

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC**

**PÓS-GRADUAÇÃO ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E COLETVA**

**MARIBEL BATISTASEBASTIÃO**

**O SUICÍDIO NA INFÂNCIA E NA ADOLESCIA:  
UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

**CRICIÚMA, SETEMBRO DE 2012.**

**MARIBEL BATISTA SEBASTIÃO**

**O SUICÍDIO NA INFÂNCIA E NA ADOLESCIA:  
UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

Monografia apresentada ao Setor de Pós-graduação da Universidade do Extremo Sul Catarinense- UNESC, para a obtenção do título de especialista em Saúde Mental e Coletiva.

Orientador: Prof. Ms. Graziela Amboni.

**CRICIÚMA. SETEMBRO DE 2012.**

**Dedico à Deus SU por ter me oportunizado as condições necessárias para a concretude desta obra e a todas as crianças e adolescentes que necessitam de acompanhamento e ou tratamento qualificado.**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus SU, por me dar força para continuar este trabalho, mesmo quando a minha energia parecia tão pouca para conseguir chegar ao término.

À minha família e de modo especial aos meus pais.

Aos meus amigos, por serem uma dádiva de Deus SU em minha vida; sendo sempre presentes, até mesmo quando estes estão longe fisicamente, por sempre me lembrarem da minha capacidade, do meu empenho diante das coisas que escolho e que me proponho a fazer. Entre estes amigos gostaria de agradecer de forma especial a Deise Serafim Zeferino, por estar sempre presente em minha vida, me apoiando e me impulsionando. Assim como, ao casal Claudia e Antônio, que sempre estão me fornecendo todo um suporte e atenção, além do que muitas vezes consigo fornecer de retorno. E é claro a minha querida e prestativa amiga Leinha, por ter tanta paciência, com alguém que tem tão pouco tempo pra dar os costumeiros retornos.

Aos meus colegas de trabalho, do CRAS, que me compreenderam durante este período de construção do trabalho de conclusão do curso especialização, de forma paciente. De modo especial, cito dois colegas de trabalhado, que são também agrades parceiros da vida, os acadêmicos do curso de psicologia da Unesc, Adriel e Daina, que forneceram ajuda através de discussões frente a esta temática e apoio pra continuar seguindo este trabalho até o seu término.

Agradeço também a todas as crianças de modo especial, as que já atendi; sendo que, a cada caso atendido, estas me aguçam cada vez mais, a desejar sempre ir a busca algo a mais, que possibilita a cada atendimento e a cada estudo de caso crescer mais e mais como profissional, me aprimorando constantemente.

Aos professores do curso de especialização em saúde mental e coletiva, assim como a minha orientadora, pelas discussões, ensinamentos e apoio; principalmente no período final deste curso, a qual eu enfrentei dificuldades.

***“[...] não se pode esquecer que o suicídio não é nada mais que uma saída, uma ação, um término de conflitos psíquicos.”***

**Freud (1910).**

## RESUMO

Este trabalho é de natureza teórica bibliográfica, sendo de revisão de literatura, com o objetivo: Conhecer, analisar e compreender o suicídio e as possíveis diferenças de ocorrência; dando destaque ao que leva a sua ocorrência ou tentativa na infância e na adolescência, tendo sempre em vista a identificação dos sinais, assim como a prevenção das mesmas. Tendo como questão problematiza-te: o que levaria as crianças e os adolescentes a cometer suicídio. Com o desenvolvimento deste trabalho verificou-se que o suicídio pode ocorrer de forma direta ou indireta, mas que ambas segue o caminho da busca pela morte, ampliando ainda mais a problemática do suicídio. Atualmente o que compete ao suicídio na infância, isso em termos de produção científicas é muito pouco, dificultando os estudos direcionados a esta faixa etária. Durante este trabalho se possibilitou maior contato com relação ao desenvolvimento humano, vinculando sempre as diferenças das faixas etárias e a sua importância como um todo, para melhor se distinguir os sinais apresentados no suicídio e as diferenças a serem destacadas a cada fase, tendo em vista a compreensão deste ser. Na infância, abre-se também a discussão de como é visto este período de vida, como um conto de fadas e que “nem sempre” este é vivido pelas crianças. Na faixa etária do adolescente a produção científica é um pouco maior do que na fase da infância. O enfoque da adolescência como é destacado, é bem diferente do da infância, sendo que estes vivem uma fase conflituosa, sendo muitas vezes até mesmo dualista. A faixa etária da adolescência, no que compete ao suicídio é uma das principais causas de morte. Já o que compreensão e a forma de enfrentar a morte, para o suicida faz relação com o alívio do seu sofrimento, da sua dor. No que compete a prevenção das ocorrências deve ser vista como responsabilidade de toda a sociedade, através dos sinais destacados.

**Palavras-chave:** Suicídio. Adolescência. Infância. Prevenção. Morte.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Estágios do Desenvolvimento Humano com Abordagens Diferentes.....	29
Tabela 2 – Parâmetros para a avaliação de risco de comportamento suicida .....	49
Tabela 3 – Guia Avaliador para Crianças, sobre o risco de Suicídio .....	50
Tabela 4 – Guia Avaliador para Adolescentes, sobre o risco de Suicídio .....	51
Tabela 5 – Primeiro contato e a comunicação com o paciente que está em risco de suicídio .....	56

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

OMS Organização Mundial da Saúde

UNICEF Fundo das Nações Unidas para a Infância

HIV/AIDS Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2 SUICÍDIO.....</b>	<b>12</b>
<b>2.1 O Desencadear do Suicídio .....</b>	<b>14</b>
<b>2.2 Comportamentos e o Suicídio .....</b>	<b>15</b>
<b>2.2.1 Sinais .....</b>	<b>17</b>
<b>2.3. Fatores de Risco.....</b>	<b>20</b>
<b>2.3.1 Fatores e Aspectos Psicológicos.....</b>	<b>21</b>
<b>2.3.2. Fatores Psicopatológicos .....</b>	<b>24</b>
<b>2.3.3 Fatores Psicossociais .....</b>	<b>25</b>
<b>2.3.4 Fatores Sociodemográficos .....</b>	<b>27</b>
<b>2.3.5 Condições Clínicas Adversas.....</b>	<b>28</b>
<b>3 DESENVOLVIMENTO HUMANO.....</b>	<b>30</b>
<b>3.1 A Infancia .....</b>	<b>33</b>
<b>3.1.1 Criança .....</b>	<b>35</b>
<b>3.1.1.1 O Suicídio na Infância .....</b>	<b>36</b>
<b>3.2 A Adolescência.....</b>	<b>38</b>
<b>3.2.1 O Suicídio no Adolescente .....</b>	<b>40</b>
<b>3.3 O Suicídio em Crianças e Adolescentes .....</b>	<b>42</b>
<b>4. NÍVEIS DE CUIDADO EM RELAÇÃO AO SUICÍDIO .....</b>	<b>47</b>
<b>4.1. Avaliação do Risco de Suicídio.....</b>	<b>48</b>
<b>4.2 Prevenção .....</b>	<b>52</b>
<b>4.2.1 Fatores de Prevenção .....</b>	<b>54</b>
<b>4.3 Manejo do paciente com risco de suicídio.....</b>	<b>57</b>
<b>4.4 Encaminhamentos.....</b>	<b>60</b>
<b>5 A MORTE E O MORRER.....</b>	<b>59</b>
<b>5.1 As mensagens de Adeus .....</b>	<b>60</b>
<b>5.2 O vazio da perda.....</b>	<b>61</b>
<b>5.3 Impacto do Suicido na Família e na Sociedade .....</b>	<b>62</b>
<b>6 CONCLUSÃO .....</b>	<b>65</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>68</b>



## 1 INTRODUÇÃO

O suicídio é um tema polemico que é evitado por muitos, principalmente quando este é ligado à infância, dificultando até mesmo para se encontrar referencial teórico, para esta fundamentação. No que compete ao suicídio na adolescência é um enfoque de extrema importância, mas com melhor acesso a informação em comparação com o da infância. Este trabalho surge com o intuito de se compreender e analisar os fatores de risco e conseqüentemente o que leva uma criança ou adolescente a tomar esta atitude tão agressiva a si mesmo, que é o suicídio ou a sua tentativa, que expõe a abdicação da vida; identificando quais são os sinais e os sintomas que possibilitam a ocorrência ou da tentativa do suicídio. Abrindo assim, o leque desta problemática e caminhando através deste, para uma maior conscientização frente a problemática, assim como, a necessidade de acompanhamento, abrindo espaço também para a prevenção da ocorrência do mesmo.

