

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE APOIO A PESQUISA
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

**SUICÍDIO NA INFÂNCIA – UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO NO ESTADO
DO AMAZONAS A PARTIR DA IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA DE
INFORMAÇÃO SOBRE MORTALIDADE (SIM).**

BOLSISTA: Eliza do Amaral Silva Ferreira, CNPq

MANAUS
2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE APOIO A PESQUISA
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

RELATÓRIO FINAL
PIB - SA – 0036/2013
SUICÍDIO NA INFÂNCIA – UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO NO ESTADO
DO AMAZONAS A PARTIR DA IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA DE
INFORMAÇÃO SOBRE MORTALIDADE (SIM).

BOLSISTA: Eliza do Amaral Silva Ferreira
ORIENTADORA: Profa. Dra. Denise Machado Duran Gutierrez

MANAUS
2014

Todos os direitos deste relatório são reservados à Universidade Federal do Amazonas, ao Núcleo de Estudo e Pesquisa em Ciência da Informação e aos seus autores. Parte deste relatório só poderá ser reproduzida para fins acadêmicos ou científicos.

Esta pesquisa, financiada pelo Conselho Nacional de Pesquisa – CNPq, através do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica da Universidade Federal do Amazonas, foi desenvolvida pelo Núcleo de Estudo e Pesquisa em Ciência da Informação e se caracteriza como sub projeto do projeto de pesquisa Bibliotecas Digitais

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Percentual das ocorrências de suicídio no Estado do Amazonas em relação ao quantitativo da região Norte.	21
Gráfico 2 - Percentual das ocorrências de suicídio no Estado do Amazonas em relação ao quantitativo Nacional.	21
Gráfico 3 - Percentual dos indivíduos que estavam ou não frequentando a escola. Entre os anos 1979 e 2011.	22
Gráfico 4 - Demonstrativo da distribuição das taxas de suicídio por sexo a cada 100.000 habitantes. Faixa etária: 10 a 14 anos.	23
Gráfico 5 - Percentual dos meios utilizados para consumir o ato suicida. Entre os anos 1979 e 2011.	26
Gráfico 6 -Percentual dos locais das ocorrências de suicídio. Entre os anos 1979 e 2011.	27
Gráfico 7 - Percentual dos indivíduos que estavam ou não frequentando a escola. Entre os anos 1979 e 2011.	27
Gráfico 8 - Percentual da Raça/cor dos indivíduos que cometeram suicídio entre 1995 e 2011.	28

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Resultado da distribuição trienal dos casos de suicídio do grupo etário de 5 a 9 anos, por sexo. No período de 1979 a 2011.	22
Tabela 2 - Resultado da distribuição trienal dos casos de suicídio do grupo etário de 10 a 14 anos, por sexo. No período de 1979 a 2011.	23
Tabela 3 - Resultado da distribuição trienal dos casos de suicídio do grupo etário de 5 a 9 anos, por município. No período de 1979 a 2011	24
Tabela 4 - Resultado da distribuição trienal dos casos de suicídio do grupo etário de 10 a 14 anos, por município. No período de 1979 a 2011	25
Tabela 5 - Resultado da distribuição trienal dos casos de suicídio do grupo etário de 5 a 9 anos, entre capital e interior. No período de 1979 a 2011.	25
Tabela 6 - Resultado da distribuição trienal dos casos de suicídio do grupo etário de 10 a 14 anos, entre capital e interior. No período de 1979 a 2011.	26

RESUMO

O presente trabalho visa a apresentar o resultado de uma pesquisa epidemiológica, desenvolvida por meio do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), a respeito do suicídio na infância. O projeto foi idealizado a partir de estimativas feitas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), as quais denunciam um significativo aumento de 60% nos últimos 40 anos nas taxas de suicídio ao redor do mundo. No que tange especificamente ao suicídio infantil, há o alarmante dado de que a morte autoinfligida representa a quinta principal causa de mortalidade entre crianças em todo o mundo. Os números registrados no Brasil são pouco precisos, não havendo satisfatória diferenciação entre óbitos por suicídio, acidentes e homicídios, sendo por muitas vezes postos apenas como “devido a causas externas”. A precariedade nos registros destas ocorrências no público infantil pode ser tida como uma manifestação do tabu existente ao tratar deste fenômeno, uma forma de negá-lo, sendo uma possível resultante da visão romantizada do “ser criança”; contudo, já se considera o suicídio entre crianças e adolescentes um problema de saúde pública. Considerando tratar-se de um acontecimento complexo e de causas multifatoriais, objetivou-se dar visibilidade às ocorrências de suicídios no Amazonas com o intuito de suscitar reflexões e discussões acerca das políticas de prevenção, percebendo que estas pouco abarcam a população infantil. Como metodologia, optou-se pela pesquisa quantitativa, a partir da investigação epidemiológica dos registros de óbitos por suicídio no estado do Amazonas junto ao Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM/SUS), desde sua implantação no ano de 1979, adotando-se as seguintes variáveis: idade, sexo, escolaridade, naturalidade, origem (se do interior ou da capital), meio utilizado para infligir a morte, correlacionando-as entre si e, em seguida, com aspectos socioculturais bem como com fatores particulares do desenvolvimento humano, tomando como referencial teórico as oito idades sistematizadas por Erick Erikson ao enunciar a sua teoria do desenvolvimento psicossocial. No intervalo temporal analisado pela pesquisa, viu-se que no grupo etário de 10 a 14 anos houve 108 registros, representando 4,39% de todas as mortes daquele recorte temporal, enquanto que os casos ocorridos entre indivíduos com idades de 5 a 9 anos foram 5, registrados apenas entre 1996 e 2011, os quais representaram 0,23% de todos os óbitos daquele grupo etário, no intervalo de tempo apontado. Foi possível extrair ainda, dentre outras conclusões, que a distribuição das ocorrências na capital é constante, mas as taxas nas cidades interioranas são bastante alarmantes, principalmente nos municípios de São Gabriel da Cachoeira e Tabatinga. Ao pensarmos as políticas públicas de prevenção ao suicídio, notamos também que a mera frequência à escola não constituiu fator de proteção eficaz para o grupo em questão. Por fim, o presente escrito esbarrou em limitações tais quais a falta de acuidade no registro dos óbitos, a escassez de investigações científicas sobre o suicídio na infância bem como na ausência de planos de ação voltados para a prevenção deste fenômeno entre crianças e adolescentes até 14 anos.

Palavras-chave: Infância, suicídio infantil, desenvolvimento psicossocial, políticas de prevenção.

