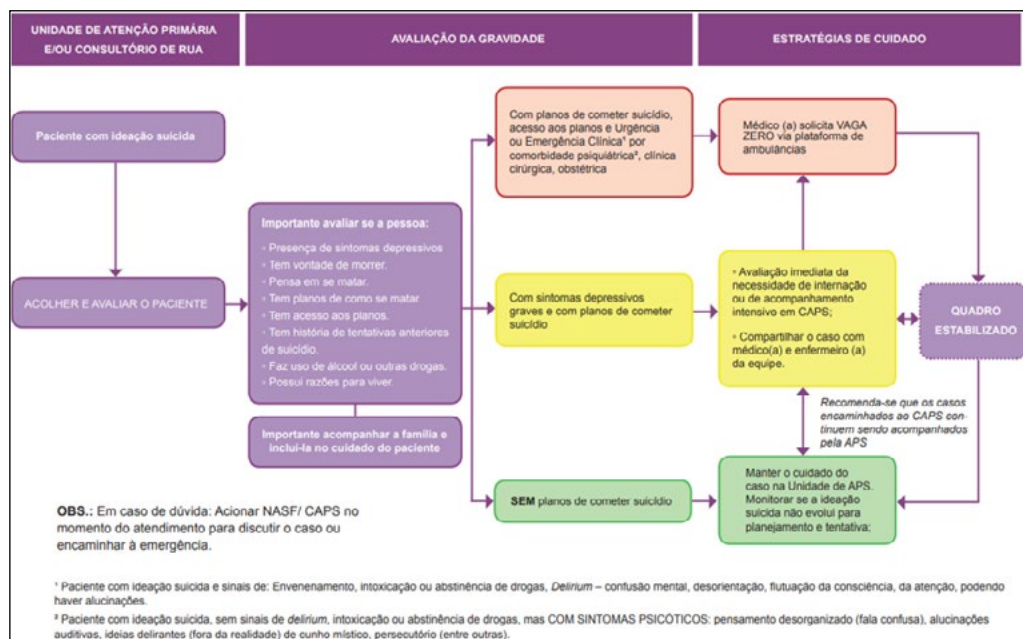
Classificando o paciente em alto risco, devemos:

- Nunca deixá-lo sozinho;
- Ter total cuidado com possíveis meios de cometer suicídio que possam estar no próprio espaço de atendimento;
- Realizar o contrato de “não suicídio”;
- Informar a família da forma já sugerida.

À fim de avaliação, conduta e internação se necessário, deve ser realizado o encaminhamento à psiquiatria. Caso não seja possível, devemos considerar o caso como emergência e entramos em contato com um profissional da saúde mental ou do serviço de emergência mais próximo. Assim, em ambulância, encaminhamos o paciente ao pronto-socorro. O manejo do paciente na urgência/emergência objetiva reduzir o risco imediato, manejar os fatores predisponentes e acompanhamento. A vigilância 24 horas deve ser estruturada por alguém da equipe de saúde até a reavaliação médica. Utensílios que podem ser usados como método devem ser retirados do acesso do paciente. Portas, inclusive do banheiro, não devem ser trancadas.

De forma simplificada, é possível visualizar o manejo inicial no Fluxograma 2.

Fluxograma 2 - Manejo inicial na tentativa de suicídio



Fonte: Superintendência de Atenção Primária da cidade do Rio de Janeiro (2016).

É dever de todos os profissionais de saúde considerar qualquer tentativa ou intenção como fato relevante. Qualquer tentativa, atual ou pregressa, deve servir de alerta, e isso requer uma avaliação cuidadosa que disponha de certos critérios. A identificação e a avaliação do risco suicida são competências que dizem respeito a toda a rede de saúde, sendo fundamental que todos estejam capacitados para realizá-la (Associação Brasileira de Psiquiatria, 2014).