Para se chegar até o propósito deste, foi necessário desenvolver um breve estudo sobre o desenvolvimento humano, focando nas fases da infância e da adolescência, conforme o enfoque deste trabalho. Verificando assim, as distinções das etapas referidas. O desenvolvimento humano, mais especificamente o infantil e o da adolescência tem características pessoais, ou seja, próprias destas fases do desenvolvimento. Segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria (2009), entre as suas particularidades estão o que se chama de fatores de risco e entre eles estão: as alterações do desenvolvimento infantil, atrasos no desenvolvimento, problemas de comportamentais, doenças crônicas ou deficiências, além das vulnerabilidades relacionadas a família e as sociais. A saúde da criança e do adolescente segue assim, os pressupostos do bem estar biopsicossocial, que engloba elementos físicos, familiares, sociais, pessoais, escolares, entre outros, agrupados no contexto da qualidade de vida deste sujeito.

A construção deste deu-se por meio de coleta bibliográfica; seguindo-se a análise das informações encontradas, sendo selecionadas as mais cabíveis a problemática e aos objetivos proposto para esta pesquisa. Sendo que a sua problemática se pauta no: o que leva as crianças e os adolescentes a cometer suicídio.

## 2 SUICÍDIO

Segundo Organização Mundial de Saúde (2000 b), o suicídio é um fenómeno complexo, que a séculos vem atraindo a atenção de filósofos, teólogos, médicos, sociólogos e artistas. É um problema sério de saúde pública, que exige atenção, visando à prevenção e o controle, mas infelizmente esta tarefa não é fácil de ser feita.

A palavra suicídio (etimologicamente *sui* = si mesmo; - *caedes* = ação de matar) foi utilizada pela primeira vez por Desfontaines, em 1737 e significa morte intencional autoinflingida, isto é, quando a pessoa, por desejo de escapar de uma situação de sofrimento intenso, decide tirar sua própria vida. (BRANCO FILHO E CARVALHO, s/d, p. 2)

De acordo com Durkheim (2000) o suicídio seria toda morte que resulta de forma direta ou indireta de um ato positivo ou negativo, realizado pela própria pessoa. De maneira geral, este é visto como uma ação positiva e violenta que implicará em um investimento de força muscular, mas vale destacar, que poderá aparecer como uma atividade puramente negativa.

Esta atitude pode ser vista como uma atitude de abstenção, que terá a mesma consequência negativa no final. Como por exemplo: negação de comer, que possibilitará a morte, depois de um determinado período. Assim, o suicídio poderá ocorrer através de uma ação ou de uma serie de ações, que terá como consequência a morte do sujeito. Já as ações de forma direita, que são consideradas como positivas, podem ser representadas por meio de enforcamentos, tiros de arma de fogo contra a própria pessoa; enquanto as de forma indireta neste caso as negativas, a qual o sujeito possibilita se colocar com frequência em situações de risco. Já a atitude abstêmica, como já foi mencionada se pauta em atitudes de negação.

Para Cassorla (1986) o sujeito que comete suicídio não esta necessariamente tentando se matar, mas sim, tem intenção de matar uma parte de si mesmo, sendo isso impossível, este como num ato de engano acaba matando-se, morrendo assim por inteiro.

O suicídio é uma situação em que o indivíduo, mediante uma passagem ao ato, se coloca simultaneamente como objeto – diante da impotência e frustrações impostas pela sua dinâmica com a realidade, a morte como saída – e como sujeito – onipotência, poder

absoluto sobre a vida e a morte. (BRANCO FILHO E CARVALHO, s/d, p. 18).

Para Cassorla (1986) um sujeito que se expõe desnecessariamente a riscos, ou seja, expondo-se consideravelmente em situações de forma desnecessária, pode estar procurando de forma inconsciente o caminho da morte. O que difere neste caso é a consciência do que estão procurando, que no caso é o caminho a morte de forma direta ou indireta. Desta forma o suicídio pode ser algo consciente ou inconsciente ao sujeito.

Segundo Branco Filho e Carvalho (s/d), o suicídio, é um ato de autodestruição deliberado, intencional e desejado, podendo ser praticado através de vários tipos de ações, incluindo a superdose de drogas, o ato de cortar a própria garganta ou os pulsos, a exposição da cabeça num fogão a gás, jogar-se do alto de um edifício, entre outros. Mas, vale destacar, que o ato suicida praticado através da ação de tomar, por exemplo, uma superdose fatal poderia, ao mesmo tempo, representar o ato de comunicar ao mundo que a vida da pessoa é extremamente ruim, ao ponto que está preferindo estar morta, e também pode ser o ato de censurar ou de punir a pessoa amada, por causa de um dano real ou imaginário.

Chabrol (1990), destaca que as condutas suicidas podem sugerir como um meio de evitar o sofrimento, apresentando um “aspecto de controle e de triunfo do eu”, expondo-se a morte afirma-se assim, como dono de si mesmo, negando a sua impotência e desamparo frente ao sofrimento.

O ato do suicídio significa morte aos objetivos existenciais e a morte de si próprio num processo que pode implicar a tentativa de reparação de situações ou sentimentos. O significado do ato do suicídio pode, inclusive, implicar acontecimentos novos para um estágio de ajustamento vivido pela pessoa. É um projeto de vida onde a morte é o objetivo final. (ANGERAMI-CAMON et al., 1999, p. 52)

O suicídio é algo complexo e amplo mediante as suas intenções, assim como as suas consequências. Ele demonstra a fragilidade que o sujeito se encontra, da mesma forma que reflete o quando a sua vida está insuportável ao ponto de o mesmo abdicar de tudo e de todas as possibilidades que o futuro poderá vir a proporcionar, em prol do término do seu sofrimento propriamente dito. Este movimento tem características internas, pautados nos sentimentos, na emoção, assim como da capacidade de se fazer resiliência, da mesma forma que é inegável a

influencia ocasionada pelos fatores externos, ou seja, meio ambiente que o sujeito está exposto, “sofrendo” as consequências, assim como, está exercendo influencia diante dessas possibilidades. Assim, o suicídio é a morte intencional, ou seja, provocada pelo próprio sujeito.

## **2.1 O Desencadear do Suicídio**

De acordo com Schmitt et al. (2008), o suicídio é uma ocorrência que se situa no contexto sociocultural que não deve ser ignorado. Sendo que, a presença de fatores psiquiátricos é um dos pontos mais significativos para o risco de ocorrência.

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. (CASSORLA; 1998, p. 20)

Para Cassorla (1998), não existe uma causa específica para o suicídio, tratando-se assim, de um evento que ocorre com uma série de fatores, que vão acumulando na vida do sujeito. Devendo ser levado em conta, desde fatores constitucionais, até fatores ambientais, culturais, biológicos, psicológicos, entre outros. Já o que se chama de “causa”, é geralmente o elo final de toda uma constituição. O suicídio de forma geral, é uma manifestação, que o sujeito tenta fugir de uma situação de sofrimento, que é insuportável; sendo este sofrimento algo indescritível ao vocabulário, apesar de falas como medo da loucura, do aniquilamento, da desintegração, juntamente com a manifestação de uma angustia imensa, desesperança, e ou uma grande tristeza, em que nada na vida vale a pena no seu contexto.