ABSTRACT

This paper aims to present the results of an epidemiological research, developed with the support of the Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), regarding suicide in childhood. The project was conceived from estimates made by the World Health Organization (WHO), which reveal a significant increase of 60% on the suicide rates around the world in the last 40 years. With specific regard to child suicide, there is the alarming fact that the self-inflicted death is the fifth leading cause of death among children worldwide. The numbers recorded in Brazil are imprecise, with no satisfactory distinction between deaths from suicide, accidents and homicide, those being many times pointed just as "due to external causes". The fragility in the records of these occurrences among children can be seen as a manifestation of the existing taboo in dealing with this phenomenon, as a way to deny it, being a possible result of the romanticized vision of "being a child"; however, suicide among children and adolescents is already considered a public health issue. Taking into account that suicide is a complex event with multifactorial causes, we aimed to give visibility to the occurrence of suicides in Amazonas in order to evoke reflections and discussions on prevention policies, emphasizing that they barely cover the child population. As to the methodology, the quantitative research method was chosen, starting from the epidemiological investigation of cases of deaths by suicide in the state of Amazonas on the Mortality Information System (SIM/SUS), since its inception in 1979, the following variables being adopted: age, sex, education, place of birth, origin (countryside or capital), means used to inflict death, correlating them with each other and then with sociocultural aspects as well as with specific factors of human development, taking as theoretical framework the eight ages systematized by Erick Erikson when enunciating his psychosocial development theory. In the time interval analyzed by the study, it was seen that in the age group of 10-14 years old there were 108 records, representing 4.39% of all deaths in that time frame, while the cases occurred among individuals aged 5 to 9 years were 5, recorded only between 1996 and 2011, which represented 0.23% of all deaths in that age group, in the time lapse indicated. It was also possible to conclude, among other findings, that the distribution of the occurrences in the capital is constant, but the rates in provincial cities are quite alarming, especially in the municipalities of São Gabriel da Cachoeira and Tabatinga. With respect to public policies on suicide prevention, we also noted that the mere attendance to school did not constitute an effective protection factor to the group in question. Finally, this paper ran into limitations such as the lack of accuracy on the death recordings, the scarceness of scientific research on suicide during childhood and the absence of action plans aimed at prevention of this phenomenon among children and adolescents up to 14 years old.

Keywords: Childhood, child suicide, psychosocial development, prevention policies.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	10
• O suicídio	9
• A infância segundo Erick Erikson	11
• Políticas de prevenção ao suicídio	15
• O contexto amazônico	16
METODOLOGIA	18
• Tipo de pesquisa	18
• Instrumentos	18
• Procedimentos	18
RESULTADOS E DISCUSSÕES	20
CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS	33

INTRODUÇÃO

Para dar início a uma discussão sobre suicídio, é necessário delinear o campo que esse. De forma literal, suicídio é o ato de “*auto assassinato*”, conforme Sadock (2008). Mas, para não se tornar demasiado simplista, é preciso considerar o suicídio um fenômeno multifacetado pelas questões sociais, econômicas, psicológicas e culturais (HESLER, 2013).

Em relação ao levantamento de acontecimentos, o suicídio sofre variações ao redor do mundo, também em virtude de como são registrados (LOVISI *et. al.*, 2009). No Brasil, os dados estatísticos sobre saúde e mortalidade tornaram-se atribuição do SUS (Sistema Único de Saúde); esse levantamento é utilizado para produção de conhecimento e desenvolvimento de novas estratégias de intervenção. Contudo, a problemática do suicídio, embora abarque diversos aspectos e gere a possibilidade da atuação de profissionais com formações tão distintas, pouco se avançou nos estudos desta temática nos últimos anos.

O presente escrito visa a fazer um estudo quantitativo descritivo das ocorrências coletadas no banco de dados nacional, buscando analisar de que forma este fenômeno vem se apresentando, nos últimos anos e quais as pesquisas ou intervenções tem sido desenvolvidas.

Correa *et. Rocha* (2011) alertam que entre as décadas de 1980 e 2000 houve um aumento de 1900% nos casos de suicídio e, possivelmente como resposta a este fenômeno, as produções científicas mais relevantes e citadas, foram publicadas. Há, contudo, carência de materiais atualizados e publicados em plataformas de pesquisa brasileiras. Pôde-se encontrar pesquisas fazendo levantamentos quantitativos de casos de suicídio na população em geral de determinados municípios; no entanto, poucos são os que enfocam o fenômeno entre crianças.

Dada a negação do acontecimento de suicídio no período da infância, muitas lacunas são deixadas, havendo pouca investigação em um âmbito nacional, bem como regional. Desta forma, um estudo epidemiológico pavimenta um caminho que ainda precisa ser bastante

explorado, para dar melhor visibilidade aos acontecimentos, possibilitando uma ação preventiva, assim como de cuidados para com os familiares de crianças que cometeram suicídio, visto que, conforme afirma CASSORLA:

“Não existe uma causa para o suicídio. Trata-se de um evento que ocorre como culminância de uma série de fatores que vão se acumulando na biografia do indivíduo, em que entram em jogo desde fatores constitucionais até fatores ambientais, culturais, biológicos, psicológicos, etc. O que se chama “causa” é geralmente o elo final dessa cadeia.” (1998, p. 20)

Outro ponto importante observado na construção desta proposta são as falhas existentes nas medidas de proteção e prevenção em políticas contra o suicídio, as quais focam majoritariamente o público adolescente e adulto, tais como a Portaria nº 1.876, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), a qual ressalta a importância da realização de investigações epidemiológicas tratando de tal problemática na faixa etária de 15 a 25 anos.

Finalmente, é inegável a importância de pesquisas neste sentido, pois observações e correlações com o contexto sociocultural, considerando as particularidades desta fase do desenvolvimento, possibilitariam a expansão do conhecimento sobre o assunto, quebrando mitos e desconstruindo estigmas, conforme denúncia SEMINOTTI (2011), acrescentando que o suicídio entre crianças não constitui um grupo diagnóstico distinto e bem delineado.

Objetiva-se, portanto, realizar o mapeamento de casos de suicídios entre crianças ocorridos no Estado do Amazonas, desde a implantação do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM/SUS), bem como observar aspectos socioculturais e delinear as características epidemiológicas (sexo, local de ocorrência, método empregado, capital x interior, raça/cor, etc.).

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O suicídio:

Segundo Durkheim (2000), o suicídio é tido como um fenômeno social, especialmente da sociedade moderna, visto que esta exerce grande cobrança sobre o indivíduo, podendo impor a abdicação da própria vida. Neste sentido, Durkheim categoriza três tipos de suicídio: o *egoísta*, que ocorre pela inadequação e enfraquecimento de laços com o grupo social, obedecendo tão simplesmente ao desejo do homem; o *altruísta*, fruto de um grupo fortemente ligado, possui caráter essencialmente nobre (filantrópico) e se dá para manutenção do grupo, por uma causa coletiva; por fim, o *anômico*, marca da sociedade moderna, tem íntima relação com alterações econômicas e sociais bruscas, as quais enfraquecem a coesão social e ocasionam a perda de identificação do indivíduo com o grupo, apresentando-se o suicídio como saída.

No entanto, Durkheim não descarta que o suicídio é campo de estudo também da Psicologia:

Considerando que o suicídio é um ato da pessoa e que só a ela atinge, tudo indica que ela deva depender de fatores individuais e que sua explicação, por conseguinte, caiba tão somente à psicologia. De fato, não é pelo temperamento do suicida, por seu caráter, por seus antecedentes, pelo fato de sua história privada que em geral explicam sua decisão? (DURKHEIM, 2000, p. 51)

Em consonância com o acima descrito, é possível encontrar em discussões da Psicologia o suicídio motivado por inadequações sociais associadas a conteúdos subjetivos. Carl Gustav Jung, ao tratar de tal temática, apontou que o ato suicida se dá em situações em que, na perspectiva do indivíduo, apenas a morte é a solução, visto que a situação ou conflito em que a pessoa está envolta toma proporções que, associada à falta de vitalidade para o enfrentamento, o leva a pensar que não há outra saída a não ser sua finitude (VIEIRA, 2008).

Para a Organização Mundial de Saúde - OMS, o suicídio consiste em um ato

deliberado e consumado por uma pessoa a qual possui pleno conhecimento ou expectativa de um resultado fatal. Atualmente estimativas apontam que o suicídio representa uma das principais causas de mortes entre jovens e adultos; está entre as três maiores causas de óbito da população com idade entre 15 e 34 anos, representando, portanto, um problema de saúde pública (OMS, 2011).