As Unidades Básicas de Saúde são a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). Nelas, profissionais de Psicologia e demais

trabalhadores da saúde podem promover cuidado e prevenção para pessoas com ideação e tentativa de suicídio e automutilação, bem como, outros profissionais da saúde e educação. Além disso, a equipe tem condições de prestar o primeiro atendimento, acompanhar os casos leves e moderados e encaminhar aqueles que precisarem para os serviços mais especializados (Conselho Regional de Psiquiatria, 2020).

Em hospitais e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), deve ser realizado o atendimento à necessidade clínica/cirúrgica e acolhimento da demanda emocional da pessoa que fez uma tentativa de suicídio, notificação dos casos, avaliação do risco e definição do encaminhamento mais adequado a cada caso para continuidade do cuidado. A alta hospitalar, idealmente, deve ser realizada por uma avaliação da equipe de saúde mental do hospital, tendo em vista que o risco de suicídio após uma tentativa continua elevado e deve ser monitorado por pelo menos um ano. Além disso, é essencial o papel da equipe multidisciplinar nessa situação, tendo em vista a competência necessária para acolher esses pacientes (Conselho Regional de Psiquiatria, 2020).

A Portaria nº. 1.271, de 6 de junho de 2014, publicada pelo Ministério da Saúde em 2014, que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, inclui a tentativa de suicídio como notificação compulsória imediata que deverá ser realizada em até 24 horas a partir do conhecimento da ocorrência. Apenas a notificação compulsória não é suficiente. Há de se garantir que essa pessoa que acabou de fazer uma tentativa de suicídio seja imediatamente colocada em tratamento para reduzir o risco de nova tentativa e de suicídio completo.

### **3 CONCLUSÕES**

A tentativa de suicídio entre crianças e adolescentes é um desafio complexo que exige uma abordagem holística e multifacetada. Ao enfrentar o problema de maneira integrada — envolvendo suporte psicológico, intervenção precoce e engajamento comunitário —, podemos criar um ambiente mais seguro e favorável para o desenvolvimento saudável dos jovens.

É fundamental promover a educação sobre saúde mental nas escolas, capacitar pais e responsáveis para identificar sinais de alerta e oferecer suporte, e garantir que serviços de saúde mental estejam amplamente disponíveis e acessíveis. A criação de ambientes familiares e comunitários seguros e acolhedores, junto com a implementação de programas de prevenção e intervenção precoce, desempenha um papel crucial. Além disso, é importante reduzir o estigma em torno da saúde mental para encorajar a busca de ajuda. A colaboração entre escolas, famílias e políticas públicas é essencial para formar uma rede de apoio eficaz que ajude a proteger e promover o bem-estar das crianças e adolescentes.



## REFERÊNCIAS

AJDACIC-GROSS, Vladeta *et al.* Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. **Bulletin of the World Health Organization**, p. 726-732, set. 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2649482/pdf/07-043489.pdf/>. Acesso em: 26 jul. 2024.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Suicídio: informando para prevenir**. Brasília. 2014. Disponível em: <https://www.ufpb.br/cras/contents/documentos/cartilha-sobre-suicidio.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2023.

CARVALHO, Orli. **Comportamento Suicida na Infância: por que pensar sobre isso?**. 2021. Disponível em: [https://www.youtube.com/watch?v=x4-Hf1tQCMs&t=1042s&ab\\_channel=PortaldeBoasPr%C3%A1ticasIFF%2FFiocruz](https://www.youtube.com/watch?v=x4-Hf1tQCMs&t=1042s&ab_channel=PortaldeBoasPr%C3%A1ticasIFF%2FFiocruz). Acesso em: 31 jan. 2023.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA. **Orientações para a atuação profissional frente a situações de suicídio e automutilação**. Brasília: 2020. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/images/CRPDF-Orientacoes\\_atuacao\\_profissional.pdf](http://conselho.saude.gov.br/images/CRPDF-Orientacoes_atuacao_profissional.pdf). Acesso em: 31 jan. 2023.