Para Silva (2009), algumas pessoas apresentam dificuldade cognitiva para elaborar certas emoções, assim, sofrem por conta da confusão mental, e quando esta se instala, o indivíduo tenta fugir desse estado, muitas vezes através do suicídio. Observa-se na sociedade contemporânea uma grande incidência de sujeitos que buscam resolver seus problemas tirando a sua própria vida, isso ocorre devido ao ritmo de vida acelerado, a busca pela sobrevivência e o acúmulo de

problemas que se dá no dia-a-dia. Por conta deste ritmo imposto aos sujeitos, que tendem a tornar-se mais frustrados e deprimidos, gerando algumas doenças psicológicas, como a depressão, que servirá como um pontapé inicial. Mas, os motivos da ocorrência do suicídio são variados, constata-se que em todos casos existe uma grande confusão mental, pois esses sujeitos não conseguem elaborar cognitivamente a resolução para os seus problema.

O suicídio é algo que se dá através de uma construção, ou seja, a partir de uma soma de fatores. Um fato pode ser considerado como a gota da água de uma ocorrência ou tentativa; mas se deve ter em vista, uma gama de fatores, que exercem influência a tomada desta decisão, como a resiliência aos atos da vida, a falta de expectativas de momentos melhores, problemas psíquicos, entre outros. Vale destacar, que o suicídio esta presente como um ato de desespero, a qual o sujeito esta vivendo um sofrimento profundo, não encontrando novas perspectivas para dar continuidade a sua existência; criando muitas vezes a fantasia de algo novo e melhor, longe do sofrimento existente. “O individuo, na verdade, não quer morrer – quer e precisa parar de sofrer.” (CASSORLA, 1986, p.48). Dando assim, a entender que quem morreria na verdade não seria o sujeito, mais sim o seu sofrimento, a sua dor incessante. Desta forma, este ato pode ser considerado como um pedido de ajuda, propriamente manifestado, colocando que o seu sofrimento é tão insuportável que a melhor coisa que tem a fazer é tirar a própria vida. Observando o comportamento suicida poderá se notar o quanto estes demostram alguns traços durante o seu cotidiano, abrindo espaço para a prevenção e o tratamento.

## **2.2 Comportamentos e o Suicídio**

O comportamento suicida está pautado como qualquer outro tipo de comportamento humano, isso é nas: ações, omissões e nos movimentos que este faz, ou seja, exerce durante o seu dia-a-dia, qual o seu posicionamento frente as coisas da vida. No que compreende este comportamento para o Ministério da Saúde (2006), as pessoas que pensam em suicídio, em geral, falam sobre isso. Mas, para Cassorla (1986) o que o sujeito se permite transparecer é muito pouco, tendo em vista, os seus conflitos internos existentes.

Assim, fala aparece muitas vezes de forma despercebida, por negação das pessoas em acreditarem no que pode vir a acontecer, ou simplesmente por

negação do problema em si. O conflito interno que ocorre com o sujeito, refletido na sua fala ou em qualquer outro tipo de manifestação, deve ser considerado como material a ser investigado, sendo que, muitos comportamentos aparecem de forma mascarada, apresentando a mesma finalidade. De acordo Schmitt et al. (2008), existe casos que os sujeitos apresentam comportamentos suicidas mascarados, entre estes casos podemos citar: exposições deliberadas a riscos, como dirigir embriagado, praticas sexuais não-seguras, entre outros comportamentos. Para Branco Filho e Carvalho (s/d), o sujeito que se expõe mediante situações que de certa forma poderá possibilitar um acontecimento previsto, colocando-se no caminho da morte, também pode estar procurando ocasionar a sua morte, ou seja, procurando acabar com a sua própria vida, isso de forma sutil.

Segundo Cassorla (1986), o suicídio é a morte de si mesmo, indiferentemente da forma que isso leva a resultar, podendo ser assim, através de uma ação consciente e direta, que o leve a morte, ou de forma indireta, mas que contribui para a sua ocorrência. Deve-se destacar que o sujeito é um ser repleto de fatores constitucionais, hereditários, biológicos, culturais e sociais que exercem influencia de alguma forma, podendo este ser, de maior, ou de menor grau de influencia na rede conflitual do sujeito.

Os indivíduos suicidas sofrem freqüentemente com maiores problemas ambientais do que os seus colegas não suicidas, incluindo histórias de abuso, problemas familiares, questões culturais, dificuldades de relação interpessoal, e exposição a stress extremo ou crônico. Em conjunto com o humor depressivo, esta carga ambiental aumenta a probabilidade de suicídio. Na verdade, o sentimento de desesperança decorrente de circunstâncias difíceis da vida constitui um indicador ainda mais potente do risco de suicídio do que a depressão por si mesma. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2006, p. 6)

Observa-se o quanto os fatores psicológicos e comportamentais estão presentes na perspectiva do suicídio, assim como, os fatores ambientais também fazem relação com este sujeito. Para Organização Mundial de Saúde, (2006), os comportamentos suicidas são mais comuns em certas circunstâncias, por causa dos fatores culturais, genéticos, psicossociais e ambientais. Entretanto, de acordo com Schmitt et al. (2008), não pode-se afirmar que existe relação casual entre estressores e o suicídio; pois muitas vezes a ocorrência desses eventos psicossociais críticos são secundários à deterioração de algum transtorno

psiquiátrico de base, como o uso de substâncias. Assim, é importante investigar o significado da ideação suicida para o sujeito.

Para Schmitt et al. (2008) o comportamento suicida apresenta inúmeras atitudes com relação a conduta, que são distintos entre si, como:

- Suicídio: morte autoprovocada, com evidências de que o sujeito tinha intenção de morrer;
- Tentativa de suicídio: comportamento autolesivo com consequências não fatais, acompanhado de evidências de que o sujeito buscava morrer;
- Tentativa de suicídio abortada: comportamento potencialmente autolesivo, com evidências de que o sujeito tinha intenção de morrer, mas interrompeu a tentativa antes da ocorrência de danos físicos ocasionados por esta;
- Ideação suicida: pensamento sobre ser o agente da própria morte; a intenção pode variar de gravidade, dependendo do plano e do grau de intenção do sujeito em relação ao suicídio;
- Intenção suicida: desejo com expectativa subjetiva de que um ato autodestrutivo resulte em sua morte;
- Letalidade do comportamento suicida: ameaça objetiva à vida, sendo esta associada à ação ou ao método de suicídio;
- Danos autoprovocados deliberados: realizados de forma proposital, através de atos dolorosos, destrutivos ou lesivos a si mesmo, sem intenção de morte.

Para Cassorla (1991), no que compete a crianças, isso, excluindo casos diagnosticados como psicoses maníaco-depressivas, são descritas: sentindo-se como sendo uma carga para os pais, rejeitadas, desprezadas e por isso, más e desvalorizadas, sendo que, grande número de casos as famílias são desorganizadas e quando são preservadas são emocionalmente frias. Em muitos desses casos o suicídio ocorre, através de um ato banal, que pode ser considerado a gota da água; entre estas situações pode estar presentes: o mau rendimento escolar, ou por um ato considerado como anti-social, por uma ameaça de castigo real ou imaginária, entre outros. Vale destacar, que o mau rendimento, assim como o ato anti-social pode ser consequência de um estado depressivo que a criança se encontra; sendo que, estes comportamentos podem também ser encontrados em adolescentes.