No Brasil, um levantamento realizado no ano de 2006 apontou que 6,7% de todas as mortes daquele ano foram em decorrência de atos suicidas. Em números reais representou 8.506 óbitos, sendo em média 23 óbitos por dia. Também foi constatado que tais mortes tiveram prevalência em pessoas com idades entre 20 e 39 anos, de ambos os sexos. Um dado que chamou bastante a atenção foi o grande registro de casos de suicídio entre mulheres com idade entre 10 e 19 anos (BRASIL, 2008).

Este último dado chama a atenção para as grandes ocorrências no período da adolescência, haja vista que, segundo Brasil (2006), adolescência é compreendida entre as idades de 10 a 19 anos e, a infância dos 0 aos 9 anos. No entanto, quanto a esse segundo momento, a infância, poucos são os registros de tal fenômeno, o suicídio, tendo em vista que há um tabu quanto a este assunto.

Pesquisas realizadas por Fensferseifer e Werlang (2003) indicaram que cerca de 50% de incidentes envolvendo crianças - tais como intoxicações e acidentes domésticos - podem ser considerados tentativas de suicídio. Essa interpretação errônea das “pistas” dificultam a intervenção em tempo hábil e a prevenção da concretização do ato.

Seminotti (2011), em sua pesquisa, cita a investigação realizada por Pedroso *et al* (1986), a qual retrata alguns mitos existentes em relação à capacidade autodestrutiva de crianças. Sua pesquisa demonstra que, ao contrário do que se pensa, as taxas de tentativas ou consumação do ato suicida são crescentes. Frisa também que crianças, tanto quanto os adultos, experimentam dor, ansiedade, medo de rejeição, solidão, a ponto de desejar sua finitude.

Contudo, e como mencionado anteriormente, há uma grande negação da realidade,

uma dificuldade de aceitação de tais incidências. Esse não reconhecimento deriva de uma visão estigmatizada da infância. Erroneamente, a infância é vista como uma fase tranquila, distante de quaisquer sofrimentos ou frustrações.

A infância segundo Erick Erikson:

Com o intuito de desconstruir estes paradigmas, buscou-se na teoria do desenvolvimento psicossocial de Erick Erikson uma fundamentação teórica para analisar esta infância em questão. Erick Erikson (1902-1994) foi considerado um neopsicanalista com enfoque na infância; muito embora sua teoria englobe a adultez e velhice. Sua grande contribuição e distinção da teoria psicanalítica clássica consiste na tirada do foco das preocupações unilaterais as forças intrapsíquicas e passa a buscar a historicidade da estrutura e da organização social em que a criança se encontra e das relações interpessoais entre a criança e seu meio, a estrutura e a dinâmica deste. Sua teoria deixa de ser psicosexual, como Freud se referia, e passa a ser psicossocial, conforme citado inicialmente (BIAGGIO, 2005, p.116).

Em sua obra, Erickson constrói o processo de desenvolvimento sendo governado pelo princípio epigenético, ou seja: qualquer coisa que se desenvolve tem um plano básico, do qual as várias partes emergem. Desta forma, cada parte tem seu tempo crítico e decisivo de origem e ascendência especial até que todas as partes tenham emergido e se sintetizam num todo funcionalmente integrado. (BIAGGIO, 2005, p. 117).

De forma a sistematizar sua teoria, Erick Erikson construiu o esquema das "oito idades do Homem e os oito conflitos". O primeiro conflito coincide com a fase oral de Freud, momento em que o bebê mantém seu primeiro contato social com quem lhe provê, em geral, a mãe. Segundo Erikson, nesta fase o bebê experimenta a "*confiança básica x desconfiança básica*", a qual consiste nos momentos de ausência e presença da mãe; quando dessa falta, o bebê experimenta a esperança do retorno, quando ocorre tal retorno, há a experiência de confiança básica. Caso o

retorno tarde, o bebê gera um sentimento de desconfiança básica. Erikson destaca que esta falta e presença não representa apenas a abundância da alimentação ou demonstrações, mas da qualidade da relação materna (ERIKSON, 1976; BIAGGIO, 2005).

As mães criam em seus filhos um sentimento de confiança por meio daquele tipo de tratamento que em sua qualidade combina o cuidado sensível das necessidades individuais da criança e um firme sentimento de fidedignidade pessoal dentro do arcabouço do estilo de vida de sua cultura (ERIKSON, 1976, p. 229)

Dessa forma, é criado na criança a base para um sentimento de identidade que, mais tarde, associará a um sentimento de ser "aceitável" enquanto ela mesma, com tudo aquilo que os demais acreditam que ela pode vir a ser; uma confiança em si mesma assim como uma confiança em si perante os outros (ERIKSON, 1976).

Em seguida, a criança experimenta o conflito: "*autonomia x vergonha e dúvida*", o qual é equivalente à fase anal de Freud. Neste momento a criança começa a experimentar um controle muscular, sobretudo o anal. Perceber que este controle e experienciar o prazer advindo desse, constitui a base para o desenvolvimento de um senso de autonomia e parece subitamente "se fundir", pessoa e corpo. Concomitante, os pais trabalham para ensinar a criança o controle e os hábitos sociais, há uma gradativa compreensão do meio que a cerca. A possibilidade de gerar e cuidar de outra criança, visto que passa a desenvolver o controle muscular e compreender-se como pessoa, esbarra no tabu do incesto e angústia da castração, a culpa decorre da percepção de transforma-se lentamente em um genitor mas é impedida pelas normas vigentes (ERIKSON, 1976).

O resultado desta fase é a repercussão a construção de uma moral ou um moralismo. Um dos perigos da má resolução, são os sentimentos de culpa exacerbados ante suas vivências assim como atitudes moralistas no que tange ao julgamento de terceiros, conforme pontua Erikson (1976, p. 236-237).

Logo em seguida, após a vivência da fase anterior, Erikson (1976) pontua que a criança está pronta para "a entrada na vida", referindo-se à vida escolar, seja essa escola o campo, a selva ou qualquer outro contexto sociocultural, inicia o conflito da "*indústria x inferioridade*". Este

momento é equivalente à latência, e, tendo em vista que a criança já está mais apta psicologicamente, para tornar-se um produtor, este momento ela sublima o procriar-se e inicia o momento de preparação enquanto provedor para, em seguida, tornar-se um genitor biológico. Segundo Erikson (1976), nesta etapa, as crianças de todas as culturas recebem alguma instrução sistemáticas.

A criança passa a vivenciar as normas sociais convivendo com outras realidades subjetivas e históricas; Erikson (1976) aponta que a escola parece ser, por si só, toda uma cultura, com seus próprios objetivos e limites, seus progressos e insucessos. Nesta fase, o autor alerta que o perigo reside em um sentimento de inadequação e inferioridade ante o grupo que a criança está sujeita.

Essa etapa se difere das anteriores porque não é uma convulsão interior para um novo domínio. Freud denomina esta etapa de latência porque os impulsos mais violentos estão normalmente adormecidos. [...] Contudo, socialmente é a mais decisiva: visto que a indústria implica fazer coisas ao lado de outros e com eles, nesta época se desenvolve um primeiro juízo a respeito da divisão do trabalho e da oportunidade diferencial, isto é, do "*ethos*" tecnológico de uma cultura (ERIKSON, 1976, p. 239-240).