JAEN-VARAS, Denise Claudia *et al.* A 10-year ecological study of the methods of suicide used by Brazilian adolescents. **Caderno de Saúde Pública**, p. 1-9, 2 set. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/JjpYgFb4H6nW4RnRnQJCB4k/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 31 jan. 2023.

KÖLVES, Kairi *et al.* Suicide rates in children aged 10–14 years worldwide: changes in the past two decades. [S. l.], 2 jan. 2018. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/suicide-rates-in-children-aged-1014-years-worldwide-changes-in-the-past-two-decades/C774A770AE13F1B583F0800F9DB81613>. Acesso em: 26 jul. 2024.

MELO, Manuela. **Suicídio infantil, quais são os fatores de risco?** Disponível em: <https://formacao.cancaonova.com/atualidade/comportamento/suicidio-infantil-fatores-de-risco/>. Acesso em: 11 jan. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Anualmente, mais de 700 mil pessoas cometem suicídio, segundo OMS**. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/setembro/anualmente-mais-de-700-mil-pessoas-cometem-suicidio-segundo-oms>. Acesso em: 31 jan. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 1.271, DE 6 DE JUNHO DE 2014**. 6 jun. 2014. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271\\_06\\_06\\_2014.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html). Acesso em: 4 fev. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Suicídio. Saber, agir e prevenir**. Brasília. 2016?. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/suicidio\\_saber\\_agir\\_prevenir.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/suicidio_saber_agir_prevenir.pdf). Acesso em: 31 jan. 2023

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Preventing suicide  
suicide. A global imperative**. 2014. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779\\_eng.pdf;jsessionid=0C8B1E0A96FF5D7B0CD4F87BDBB277FE?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf;jsessionid=0C8B1E0A96FF5D7B0CD4F87BDBB277FE?sequence=1). Acesso em: 31 jan. 2023.

SECRETARIA DE SAÚDE. **Orientações para a atuação profissional frente a situações de suicídio e automutilação**. Porto Alegre: 2019. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20190837/26173730-guia-intersetorial-de-prevencao-do-comportamento-suicida-em-criancas-e-adolescentes-2019.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2023.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Dúvidas sobre suicídio na infância e adolescência - parte 2**. 2020. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/especiais/pediatria-para-familias/medicina-do-adolescente/duvidas-sobre-suicidio-na-infancia-e-adolescencia-parte-2/>. Acesso em: 31 jan. 2023.

SOUSA, Girliani Silva de *et al.* Revisão de literatura sobre suicídio na infância. **Ciência & Saúde Coletiva**, p. 3099-3110, 18 abr. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/txydxpxdvnKtFhXWCJJxwxP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 31 jan. 2023.

SF YIP, Paul *et al.* Means restriction for suicide prevention. **The Lancet**. 29 jun. 2012. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673612605212?via%3Dihub>. Acesso em: 26 jul. 2024.

SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA. Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção. **Série F. Comunicação e Educação em Saúde**, 2016. Disponível em: [https://subpav.org/download/prot/Guia\\_Suicidio.pdf](https://subpav.org/download/prot/Guia_Suicidio.pdf). Acesso em: 25 fev. 2023.

SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA. Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção. **Manejo inicial na tentativa de suicídio**, 2016. Disponível em: [https://subpav.org/download/prot/Guia\\_Suicidio.pdf](https://subpav.org/download/prot/Guia_Suicidio.pdf). Acesso em: 25 fev. 2023.

SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA. Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção. **Estratificação do risco de suicídio**, 2016. Disponível em: [https://subpav.org/download/prot/Guia\\_Suicidio.pdf](https://subpav.org/download/prot/Guia_Suicidio.pdf). Acesso em: 25 fev. 2023.

WELLER, Elizabeth B. *et al.* Overview and assessment of the suicidal child. **Depress Anxiety**. p. 157-163, 2001. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11747125/>. Acesso em: 4 fev. 2023.