O comportamento de um sujeito suicida se difere muito, de pessoa pra pessoa. Os fatores vão somar as suas características pessoais, ocasionando influencia nas suas decisões, nas suas escolhas, assim como na sua constituição como sujeito que é. Os fatores pessoas exercem influencia de forma inegável ao sujeito, mas nunca se deixa de lado, os fatores sociais e ambientais, que convivem com este sujeito e que influenciam constantemente nas suas ações, ou seja, nas suas condutas. Para melhor identificação desses sujeitos, mais pré-dispostos a cometer suicídio, pode-se pautar nos sinais que os sujeitos apresentam.

### **2.2.1 Sinais**

Segundo o Ministério da Saúde (2006), existem alguns sinais que pode auxiliar na identificação deste sujeito, através da história de vida e do seu comportamento. Esses sinais indicam que determinada pessoa tem risco para o comportamento suicida; Devendo-se ficar mais atento aos sujeitos que apresentarem estas características:

1. Comportamento retraído, inabilidade para se relacionar com a família e amigos, pouca rede social;
2. Doença psiquiátrica;
3. Alcoolismo;
4. Ansiedade ou pânico;
5. Mudança na personalidade, irritabilidade, pessimismo, depressão ou apatia;
6. Mudança no hábito alimentar e de sono;
7. Tentativa de suicídio anterior;
8. Odiar-se, sentimento de culpa, de se sentir sem valor ou com vergonha;
9. Uma perda recente importante – morte, divórcio, separação, etc;
10. História familiar de suicídio;
11. Desejo súbito de concluir os afazeres pessoais, organizar documentos, escrever um testamento, etc.;
12. Sentimentos de solidão, impotência, desesperança;
13. Cartas de despedida;
14. Doença física crônica, limitante ou dolorosa;
15. Menção repetida de morte ou suicídio.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2000 a), quando se trata de criança e de adolescente, pode-se destacar ainda, outros sinais relacionados ao suicídio, muitos destes sendo manifestados na escola; entre eles estão:

1. falta de interesse nas atividades habituais;

2. declínio geral nas notas;
3. diminuição no esforço/interesse;
4. má conduta na sala de aula;
5. faltas não explicadas e/ou repetidas, ficar “matando aula”;
6. consumo excessivo de cigarros (tabaco) ou de bebida alcoólica,
7. ou abuso de drogas (incluindo maconha);
8. incidentes envolvendo a polícia e o estudante violento.

Para esta mesmo autor, estes sinais ajudam a identificar o sujeito que esta apresentando risco de suicídio e que esta em sofrimento mental e social. Vale destacar, que qualquer mudança súbita ou dramática, tanto na criança quanto no adolescente, que afete o desempenho, a capacidade de prestar atenção ou o comportamento deve ser levado seriamente em conta.

É interessante ressaltar que esses sinais surgem no comportamento do indivíduo suicida em diferente proporção, ou seja, alguns podem verbalizar sua intenção suicida, outros podem sinalizar de maneira muito branda, fazendo com que seus sinais passem despercebidos. (SILVA; 2009; p. 7).

Os sinais variam de sujeito para sujeito, apresentando-se de forma distinta de um caso para o outro. Em alguns casos da pra se verificar com clareza, que o sujeito está exposto, ou seja, sujeito a uma tentativa de suicídio. Já em outros casos isso aparece de forma sutil, dificultando a identificação de risco. Os indicativos facilitam o processo de identificação dos casos, possibilitando a tomada de decisão frente a perspectiva do suicídio, podendo assim, ter a possibilidade de se trabalhar com a prevenção da consumação deste ato; abrindo maior possibilidade ao tratamento adequado destes sujeitos que se encontram em sofrimento.

De acordo com Barrero (s/d) no que corresponde a ocorrência de suicídio em criança:

Contrario ao que se pensa, a existência de um motivo não desencadeia habitualmente um ato suicida de imediato, por impulso, senão que a criança começa a dar uma série de sinais em sua conduta que de maneira geral se traduzem em mudanças de todo tipo. Assim teremos que velar seu comportamento na casa ou na escola (agressivos ou passivos), variação de hábitos alimentares (perda ou aumento do apetite), nos hábitos de sono (insônia, pesadelos, enurese, excesso de sono), de caráter e de ânimo, dificuldades no aproveitamento escolar, nas brincadeiras (desinteresse, na participação com os amigos habituais), repartir posses valiosas, preocupação pela morte e temas afins, fazer bilhetes de despedida, etc (BARRERO s/d, p. 6).

Cada fase do desenvolvimento humano tem as suas particularidades, assim como cada sujeito vivenciará cada situação da vida de uma forma toda particular, ou seja, a sua, tendo maior ou menor resiliência, perante as coisas vivenciadas. Os sintomas aqui destacados tem como propósito facilitar a identificação dos casos, antes que estes cheguem a sua consumação. Estes podem ser utilizados na sua maioria dos casos, mas sempre se deve parar para analisar que fase que o sujeito esta situado, para que este fique o mais adequado possível para cada caso, tendo em vista, as diferenças das faixas etárias e do desenvolvimento humano em si como um todo. Os fatores de risco de suicídio possibilitam ampliar ainda mais o olhar frente ao suicídio, abrindo caminho para a prevenção da ocorrência do suicídio.

### **2.3 Fatores de Risco**

Segundo Schmitt et al. (2008), fator de risco é um conceito estatístico, sendo definido como a associação entre as características e atributos de um individuo, grupo ou ambiente, referente a probabilidade de ocorrência da condição. O conhecimento desses fatores permitirá que seja feita a avaliação, quantificando assim, com relativa segurança o risco de ocorrência de suicídio, decidindo desta forma, qual a melhor intervenção, bem como estabelecer um prognóstico confiável do caso.

Para o Ministério da Saúde (2006) alguns dos fatores para a ocorrência de risco do suicídio são: transtornos mentais, sociodemográficos, psicológicos e condições clínicas incapacitantes. Mas, os principais fatores de riscos para o suicídio são: história de tentativa de suicídio e transtorno mental.

No Manual para Atendimento às Vítimas de Violência (2008) destacam-se entre os fatores de risco de ocorrência de suicídio: história de tentativa anterior, transtornos mentais, principalmente a depressão, alcoolismo e os transtornos mentais severos, aspectos sociodemográficos – desemprego, migração, fatores ambientais – estressores, acesso aos meios letais, exposição de casos na mídia, fatores psicológicos – baixa resistência a frustrações, perdas recentes, solidão, impulsividade, agressividade, apatia, ambivalência, condições clínicas incapacitantes – dor e doença crônicas, epilepsia, AIDS. Deve-se ressaltar que a vivência de situação de violência, também pode ser um fator de risco. “Estudos em diferentes

regiões do mundo têm demonstrado que, na quase totalidade dos suicídios, dos indivíduos estavam padecendo de um transtorno mental.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 19).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2000 a), o que compete ao suicídio de crianças e de adolescentes, deve-se destacar que a incidência é mais comum em determinadas famílias do que em outras, por conta dos fatores ambientais genéticos.

Antes de tudo há que considerar que estes traços são individuais, pois o que para alguns é um elemento de risco, para outros não representa problema algum. Além das individualidades há fatores geracionais, já que os fatores na infância podem não sê-lo na adultez ou na velhice. Por outra parte, são genéricos, pois os da mulher não são similares aos dos homens. Existem os que são comuns a qualquer idade e sexo, os quais, sem dúvida, são os mais importantes. (BARRERO, s/d , p. 4 )

Existem diversos fatores que podem levar até a ocorrência do suicídio. Estes fatores podem servir como indicadores tanto para profissionais direcionados a saúde, assim como para qualquer pessoa que encontre alguém que esteja apresentando um quadro semelhante ao destacado detalhadamente a seguir.