Em meio aos conflitos desta etapa, o desenvolvimento infantil se desagrega principalmente quando a vida familiar não conseguiu prepará-la satisfatoriamente para a fase escolar e, quando este ambiente social, deixa de cumprir as promessas das etapas anteriores, da preparação para a indústria, para o trabalho enquanto labor.

Após a considerada bonança no desenvolvimento, a fase de latência, e o estabelecimento de uma boa relação com o mundo das habilidades, a criança despede-se de sua infância e enfrenta uma tempestade, a puberdade e o advento da juventude. Neste período o indivíduo experimenta o conflito de "*identidade x confusão de papel*"; experiência, além das rápidas mudanças em seu corpo, a rápida aproximação das tarefas adultas. Suas angústias são majoritariamente relacionadas ao que aparentam ser ante o outro comparado com o que enxergam e pensam que são; buscando, em meio a isso, associar os papéis e habilidades, anteriormente cultivados com os protótipos ocupacionais do momento (ERICKSON, 1976).

Após a adolescência, o indivíduo entra na fase adulto jovem, seguida da adultez até sua terceira idade, sendo os conflitos: intimidade \times isolamento; generatividade \times estagnação; e, integridade \times desesperança os respectivos para cada fase (ERICKSON, 1976).

Percebe-se, assim, que o desenvolvimento baseia-se nos momentos de crise e conflito, os quais ocorrem a partir dos aspectos biológicos, históricos, sociais e intrapsíquicos. Não se pode analisar o desenvolvimento sem se tomar como referência tais pontos, nas palavras do autor:

O ser humano, em todas as épocas, desde o primeiro pontapé *in utero* até o último suspiro, está organizado em agrupamentos geográfica e historicamente coerentes: família, classe, comunidade, nação. Assim, um ser humano é, em qualquer época um organismo, um cego e um membro de uma sociedade, e está envolvido nos três processos de organização. Seu corpo está exposto a dor e tensão; seu ego, à ansiedade; e, como membro de uma sociedade, é suscetível ao pânico que emana de seu grupo. (ERICKSON, 1976, p. 30)

Portanto, além de situarmos o desenvolvimento da criança e do adolescente em questão, busca-se apresentar quais as políticas públicas voltadas para estes indivíduos.

Políticas de prevenção ao suicídio:

Durante a construção deste escrito, foram notados alguns pontos insatisfatórios no que concerne às medidas de proteção e prevenção em políticas contra o suicídio, as quais focam majoritariamente o público adolescente e adulto, tais como a Portaria nº 1.876, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), a qual ressalta a importância da realização de investigações epidemiológicas tratando de tal problemática na faixa etária de 15 a 25 anos.

Um estudo realizado por Clarck e Fawcet (1992) citado em Botega e cols. (2006) fez uma retrospectiva dos casos de suicídio e pôde mostrar cinco dados importantes, dentre os quais pontua-se três de grande relevância: cerca de 60% dos casos consumados de suicídio foram por pessoas que ainda não haviam tentado antes; entre 50% e 60% das pessoas mortas por suicídio não haviam consultado um profissional de saúde mental no decorrer de sua vida; há a comunicação da intenção de matar-se por aproximadamente dois terços da população que consumou o ato. Além

destes três pontos, os autores destacam a incidência de possíveis transtornos ou perturbações psiquiátricas nunca antes tratadas ou sequer diagnosticadas

Botega e Cols. (2006) acrescenta que tais constatações reforçam a necessidade de uma capacitação não apenas para profissionais como psicólogos ou psiquiatras, mas todos aqueles envolvidos no sistema de atenção à saúde bem como à população em geral, fornecendo informações para compor uma rede de apoio bem integrada, a partir de discussões e alertas quanto aos comportamentos e sinais de fatores de risco.

Souminem et al.(2004 *apud* BOTEGA, 2006) frisa que os fatores que oferecem maior risco são as relações interpessoais pouco sólidas; quanto mais vínculos afetivos, crenças religiosas e sentimento de pertencimento em um grupo, menores são as chances de haver uma comportamento suicida. A incidência de transtornos psicológicos ou psiquiátricos bem como fatores culturais também são alvos de atenção no que tange as políticas de prevenção

Entretanto, conforme relata Botega (2006, p. 218), o Brasil até o ano de 2005, não possuía um plano estratégico preventivo. Apenas nesta data, um grupo de trabalho fora formado com o intuito de traçar um plano de ação. Este plano resultou nas Diretrizes Brasileiras para um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, lançado oficialmente no ano seguinte, 2006. Dentre o postulado, pode-se citar: desenvolvimento de estratégias de informação, comunicação e de sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública e que pode ser prevenido. Também pode-se dar um destaque especial para a atenção aos profissionais da área de saúde, “capacitá-los para lidar com tal demanda”. Não somente nos espaços de atenção à saúde, mas no ambiente escolar, entendendo que este espaço representa o contato da criança com o social e se estendendo aos meios de comunicação e outras organizações que prestem assistência à população.

O contexto Amazônico:

Algumas considerações acerca do local em que estamos analisando o fenômeno

do suicídio é necessário. O Estado do Amazonas possui uma área de 1.559.161,682 km², neste território há 61 municípios mais a capital, Manaus. A população amazonense é de aproximadamente 3.483.985 habitantes; sendo que mais da metade reside na capital e, o restante, povoa os municípios interioranos. Vale ressaltar que a população autodenominada indígena, no Estado, é dez vezes superior ao visto em outros Estados brasileiros (SOUZA, ORELLANA *et. BASTA*, 2013).

As particularidades quanto ao estado consistem, além da grande população indígena, a presença de fronteiras internacionais com constantes conflitos e marcadas pelo intenso tráfico internacional de drogas ilícitas. Além das fronteiras, as cidades interioranas, em sua maioria, possuem pouca assistência aos serviços básicos de saúde e justiça e dificuldade de acesso à capital (BARBOSA, 2004). Neste contexto, circunscreve-se um fenômeno que muito tem sido investigado por pesquisadores da região; os quais buscam analisar certas particularidades do suicídio no estado, sobretudo em meio a população indígena.

Os autores alertam que, na população indígena, especialmente entre os anos 2006-2010, as taxas de mortalidade por suicídio entre índios jovens foi a mais alta, enquanto que em não indígenas a prevalência foi em casos de homicídio. (SOUZA *et. ORELLANA*, 2013). Os resultados dos estudos pontuam algumas áreas do estado que possuem maiores índices; no entanto, as pesquisas pouco enfocam o público infantil, debruça-se mais sobre a adolescência e a fase adulta, visto que são as faixas etárias de maior incidência.

METODOLOGIA

Tipo de pesquisa:

Foi realizada uma **pesquisa quantitativa**, a qual consiste em mensurar variáveis preestabelecidas, realizando a verificação e explicação de sua influência sobre outras variáveis, sendo isto visto a partir de análise da frequência de incidências e de correlações estatísticas, cabendo ao pesquisador descrever, explicar e prever, conforme enuncia CHIZZOTTI (2009).

Instrumentos

O instrumento utilizado para coletar os dados foi uma planilha com as variáveis específicas e observáveis, como, por exemplo: sexo, idade, localidade, local da ocorrência, data da ocorrência, entre outros. Dessa forma, se fez possível a observação da frequência das ocorrências para analisá-las posteriormente.

Procedimentos

Foi coletado junto ao Sistema e Informações sobre Mortalidade (SIM), disponível no sítio do DATASUS - de acesso público, subordinado ao Ministério da Saúde -, com a finalidade de realizar o levantamento das informações concernentes aos registros de óbitos infantis por suicídio, desde a implantação do referido sistema, o que possibilitou, via de consequência, a coleta quantitativa.

O levantamento quantitativo foi dividido em três etapas visto que, dada a alteração na Codificação Internacional de Doenças (da CID 9 para CID 10) houve aumento nas categorias dos registros assim como mudança na nomenclatura da codificação. Dessa forma, a primeira pesquisa compreendeu o intervalo temporal de 1979 a 1995 a qual buscou-se eventos cujo códigos estavam entre E950 e E958, a segunda, de 1996 até o ano de 2011 com as codificações entre X60 e X84; por

fim, a terceira foi em busca de dados nacionais com a finalidade de realizar um comparativo do quantitativo regional com o nacional.

Os dados brutos foram categorizados, separando-se as variáveis relacionadas aos óbitos: faixa etária, sexo, escolaridade, se oriundo da capital ou interior do Estado, local onde foi encontrado e a classificação no CID (sendo considerado os seguintes meios: Envenenamento, enforcamento, arma de fogo e lesões causadas por meio não identificado). No segundo intervalo pôde-se adicionar a categoria: raça/cor. Vale ressaltar que o banco de dados forneceu-nos em ambos intervalos temporais (de 1979 a 1995 e 1996 a 2011) os grupos etários: de 5 a 9 anos e de 10 a 14 anos. Esse material fora tabulado e posto em forma de banco de dados, para ser analisado quantitativamente no *software Minitab*.

Após a criação do banco de dados, foram produzidas tabelas e gráficos para melhor visualização das informações. Para calcular taxas totais de suicídio foram calculadas dividindo-se o número absoluto de mortes por suicídio pela população total do Estado do Amazonas do respectivo ano, coletada junto ao banco de dados da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Em seguida, observou-se as tendências e particularidades dos casos registrados realizando assim uma discussão com questões socioculturais, bem como a análise descritiva pautada nos acontecimentos durante a fase do desenvolvimento em questão (LEVIN, 2004).

Considerando a natureza secundária dos dados eventualmente coletados, visto que provenientes de bancos de dados já disponíveis, os procedimentos relativos às questões éticas de pesquisa com humanos serão dispensados.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os casos de suicídio no Estado do Amazonas, desde a implantação do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), ano de 1979 até o ano de 2011, entre indivíduos com idades entre 5 e 14 anos, somaram 113 ocorrências. No primeiro intervalo temporal (1979 a 1995), o grupo etário de 5 a 9 anos, não houve registros de suicídio, o que nos sinaliza uma possível dificuldade na notificação das ocorrências. O mesmo grupo etário, mas no segundo intervalo (1996 a 2011) temporal, apresentou 05 ocorrências o que, no quantitativo geral dos registros de mortalidade do respectivo grupo etário, representou 0,23%. No entanto, ao observar o quantitativo da mortalidade por causas externas, pôde-se perceber que, as categorias apontadas por Fensferseifer e Werlang (2003) ao retratar a subnotificação (eventos cuja intenção é desconhecida e todas as outras causas externas) dos casos de suicídio na infância, viu-se que essas representam 5,03% dos casos de mortalidade entre 1996 e 2011.

Na seguinte faixa etária analisada, os casos de suicídio, em relação ao quantitativo total da mortalidade no período de 1979 a 1995 foi de: 0,75%; enquanto que no intervalo temporal seguinte, 1996 a 2011, foi de: 4,39%. Houve, portanto um aumento significativo nas ocorrências. Nesse segundo intervalo temporal é possível realizar a análise, meramente especulativa, da possível subnotificação; semelhante ao cálculo anterior, os casos de mortalidade cuja intenção é desconhecida e todas as outras causas externas representam no quantitativo total das ocorrências, 5,90%.

O percentual dos casos de suicídio no Amazonas, quando comparados ao quantitativo por regiões e valores totais no Brasil chama bastante atenção. Os registros de suicídio entre crianças de 5 a 9 anos, entre os anos de 1996 até 2011, foi de 33,3% do total na região norte e 8% em relação aos registros nacionais. A faixa etária de 10 a 14, dividida nos anos de 1970 a 1995 e 1996 até 2001, representaram 13,4% dos casos da região norte e 1,25% do total nacional; o segundo

intervalo temporal teve um aumento em relação aos dois parâmetros, sendo: 36% do total regional e 5,6% do total nacional. Conforme ilustra gráfico a seguir:

Gráfico 1: Percentual das ocorrências de suicídio no Estado do Amazonas em relação ao quantitativo da região Norte

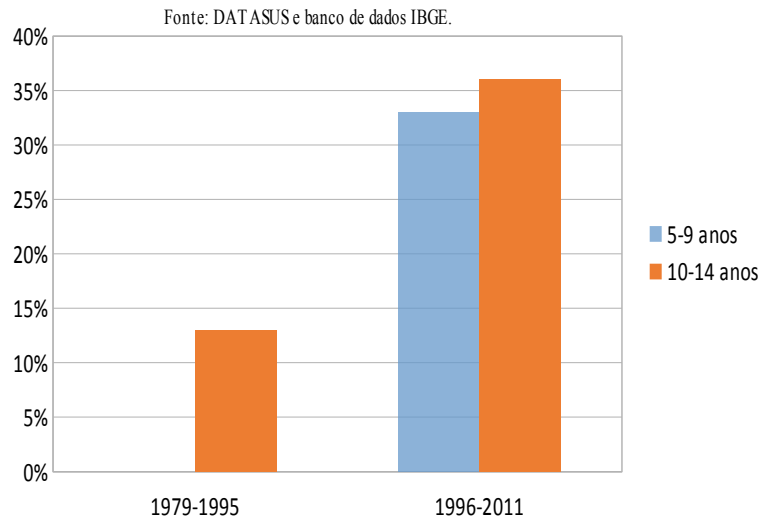
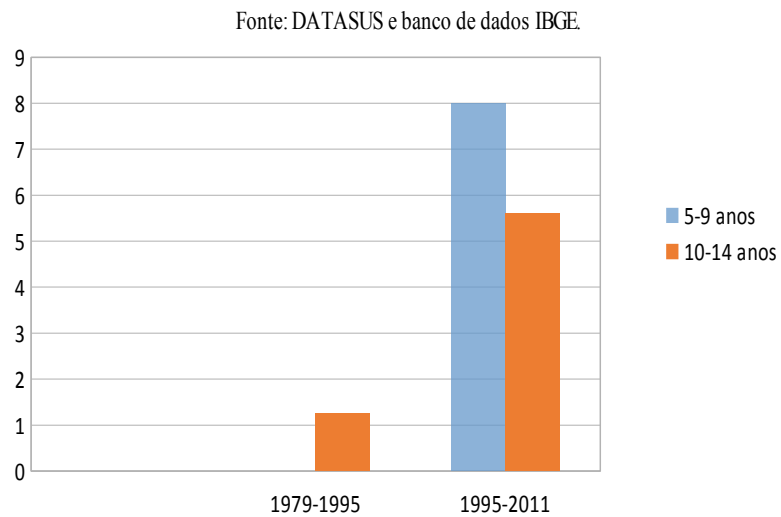


Gráfico 2: Percentual das ocorrências de suicídio no Estado do Amazonas em relação ao quantitativo Nacional



O levantamento epidemiológico realizado por Lovisi et. al. (2009) apresentam a região norte com as menores taxas de suicídio, quando comparadas às outras regiões. Entretanto, levando em consideração os dados apresentados por Barbosa (2004) o Amazonas é um dos estados

com a maior área, contudo, a densidade demográfica é baixa; logo, a proporção entre população e ocorrências é alta, principalmente na faixa etária analisada.