### **2.3.1 Fatores e Aspectos Psicológicos**

Segundo o Ministério da Saúde (2006), entre os fatores de risco da ocorrência de suicídio esta os fatores psicológicos, sendo que entre eles estão: as perdas recentes, as perdas de figuras parentais na infância, dinâmica familiar conturbada, datas importantes que trazem grande significado ao sujeito, reações de aniversários, personalidade com traços significativos de impulsividade, agressividade, humor lábil.

Cassorla reafirma na sua obra: o que é suicídio (1986), o quando fatores como o de datas comemorativas podem influenciar, tanto de forma direta, como de indireta; da mesma forma que as perdas recentes também podem exercer bastante influência, além da dinâmica familiar conturbada, entre outros fatores.

Para a Organização Mundial da Saúde (2000 a), no que corresponde em especial a crianças e adolescentes, alguns traços de personalidade também pode ocasionar risco de suicídio. Estes traços são:

1. humor instável;
2. raiva e comportamento agressivo;
3. comportamento anti-social;
4. comportamento manipulativo
5. alta impulsividade;
6. irritabilidade;
7. pensamento e padrões rígidos de enfrentamento de problemas
8. pouca habilidade para resolver problemas;
9. dificuldade em aceitar a realidade;
10. tendência a viver num mundo ilusório;
11. fantasias de grandeza alternando com sentimentos de menos valia;
12. baixa tolerância a frustrações ;
13. ansiedade, particularmente com sinais de sofrimento físico ou frustração leves;
14. perfeccionismo;
15. sentimentos de inferioridade e incerteza que podem estar mascarados por manifestações exageradas de superioridade,
16. comportamento provocativo
17. ou de rejeição a colegas e adultos, incluindo pais;
18. incertezas em relação à identidade ou orientação sexual;
19. relacionamentos ambivalentes com pais, outros adultos e amigos.

O fator psicológico exerce grande influencia, tanto pro lado bom, como para o mais dificultoso, o mais sofrido. Quando este se fixa em fatores positivos aos sujeitos, este pode ser utilizado como fatores de proteção ao sujeito; partindo desta premissa o sujeito consegue ter, por exemplo: uma boa resiliência frente aos fatos da vida. O seu enfrentamento como sujeito será outro; muitas vezes o potencial problema pode ser visto como algo que ajude a impulsiona-lo, não a deixa-lo para trás ou abatido diante de uma situação. O fator psicológico desta forma pode ser visto, como um fator de proteção e não o oposto, ou seja, fator de risco. Já o fator de risco fica pautado na dificuldade que o sujeito apresenta, sendo que esta dificuldade se torna tão grande, ou seja, o sofrimento é tão intenso que o único caminho que o sujeito consegue encontrar é o de tirar a própria vida.

Segundo Ministério da Saúde (2006) existe três características próprias da maioria das pessoas que se encontram sob risco de suicídio; estas três características são: ambivalência, impulsividade e rigidez, ou seja, constrição. Para a Organização Mundial da Saúde (2000 d), na ambivalência existe uma grande batalha entre o desejo de viver e o desejo de morrer. Já, para o Ministério da Saúde (2006), a ambivalência é uma atitude interna, sendo uma característica comum dos sujeitos que pensam ou que tentam o suicídio.

Muitas pessoas em risco de suicídio estão com problemas em suas vidas e ficam nesta luta interna entre os desejos de viver e de acabar com a dor psíquica. Se for dado apoio emocional e o desejo de viver aumentar, o risco de suicídio diminuirá. (MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2006; p. 51)

Quando o sujeito apresenta a característica de ambivalência, este vive num conflito de vontades, de desejos; pois, no mesmo momento que esta desejando uma coisa, está também desejando outra, que muitas vezes é exatamente o oposto da outra desejada.

O que corresponde a impulsividade no suicídio, a Organização Mundial da Saúde (2000 d), destaca que é um fenômeno momentâneo, sendo um impulso de natureza transitória. Segundo o Ministério da Saúde (2006), o suicídio pode ser um ato impulsivo e como qualquer impulso pode ser transitório e durar alguns minutos ou horas, podendo ser desencadeado por eventos negativos do dia-a-dia. KAPLAN, Harold I et al (1997), destaca, que a impulsividade é uma disposição que o sujeito tem para agir de modo a diminuir um acúmulo de tensão causada pela evolução de pulsões instintivas ou pela redução das defesas do ego contra elas.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2000 d), as pessoas que apresentam a característica de rigidez, ou seja, constrição; tem pensamentos, afeto e as ações restritas, seu raciocínio é dicotomizado, ou seja, dividido.

[...] o estado cognitivo de quem apresenta comportamento suicida é, geralmente, de constrição. A consciência da pessoa passa a funcionar de forma dicotômica: tudo ou nada. Os pensamentos, os sentimentos e as ações estão constrictos, quer dizer, constantemente pensam sobre suicídio como única solução e não são capazes de perceber outras maneiras de sair do problema. Pensam de forma rígida e drástica: “O único caminho é a morte”; “Não há mais nada o que fazer”; “A única coisa que poderia fazer era me matar”. Análoga a esta condição é a “visão em túnel”, que representa o estreitamento das opções disponíveis de muitos indivíduos em vias de se matar. (MINISTÉRIO DA SAÚDE; 2006; p.52).

Os sujeitos que apresentam esta característica, que no caso é a rigidez, tem dificuldade pra conseguir notar outras alternativas para a sua vida, fica centrado nos mesmos pensamentos constantemente. A função cognitiva fica limitada a somente duas opções, como por exemplo, o tudo ou nada; deixando as outras opções como o meio termo de ambas, extinto, ou inexistente. Já o que compete a soma das três características citadas, que no caso são: ambivalência, impulsividade

e rigidez; quando estas são identificadas poderá abrir o caminho, possibilitando assim, desenvolver o acompanhamento e tratamento deste antes da sua ocorrência.

### 2.3.2 Fatores Psicopatológicos

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2000 c), a maioria das pessoas que cometeram suicídio tem um transtorno mental diagnosticado, sendo mais frequente, estas ocorrências, em pacientes psiquiátricos. Schmitt et al. (2008), destaca, que pesquisas apontam, que mais de 90% dos sujeitos que comentem suicídio satisfazem critérios para um ou mais transtornos psiquiátricos. Conforme este, os principais transtornos associados ao risco de suicídio são:

1. Transtorno depressivo maior e transtorno bipolar, especialmente na fase de depressão ou mista;
2. Esquizofrenia, principalmente, no transtorno esquizoafetivo;
3. Transtorno de ansiedade, em especialmente com comorbidade com o transtorno de humor;
4. Transtorno por uso de substâncias, principalmente quando estes são associados a estressores psicossociais;
5. Transtornos da personalidade, em especial o *Borderline* e o anti-social.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2000 a), o comportamento suicida quando se trata de crianças e adolescentes é mais frequente em casos de: Transtorno Depressivos, Transtorno de Ansiedade, Abuso de Álcool e Drogas, Transtornos Alimentares e nos Transtornos Psicóticos. Esta mesma destaca que apesar de poucas crianças e adolescentes apresentarem uma forma severa de transtorno psiquiátrico, o risco de suicídio é muito alto.

No que corresponde às psicopatologias e o risco de suicídio, pode-se verificar de forma clara, o quanto o grupo de psicopatologia exerce “força”, ou seja, influencia, para a tomada de decisão nesses casos. Sendo que, a maioria dos casos de suicídio apresenta algum tipo de transtorno. Isso traz a reflexão que apesar das variantes do percurso e do desenvolvimento humano como um todo, o fator psicopatológico exerce grande influencia, no cotidiano desses grupos de sujeitos, assim como das ações e reações exercidas por eles. Outro fator de relevante

importância é o psicossocial, sendo que este está constantemente inseridos na vida de todos os sujeitos, sendo estes ou não suicidas.