A distribuição das taxas de suicídio em relação a população total do Estado do Amazonas (sendo levado em consideração a diferença proporcional entre homens e mulheres), das ocorrências nas faixas etárias de 5 a 9 (tabela 1 e gráfico 1) e 10 a 14 (tabela 2 e gráfico 2), por sexo a cada 100.000 habitantes, por triênio, se deu da seguinte forma:

Gráfico 3: Demonstrativo da distribuição das taxas de suicídio por sexo a cada 100.000 habitantes. Faixa etária: 5 a 9 anos.

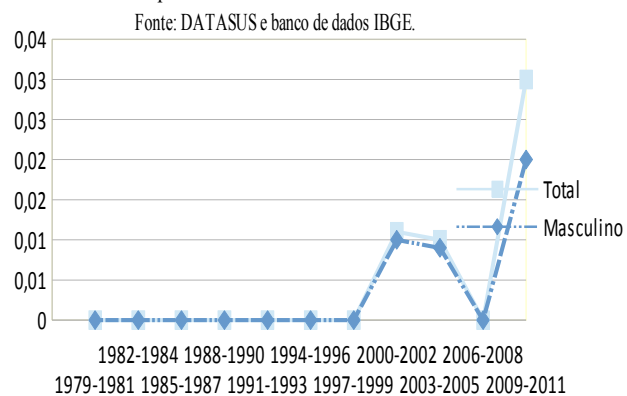


Tabela 1: Resultado da distribuição trienal dos casos de suicídio do grupo etário de 5 a 9 anos, por sexo. No período de 1979 a 2011.

Fonte: DATASUS e banco de dados IBGE.

	1979- 1981	1982- 1984	1985- 1987	1988- 1990	1991- 1993	1994- 1996	1997- 1999	2000- 2002	2003- 2005	2006- 2008	2009- 2011
Fem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mas	-	-	-	-	-	-	-	0,010	0,009	-	0,02
Total	-	-	-	-	-	-	-	0,011	0,010	-	0,03

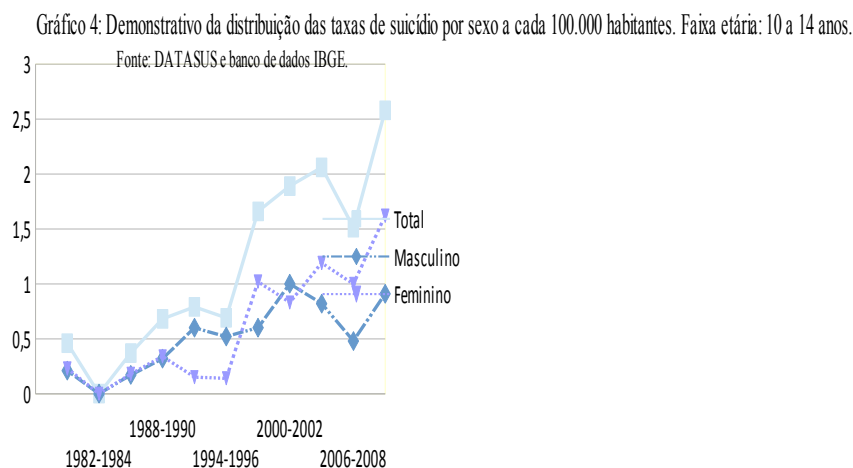


Tabela 2: Resultado da distribuição trienal dos casos de suicídio do grupo etário de 10 a 14 anos, por sexo. No período de 1979 a 2011.

Fonte: DATASUS e banco de dados IBGE.

	1979- 1981	1982- 1984	1985- 1987	1988- 1990	1991- 1993	1994- 1996	1997- 1999	2000- 2002	2003- 2005	2006- 2008	2009- 2011
Fem	0,23	0	0,18	0,34	0,15	0,14	1,02	0,83	1,19	1	1,62
Mas	0,21	0	0,17	0,32	0,60	0,52	0,60	1	0,82	0,48	0,91
Total	0,46	0	0,37	0,68	0,79	0,69	1,66	1,89	2,06	1,51	2,58

No primeiro grupo etário é possível notar que houve ocorrências apenas entre a população masculina e as taxas são crescentes, há uma nulidade de ocorrência entre os anos de 2006 e 2008; no entanto, no triênio seguinte (2009 a 2011) o quantitativo registrado foi o dobro do registrado anteriormente, entre os anos de 2000 a 2005.

Quanto ao segundo grupo etário, foi possível perceber que, em valores totais houve um aumento significativo. No primeiro triênio registrou-se 0,46, saltando, no último triênio, para 2,58 por 100.000 habitantes. Com pequenas osciladas, o quantitativo segue a mesma tendência quando observamos os valores relacionados ao sexo feminino; percebeu-se que houve uma queda entre 1988 e 1996 mas, a partir de 1997 até 2001, houve uma elevação abrupta das ocorrências.

Tabela 4: Resultado da distribuição trienal dos casos de suicídio do grupo etário de 10 a 14 anos, por município. No período de 1979 a 2011.

Fonte: DATASUS e banco de dados IBGE.

Municípios	1979- 1981	1982- 1984	1985- 1987	1988- 1990	1991- 1993	1994- 1996	1997- 1999	2000- 2002	2003- 2005	2006- 2008	2009- 2011
Manaus	0,04	-	0,03	0,23	0,16	0,14	0,29	0,20	0,27	0,16	0,18
Alvarães	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,19	-
Amaturá	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,19
Apuí	-	-	-	-	-	-	1,67	-	-	-	-
Atalaia do Norte	-	-	-	-	-	-	-	-	1,94	-	-

Barcelos	-	-	-	-	-	-	-	1,22	1,22	-	-
Benjamin Constant	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,77
Boa Vista do Ramos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,98	-
Careiro	-	-	-	-	-	-	-	0,94	-	-	-
Careiro da Várzea	-	-	-	-	-	-	1,24	-	-	-	1,24
Coari	-	-	-	0,40	-	-	-	-	-	0,40	-
Itacoatiara	-	-	0,35	-	-	-	-	0,35	-	-	-
Manacapuru	-	-	-	-	-	-	-	0,36	-	-	0,36
Parintins	-	-	-	-	-	-	-	0,30	0,30	-	-
Presidente Figueiredo	-	-	-	-	-	-	-	-	1,07	-	-
Rio Preto da Eva	-	-	-	-	-	-	-	1,15	-	-	1,15
Santa Isabel do Rio Negro	-	-	-	-	-	-	-	1,59	-	-	-
São Gabriel da Cachoeira	-	-	-	-	-	-	-	-	3,20	-	0,80
São Paulo de Olivença	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,95	1,91
Tabatinga	-	-	-	-	-	-	-	0,57	0,57	1,71	3,43
Tapauá	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,81

Em função das altas taxas de suicídio nas cidades interioranas, realizou-se a distribuição a fim de observar onde há a prevalência das ocorrências, se houve maior registro na capital ou interior, conforme tabelas a seguir:

Tabela 5: Resultado da distribuição trienal dos casos de suicídio do grupo etário de 5 a 9 anos, entre capital e interior. No período de 1979 a 2011.