### 2.3.3 Fatores Psicossociais

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2000 c), a maioria dos sujeitos que cometeram suicídio passaram por algum tipo de fator estressor, isso pelo menos nos últimos três meses anterior ao suicídio. Vale destacar, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (2006), que estes sujeitos sofrem frequentemente com maiores problemas ambientais, do que a maioria dos sujeitos que não são suicidas, incluindo historias de abuso, problemas familiares, culturais, dificuldades de relacionamento interpessoal, assim como exposição a estresse extremo e crônico. Assim, estes sujeitos tem sentimento de desesperança decorrente de situações difíceis da vida, constituindo um indicador potente de risco de suicídio.

Para a Organização Mundial da Saúde (2000 c), entre os fatores estressores estão:

- Problemas interpessoais: ex. discussões com esposas, família, amigos, namorados;
- Rejeição – ex.: separação da família e amigos;
- Eventos de perda – ex.: perda financeira, luto;
- Problemas financeiros e no trabalho – ex.: perda do emprego, aposentadoria, dificuldades financeiras;
- Mudanças na sociedade – ex.: rápidas mudanças políticas e econômicas;
- Vários outros estressores como vergonha e ameaça de serem considerados culpados.

Mas, no Manual para Professores e Educadores, elaborado pela Organização Mundial da Saúde (2000 a), está destacado, que no que compete a estudantes, ou seja, crianças e adolescentes os fatores estressores ficam pautados nos seguintes pontos:

- sensações que podem ser vividas como prejudiciais (sem necessariamente serem quando avaliadas objetivamente): crianças e adolescentes vulneráveis podem perceber situações triviais como sendo profundamente danosas e reagem com comportamento ansioso e caótico, enquanto

juvêns suicidas percebem tais situações como ameaças diretas contra sua autoimagem e sofrem como se houvesse uma ferida na dignidade pessoal.

- problemas familiares;
- separaçãõ de amigos, namorado(a), colegas de classe, etc.;
- morte de pessoa amada e/ou significativa;
- tãrmino de relacionamento amoroso;
- conflitos ou perdas interpessoais;
- problemas legais ou disciplinares;
- opressãõ pelo seu grupo de identificaçãõ ou comportamento auto-destrutivo
- para aceitaçãõ no grupo;
- opressãõ e vitimizaçãõ;
- decepçãõ com resultados escolares e falãncia nos estudos;
- demandas altas na escola durante época de provas;
- desemprego e dificuldades financeiras;
- gravidez indesejada, aborto;
- infecçãõ por HIV ou outra doençã sexualmente transmissível;
- doençã física grave;
- desastres naturais.

De forma mais específica, nos casos de criançãs Barrero (s/d) destaca que entre os motivos mais frequentes da ocorrãncia de suicídio na infãncia sãõ :

- Presenciar acontecimentos dolorosos (divórcio, separaçãõ, morte de um ser querido).
- Problemas com as relações paterno-filiais.
- Problemas escolares.
- Chamadas de atençãõ de pais ou professores com carãter humilhante.
- Busca de afeto e atençãõ.
- Agredir a outros.
- Desejo de reunir-se com um ser querido falecido.

Segundo Cassorla (1986) o suicídio nãõ deve ser compreendido a partir de explicações vindas de ações isoladas, pois ninguãm se suicida por um único fato, como a perda do emprego. Os fatos contribuem somente como o elo final, de uma longa rede de fenômenos, tendo uma importãncia limitada.

Os mais diversos acontecimentos da vida e até os mais contraditórios podem servir igualmente de pretexto ao suicídio. Portanto, nenhum deles é a causa específica. [...] Nãõ há decepçãõ na vida, por mais insignificante que seja, da qual se possa dizer de antemãõ que nãõ tenha qualquer possibilidade de tornar a existãncia insuportável; também nãõ há nenhuma que tenha necessariamente esse efeito. Há homens que resistem a infelicidades terríveis, ao passo que outros se suicidam após leves aborrecimentos. (DURKHEIM; 2000; p. 382)

O que difere em varias situações é a capacidade que o sujeito tem de conseguir fazer a resiliência. A resiliência seria a forma que cada coisa é vista e “enfrentada” pelos sujeitos, que a vivem e como conseguem lidar com cada situação estressora. É certo que os fatores sociais, isso, os fatores externos ao sujeito exercem influencia na sua tomada de decisão, só que antes destes fatores surgirem, já se tem um sujeito repleto de vivências, contendo vários reflexos de muitas situações vivenciadas, sendo este um ser psicossocial, somando a ação e o significado que o sujeito dá a está. Mas, devemos ter ciência que um dos fatores estressores já destacados, pode exercer a gota da água, que estava faltando para o copo derramar, que neste caso, seria o ato de cometer ou tentar se suicidar. O fator sociodemografico também vem a somar, quando o assunto é suicídio, tendo uma importante relação com este.

#### **2.3.4 Fatores Sociodemográficos**

O suicídio é um ato individual, mas que ocorre dentro de um contexto de uma determinada sociedade, sendo também envolvidos pelos fatores sociodeograficos, que estão associados a este meio, assim como a seu contexto. Segundo o Ministério da Saúde (2006), entre os fatores sociodemográficos que se destacam no suicídio, tendo em vista a sua maior frequência, destacam-se: o sexo masculino, as faixas etárias entre 15 e 35 anos e acima de 75 anos, os estratos econômicos que vão ao extremo, residentes em áreas urbanas, os desempregados - principalmente se perderam recente o emprego, aposentados, o isolamento social, solteiros ou separados e os migrantes. Mas vale destacar, que de acordo com a Organização Mundial Da Saúde (2000 c), os homens comentem mais suicídio, enquanto que as mulheres tentam suicidar-se mais que os homens.

Os fatores sociodemograficos surgem como mais um fator de “predisposição” a ocorrência, que os sujeitos têm ou podem passar a ter, para a ocorrência do suicídio. O sujeito que comete suicídio ou que tenta se suicidar, também pode ter mais de um fator sociodemográfico; da mesma forma que um sujeito pode ter a soma de vários fatores destacados e pode passar sem desejar se matar, por conta do seu fator de proteção pessoal – resiliência. As condições medica gerais, ou seja, as doenças são outro fator de risco para a ocorrência do suicídio.

### 2.3.5 Condições Clínicas Adversas

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2000 c), alguns tipos de doenças físicas são comumente associadas ao aumento das taxas de suicídio. De acordo com Schmitt et al. (2008), as patologias mais frequentes são: doença incapacitante, dor crônica, pacientes renais em diálise, câncer, infecção pelo HIV/AIDS.

O risco de suicídio é aumentado em condições físicas crônicas. Além disso, existe em geral uma taxa aumentada de transtornos psiquiátricos, em especial depressão, em pessoas com doenças físicas. Cronicidade, limitações e prognóstico ruim correlacionam-se com suicídio. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; 2000 d; p. 8)

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2000 c), entre as doenças crônicas que tem mais associação com o risco de suicídio está: a diabetes, esclerose múltipla, condições crônicas renais, hepáticas ou gastrointestinais, doenças nos ossos ou articulações, com dor crônica, doenças cerebrovasculares ou neurovasculares, doenças sexuais, além daqueles que apresentam dificuldade em andar, ver e ouvir.

O fator de risco para o suicídio de Condições Clínica Adversas é exposto como um critério a se ficar atento, sendo, que é associado a aumento de taxas de suicídio. Este fator é muito complicado devido às condições gerais que os sujeitos se encontram, tendo em vista, que muitas desses sofrem constantemente com dores, com a soma de um prognóstico ruim referente a sua possível recuperação.