Fonte: DATASUS e banco de dados IBGE.

	1979- 1981	1982- 1984	1985- 1987	1988- 1990	1991- 1993	1994- 1996	1997- 1999	2000- 2002	2003- 2005	2006- 2008	2009- 2011
Capital	-	-	-	-	-	-	-	0,02	-	-	0,03
Interior	-	-	-	-	-	-	-	-	0,04	-	0,04
Total	-	-	-	-	-	-	-	0,011	0,010	-	0,03

Tabela 6: Resultado da distribuição trienal dos casos de suicídio do grupo etário de 10 a 14 anos, entre capital e interior. No período de 1979 a 2011.

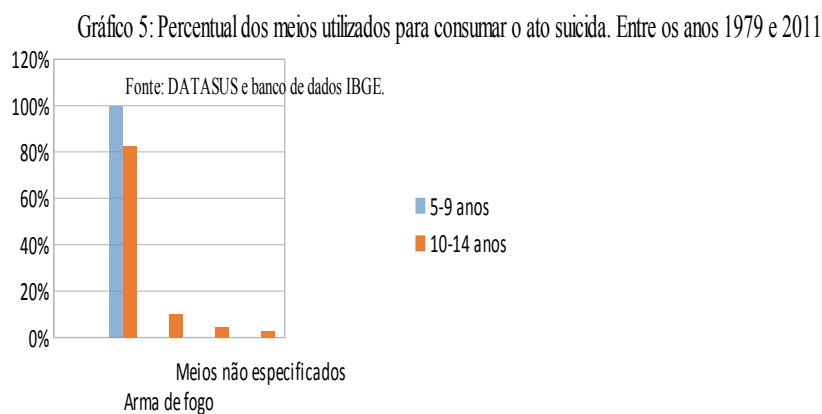
Fonte: DATASUS e banco de dados IBGE.

	1979- 1981	1982- 1984	1985- 1987	1988- 1990	1991- 1993	1994- 1996	1997- 1999	2000- 2002	2003- 2005	2006- 2008	2009- 2011
Capital	0,04	-	0,03	0,23	0,16	0,14	0,29	0,20	0,27	0,16	0,18
Interior	0,04	-	0,04	0,04	-	-	0,08	0,33	0,32	0,28	0,70
Total	0,46	0	0,37	0,68	0,79	0,69	1,66	1,89	2,06	1,51	2,58

As tabelas a cima, indicam que na capital do Estado mantem-se constantes as

taxas, contudo, o interior inspira especial atenção pois houve um aumento de 0,04 casos a cada 100.000 habitas para 0,7; nota-se que houve uma nulidade de ocorrências entre 1991 e 1996 e, posteriormente, entre 2000 e 2006 uma queda discreta; contudo, no triênio seguinte houve o maior registro desse marco histórico.

Quando buscou-se observar o meio para auto infligir as lesões, no primeiro grupo etário, todas as ocorrências foram de sufocação/enforcamento. O segundo grupo, houve uma prevalência de enforcamento/sufocação, 81% dos casos.



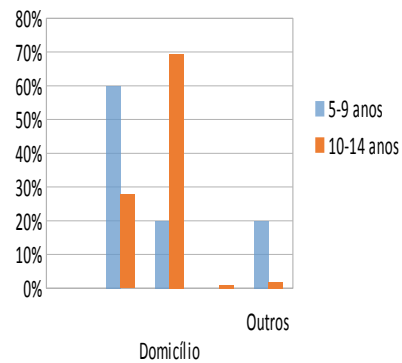
Local da ocorrência é possível notar que as crianças com idades entre 5 e 9 anos, que faleceram em hospitais ou em outro estabelecimento de saúde representaram 60% do total, enquanto que as que faleceram em domicílios ou em outras localidades, representaram 20% cada. No segundo grupo etário houve maior registro de óbitos em domicílio, 70% do todo registrado, seguido de 27% dos registros em hospitais ou outro estabelecimento de saúde; o restante, 3%, foi dividido entre vias públicas.

Souza e Orellana (2013) fazem uma importante análise ao correlacionar o meio utilizado para cometer o suicídio com o local de registro do óbito. Os autores pontuam que a opção de enforcamento é um meio bem doméstico e de grande letalidade. A baixa de ocorrência em hospital, principalmente na faixa etária 10-14 anos indica maior habilidade ao aplicar o método e

possível dificuldade de acesso à assistência hospitalar, enquanto que as faixas etárias mais baixas não tiveram tanto sucesso ao praticar o ato, conseguindo chegar até um estabelecimento de saúde.

Gráfico 6: Percentual dos locais das ocorrências de suicídio. Entre os anos 1979 e 2011

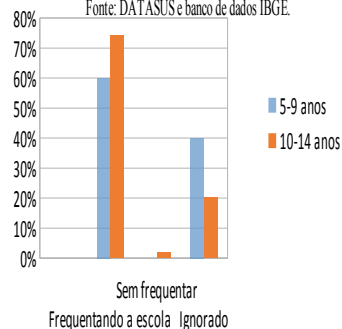
Fonte: DATASUS e banco de dados IBGE.



O gráfico traz a informação da escolaridade, não o nível, mas se o indivíduo estava inserido no contexto escolar ou não. Nota-se que 73% dos adolescentes entre 10 e 14 anos e 60% das crianças entre 5 e 9 anos estavam frequentando a escola.

Gráfico 7: Percentual dos indivíduos que estavam ou não frequentando a escola. Entre os anos 1979 e 2011

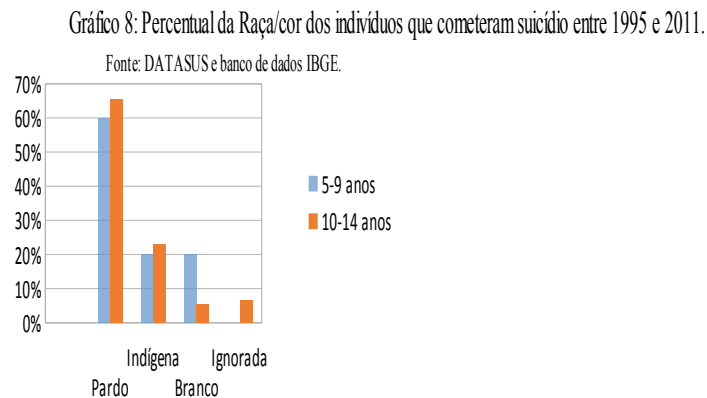
Fonte: DATASUS e banco de dados IBGE.



Pôde-se perceber que a maior parcela das crianças/adolescentes estava frequentando o ambiente escolar, nos sinalizando que a escola não tem sido um fator de proteção ou prevenção, como previsto nas políticas contra o suicídio. Erikson alerta que, se não for um ambiente bem estruturado, este convívio social pode trazer mais prejuízos e riscos do que benefícios e proteção:

Apontamos na última seção o perigo que ameaça o indivíduo e a sociedade quando o escolar começa a sentir que a cor da sua pele, os antecedentes de seus pais, a qualidade de suas roupas decidirão, mais do que o seu desejo e a sua vontade de aprender, de seu valor como aprendiz e, assim, de seu sentimento de identidade (ERIKSON, 1976, p. 240).

A última categoria analisada, a qual só foi possível colher dados no segundo intervalo temporal: 1995 até 2011, apresenta o percentual da raça/cor dos indivíduos que cometeram suicídio. Percebe-se que predomina entre os pardos: 60% das crianças entre 5 e 9 anos e 65% dos adolescentes entre 10-14 anos.



Souza e Orellana (2013), em suas pesquisas, correlacionaram a alta ocorrência de suicídio em determinados municípios com o percentual indígena. Apontam os municípios de Tabatinga e São Gabriel da Cachoeira os de maior concentração de declarados indígenas (mais de 25%) da população total. Os autores acrescentam que, as faixas de terras indígenas estão localizadas em áreas de fronteiras internacionais bastante conflituosas em função do tráfico internacional de drogas ilícitas, por exemplo. Tais fatores, os autores apresentam como risco para a população.

Por fim, Lovisi et. al. (2009) chamam a atenção para uma importante questão quando da análise das taxas, visto que há uma correlação entre os dados fornecidos pelo DATASUS e os dados do IBGE. As informações que dizem respeito ao quantitativo que o IBGE apresenta, são autodeclarados, enquanto que as informações do DATASUS são preenchidas por médicos ou profissionais da saúde, assim, a falta de capacitação desses últimos profissionais, findam por comprometer a fidedignidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os poucos registros de ocorrências, levantamentos e publicações abordando a temática do suicídio na infância, podem ser vistos como uma forma de confirmação das suspeitas do início da pesquisa, as quais apontavam para uma subnotificação e negação dos casos de suicídio entre crianças. A proposta inicial desse escrito consistia na análise das ocorrências no período da infância, contudo viu-se que, os casos registrados estão distribuídos majoritariamente na fase da primeira adolescência, período que coincide com intensas transformações sobretudo biológicas e reorganizações no papéis sociais desempenhados pelos indivíduos. Sustenta-se os resultados de outros estudos que apontam o período da adolescência como um momento de muitas ocorrências e, por isso, maior atenção no que diz respeito às políticas de prevenção.

É importante retomar a problemática da metodologia dos registros pois, conforme alertado por outros autores há, por vezes, pouca acuidade no que tange as informações do banco de dados, principalmente nos primeiros registros neste, apontando para a necessidade de capacitação dos profissionais da saúde para enfrentar o desafio de tornar a informação o mais fidedigna possível.

Quanto às possíveis intervenções, há carência, não apenas na temática do suicídio, mas especialmente acerca deste tema, de uma maior comunicação entre atenção básica de saúde e as escolas. Mesmo compreendendo que o suicídio é resultante de diversos fatores, uma vertente de prevenção possível pode ser no trabalho no âmbito escolar, visando à busca de melhores condições dentro da esfera institucional assim como a utilização desse espaço para aproximação junto às famílias.

Vale, por fim, destacar uma particularidade: a grande ocorrência entre indígenas. É, portanto, imperativo o desenvolvimento de estudos para abarcar esta população, buscar auxílio junto à antropologia, sociologia e tantas outras ciências afins que almejam a aproximação e

compreensão das diferenças culturais não apenas em relação ao dito “homem branco”, mas as variações entre etnias.

Percebeu-se, portanto, a vastidão que tal tema apresenta para o desenvolvimento de novos estudos, além da simples análise das ocorrências, a utilização de “autópsias psicológicas”, investigação direta dos serviços voltados para a atenção de crianças assim como a escuta de profissionais da área de saúde, os quais vivenciam e debruçam-se sobre os cuidados de infantes, são de extrema relevância e pioneirismo.

REFERÊNCIAS

- ALBERTO, M. de F. P.; SANTOS, D. P. dos. *Trabalho Infantil e Desenvolvimento: Reflexões à luz de Vygotsky*. Rev. Psicologia em Estudo, v. 16, n. 2, p. 209-218, Maringá, PR. abr.-jun. 2011.
- ANGERAMI-CAMON, V.A. (Org.) *O atendimento infantil na ótica fenomenológico-existencial*. 2ª Ed. - São Paulo: Cengage Learning, 2011.
- BARBOSA, M. A. *Desigualdades sociais e sistema de saúde no Amazonas: o caso de Manaus*. Dissertação (Mestrado): Fiocruz - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; Manaus, AM, 2004.
- BIAGGIO, Â. M. B. *Psicologia do Desenvolvimento*. 18º ed., Vozes, Petrópolis, RJ, 2005.
- BORTEGA, N. J.; WERLANG, B. S. G.; CAIS, C. F da S; MACEDO, M. M. K. *Prevenção do comportamento suicida*. Rev. Psico, PUCRS, n. 3, v. 37: 213-220, Porto Alegre, RS, set-dez, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes para prevenção do suicídio*. Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Temático Prevenção de Violência e Cultura da Paz II – Painel de indicadores do SUS nº 5*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. *Programa Saúde do Adolescente. Bases Programáticas*. 2ª Edição. Brasília; Ministério da Saúde, 1996.
- CASSORLA, R. M. S. *Considerações sobre o Suicídio*. In: CASSORLA, R. M. S. “Do Suicídio”. Campinas, SP: Papyrus, 1998.
- CHIZZOTTI, A. *Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais*. 10 ed. – São Paulo: Cortez, 2009. – (Biblioteca da Educação. Série 1. Escola ; v. 16)
- CORREA, Humberto; ROCHA, Felipe Filardi da. *Abuso e negligência na infância e comportamento suicida: pode a epigenética interligá-los?*. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul, Porto Alegre, RS, v. 33, n. 1, 2011.
- DURKHEIM, D. É. *O Suicídio - Estudo de Sociologia*. 3. Ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- ERIKSON, E. H. *Infância e Sociedade* / Tradução: Gildáisio Amado. Ed. Zahar, 2ª edição, Rio de Janeiro – RJ, 1976.
- FENSTERSEIFER, L.; WERLANG, B.S.G. *Suicídio na infância - será a perda da inocência?* Rev. Psicologia Argumento, 21 (35): 39-46, out. 2003.
- HESLER, L. Z., *Suicídio em um município do Sul do Brasil – um enfoque de gênero*. / Lilian Zielke Hesler. - 2013, 122 f. Orientadora: Stela Nazareth Meneghel. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação

em Enfermagem. Porto Alegre, RS, 2013.

LOVISI, G. M. et al . *Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006*. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo, v. 31, supl. 2, Out. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462009000600007&lng=en&nrm=iso>. Acesso: em 03 jun. 2014.

LUCCI, M. A. *A Proposta de Vygotsky: A Psicologia Sócio Histórica*. Rev. de currículum y formación del profesorado, 10, 2 (2006). Disponível em: <<http://www.ugr.es/local/recfpro/Rev102COL2port.pdf>> Acesso em: 10 out. 2013.

Organização Mundial da Saúde (OMS). *Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental – nova concepção, nova esperança*. Genebra, 2001.

SEMINOTTI, E. P. *Suicídio Infantil: reflexões sobre o cuidado médico*. Disponível em <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0571.pdf>> Acesso em: 08 abr. 2013.

SOUZA, M. L. P. de; ORELLANA, J. D. Y. *Desigualdade na mortalidade por suicídio entre indígenas e não indígenas no estado do Amazonas, Brasil*. J Bras Psiquiatr; 62(4):245-52, 2013.

VIEIRA, K. F. L. *Depressão e Suicídio: uma abordagem psicossociológica no contexto acadêmico*. João Pessoa: 2008. 159 p. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa/PB, 2008.

VYGOTSKY, L.S. *A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores*. 5.ed. São Paulo/SP: Martins Fontes, 1996.