### 3 DESENVOLVIMENTO HUMANO

Ter a compreensão do ser humano tendo em vista o desenvolvimento é algo de extrema importância, para assim, ter a dimensão das diferenças de cada etapa da vida, da mesma forma que para compreendê-lo como um todo. Segundo Takiut (s/d), o ciclo biológico deste é considerado deste-o período embrionário – fetal, no nascimento, no crescimento, na reprodução, no envelhecimento, até a morte. “O desenvolvimento e o crescimento se dão pelos seguintes aspectos: desenvolvimento biológico, hereditário, adquirido (como doença), psicológico e socioambiental.” (TAKIUT, s/d, p. 13).

De acordo com Papalia et al. (2000), as mudanças ocorridas no desenvolvimento humano se dão de forma sistemática, sendo vista como: coerente e organizada, além de ser adaptativa no sentido de ter por objetivo lidar com as condições internas e externas da existência constante de mutação. As mudanças são claramente vistas com facilidade no período da infância, porém ocorrem durante toda a vida dos sujeitos; podendo tomar muitos caminhos, mas sempre existirá uma certa conexão entre as mudanças que são frequentemente imperceptíveis das quais esta é composta. Para Tavares et al. (2005) o desenvolvimento humano, basicamente é a evolução progressiva da estrutura do sujeito, da sua personalidade, durante o percurso do tempo, através de diferentes fases de diferenciação, ou seja, o caminhar do crescimento e ou da evolução humana. Mas vale destacar, que:

Embora se trate da mesma espécie, os seres humano diferem em seu patrimônio hereditário e nas influências do ambiente onde se desenvolvem, daí as diferenças individuais e a complexidade do comportamento humano. (CAMPOS, 1997, p. 53).

E estas influências ambientes podem refletir de diversas formas durante o percurso do desenvolvimento, um exemplo clássico em relação a importância do meio que a pessoa esta situada, pode ser destacado na identificação precoce de uma síndrome, ou no prolongamento desta identificação, que poderá ocasionar atraso no desenvolvimento, ainda maior, por este sujeito não receber os devidos encaminhamentos.

Os estímulos adequados e acompanhamento diário do ser que acaba de nascer farão com que qualquer problema detectado, nessa fase,

seja monitorado por profissionais capacitados, possibilitando plenas condições de tratamento e cura. (TAKIUT, s/d, p. 13)

O estudo do desenvolvimento humano possibilita a compreensão de cada etapa da vida humana, não descartando é clara a questão da individualidade ou meio que o sujeito está inserido. O estudo deste, mostra de um ponto de vista dinâmico todo um percurso de mudanças que é inerente ao ser humano, sendo estas “previstas” em cada etapa da vida. Caso haja diferenciações cabe o fornecimento de um estudo, para verificar o que está acontecendo com este sujeito, abrindo varias possibilidades como, por exemplo: a genética e o ambiental. Pensando-se neste processo de mudança, criou-se uma tabela embasada nos seguintes autores Papalia et al. (2000), Pereira (2011) e Tavares et al. (2005), referentes as teorias expostas nesta mesma.

1 Tabela de Estágios do Desenvolvimento Humano com Abordagens Diferentes

<b>Estágios Psicossociais Freud</b>	<b>Estágios Psicossociais Erikson</b>	<b>Estágios Cognitivos Piaget</b>	<b>Estágios Psicomotor Wallon</b>
<b>Oral:</b> a partir do nascimento até aproximadamente 12 – 18 meses; Tendo como principal fonte de prazer as atividades ligadas à boca, como comer.	<b>Confiança básica ou Desconfiança básica:</b> vai do nascimento até aproximadamente 12 á 18 meses. Neste período o bebê desenvolve o sentimento bom e seguro ou não, em relação ao mundo. Virtude: Esperança.	<b>Sensório-motor –</b> vai do nascimento até dois anos. Gradualmente vai se tornando capaz d organizar atividades que fazem relação ao ambiente, aprendendo assim, mediante à atividades sensório e motora.	<b>Impulsividade motora:</b> que vai do nascimento a dois meses. Sendo um período de atividade puramente impulsiva e reflexológica, que seguira-se ao da vida intrauterina, sendo uma atividade pré-consciente ou impulsiva.
<b>Anal:</b> ocorre por volta dos 12- 18 meses, indo aproximadamente até os três anos. As crianças que estão neste período sentem prazer, obtendo gratificação sexual retendo ou expelindo as fezes.	<b>Autonomia ou vergonha e duvida:</b> por volta dos 12 – 18 até três anos. Neste período a criança desenvolveria o equilíbrio entre a independência e a dúvida e vergonha. Virtude: Vontade.	<b>Pré-operacional –</b> dos dois anos a sete anos. A criança nesta fase desenvolve um sistema de representação e usa símbolos, tais como palavras para representar pessoas, lugares e eventos.	<b>Emocional:</b> inicia-se por volta de dois a três meses. Este estágio atinge o seu ponto mais alto entre seis e os oito meses. É caracterizado pela preponderância de expressões de comportamentos afetivos, com a criança e o seu cuidador (mãe).
<b>Fálico:</b> em torno dos	<b>Iniciativa ou culpa:</b> dos	<b>Operações</b>	<b>Sensório-motor e</b>

<p>três anos, até seis anos. A criança neste período apega-se ao seu genitor do sexo oposto ao seu, identificando-se com o seu genitor do mesmo sexo, tendo como zona de gratificação a região genital.</p>	<p>três anos aos seis. Neste a criança experimenta coisas novas e não é subjugada pelo fracasso, desenvolvendo iniciativa. Virtude: Propósito.</p>	<p><b>concretas</b> – vai dos sete aos doze anos. A criança poderá resolver problemas de maneira lógica se estes tiverem voltados ao aqui e agora.</p>	<p><b>projetivo:</b> vai de um a três anos. É caracterizado por duas fases de um mesmo estágio. O sensório na primeira: a atividade se incide sobre si mesmo; e na segunda: incidência de atividade se dá mais sobre o objeto, ou seja, as coisas, as pessoas, os acontecimentos e as suas interações.</p>
<p><b>Latência:</b> corresponde por volta dos seis anos à puberdade, que seria o período da segunda infância, sendo este relativamente calmo. A criança se identifica com o genitor do mesmo sexo.</p>	<p><b>Produtividade ou inferioridade:</b> de seis anos à puberdade. Neste a criança deverá aprender as habilidades da cultura ou deverá enfrentar sentimentos de inferioridade. Virtude: Habilidade.</p>	<p><b>Operações formais</b> – dos doze anos até a vida adulta. O sujeito pode pensar de forma abstrata, lidar com situações hipotéticas, assim como pensar em possibilidades.</p>	<p><b>Personalismo:</b> dos três aos seis anos. Neste a criança deseja tudo pra si, colocando-se no centro do mundo; para atingir o objetivo: na primeira fase faz oposição a tudo que a contraria a realização do seu desejo. Na segunda fase: dá-se conta de que assim não dá, muda a sua estratégia, servindo-se da simpatia, através de beijos, festinhas, por conta das promessas em poder ser o centro do mundo.</p>
<p><b>Genital:</b> seria a época do desenvolvimento sexual, sendo da puberdade à idade adulta.</p>	<p><b>Identidade versus confusão de identidade:</b> seria da puberdade ao início da fase adulta. Nesta o adolescente deve determinar o seu próprio senso de identidade ou vir a experimentar confusão sobre papéis. Virtude: Fidelidade.</p>		<p><b>Categorial:</b> dos seis aos onze anos. É caracterizado pela entrada da autodisciplina mental e pelo aparecimento do pensamento categorial (comparações, distinções, assimilações sistemáticas e coerentes, entre outros.) Também é</p>

			afinado os mecanismos de representação e uma melhor compreensão do real.
	<p><b>Geratividade ou estagnação:</b> seria na idade adulta. O sujeito agora adulto preocupa-se em estabelecer e orientar a geração seguinte, quando contrario sente-se empobrecido pessoalmente. Virtude: Cuidado.</p>		<p><b>Puberdade e da adolescência:</b> de onde aos quinze ou dezesseis anos. Se caracteriza pela crise de um sentimento de instabilidade motivada fundamentalmente por transformações somáticas e fisiológicas, assim como, pelo despertar de uma maior consciência de si e pela entrada da dimensão social de um modo mais determinante.</p>
	<p><b>Integridade ou desespero:</b> terceira idade. No caso o idoso aceita a própria vida, permitindo a aceitação da morte; ou o contrario disso, cai no desespero por incapacidade de reviver a vida. Virtude: Sabedoria.</p>		

Fonte: Tabela desenvolvida para ilustrar o estudo do desenvolvimento humano deste Tcc.

Esta tabela frisa a diferenciação das faixas etárias do desenvolvimento humano, através de diversas abordagens teóricas, mostrando um pouco da dimensão particularizada de cada fase do desenvolvimento humano. Vale frisar, que quanto se menciona prevenção principalmente na infância e na adolescência deve-se ter em mente que este sujeito esta passando por um grande processo de crescimento físico e psicológico, com toda uma gama de fatores internos e externos, que devem ser observados como um todo. Quando se parte da perspectiva do sujeito como um todo, sendo um ser com dimensões internas e externas, o planejamento e o desenvolvimento de técnicas tende a ser mais preciso e apropriado a situação vivenciada. A identificação da fase do desenvolvimento

possibilitará maior afinamento referente a compreensão de quem é este sujeito e como este poderá estar vendo as coisas ao seu redor. Afinal, dependendo da fase que o sujeito terá, na época da ocorrência se estrutura o atendimento e ou acompanhamento deste ser, por exemplo: se for criança é muito frequente o uso do lúdico, do material concreto. Tendo em vista esta compreensão de desenvolvimento humano, abriam-se caminhos para a passagem da infância e o seu significado.

### 3.1 A Infância

A infância é popularmente vista como uma fase encantada, cheia de coisas boas, esquecendo-se assim, dos problemas, das dificuldades, dos conflitos e dos problemas ambientais a que estas crianças estão expostas constantemente. Segundo Ghiraldelli Jr (2011), o conceito de infância está comumente confundido com um ideal pregado pelos contos de fadas, que se caracteriza principalmente na inocência deste ser. Vale destacar, que a noção de infância surge no período da modernidade, sendo algo recente. Já o que se compreende a respeito ao:

[...] conceito de criança não está relacionado com o conceito de infância, porque criança existe desde sempre, a partir do 1º ser humano mas a infância é uma construção social que passou a existir somente nos séculos XVII e XVIII. É considerada uma das grandes ideias da renascença. (COSTA, s/d, p.2).

Assim, pode-se verificar a diferença destes, abrindo espaço para o significado real da infância, sendo diferenciadas as terminologias da infância, com relação à da criança. Desta forma, todas as pessoas foram crianças, mas nem todos puderam aproveitar na íntegra esta fase, por conta de influências ambientais, entre outras, tipo o trabalho infantil, que “rouba a infância” tirando uma fase da vida da criança, por conta da exploração da mão de obra “barata”. Por um longo período da história não foi compreendido e nem visto a questão da infância, notando-se somente o “menor adulto”, ou seja, a criança. Conforme Costa (s/d), a forma de se ver a infância, ou seja, de se compreender, fez muita diferença com o passar do tempo.

De acordo com Kuller (s/d) as crianças do século XII eram vistas como seres incompletos e incapazes, sendo tratadas sem qualquer cuidado e atenção especial, vivendo e se desenvolvendo misturadas com os adultos, sem qualquer

distinção, como “mine-adultos”. Conforme Ghiraldelli Jr (s/d), o conceito de infância surge dando um novo olhar para a criança, mostrando a diferenciação e a especificidade deste período destacado; mostrando a compreensão que este é um período diferenciado ao do adulto, tendo assim, a necessidade de ser tratado de forma distinta. Este é um retrato da mudança da forma de ver o período da infância. Para Costa (s/d) o conceito de infância varia de lugar, ou seja, do contexto social, sofrendo influência da cultura que esta situada.

[...] compreender a infância como uma construção histórica e social, sendo portanto impróprio ou inadequado supor a existência de uma população infantil homogênea, pois o processo histórico nos faz perceber diferentes populações infantis com processos diferentes de socialização e com isto serão muitas as definições que poderemos encontrar para infância, que por consequência modifica nossa própria percepção e nosso olhar em torno da criança e da infância. Sendo assim cada época irá preferir seus discursos que revela seus ideais e expectativas em torno das crianças. (ZANONI, 2005, p. 6).

Fica muito complicado fazer uma definição generalista do que é a infância, sendo que esta irá variar bastante de cultura para cultura, assim como da época que esta definição for fornecida. No que compete a sua definição é vista conforme Coelho (2007) como uma construção social, que se associa estreitamente a crítica da ideia de criança universal, sendo considerada uma ideia “moderna e positiva”, correspondendo fundamentalmente a uma categoria criada pela linguagem, de acordo com critérios de racionalidade e em conformidade com a visão essencialmente normativa.

O conceito de infância é algo novo, que ainda esta sendo construído com o passar dos anos. O termo criança é diferente do conceito de infância, sendo que toda pessoa foi criança, mas nem sempre esta pode se apropriar da sua infância. Este é ainda visto popularmente e por muitos, conforme foi destacado inicialmente, como um período mágico, impedindo muitas vezes com que as pessoas consigam enxergar o tamanho do sofrimento sentido pela criança, por conta de uma fantasia. Em muitos casos é colocado ainda que a criança não entende, como que está ficasse isolada dos sentimentos e dos conflitos que permeiam a sua existência, sendo um ser alienado as situações e as tristezas da vida como um todo, sentindo somente o que é bom e o que é belo da vida. O ser criança é um ser que esta em desenvolvimento como um todo, mas que tem um papel a exercer, o papel de ser criança, que se fundamente em ter infância.

### 3.1.1 Criança

Todo sujeito foi um dia criança, pensando-se na faixa etária do seu desenvolvimento, mas como foi mencionando nem todos tiveram a oportunidade de ter infância. Segundo Papalia et al. (2000) a infância é caracterizada em três etapas, que seriam a Primeira Infância, a Segunda Infância e a Terceira Infância, cada uma delas caracterizada por faixas etárias, seguindo a proposta do desenvolvimento humano. Cada uma dessas se caracteriza por ações e brinquedos e brincadeiras específicos para cada fase, respeitando assim, o desenvolvimento como um todo e a pessoa da criança.

Vale ainda destacar, que o conceito de criança anda junto com o de infância, fazendo uma inter-relação um com o outro. Apesar das suas diferenças, não se tem como falar de criança sem se lembrar da infância.

No que se compreende como criança Veronese et al. (2006) destaca que conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente, é toda pessoa com idade até 12 anos incompletos, sendo aqueles seres humanos em peculiar condições de desenvolvimento. De acordo com Papalia et al. (2000), as fases do desenvolvimento infantil seguem a proposta da faixa etária da criança, sendo está até os 12 anos, isso até Terceira Infância, dando “termino” a infância, assim como ao período caracterizado pela criança, passando pra próxima etapa do desenvolvimento humano. De acordo com Damazio (1988) temos diversas concepções, ou seja, olhares referentes a criança, entre estes podemos citar:

[...] um ser inferior ou primitivo, dada uma visão evolutiva e redutora de humanidade; ou então um simples organismo passivo de ser adestrado e condicionado por mecanismos sociais; ou ainda um individuo que sequer vem a ser alguma coisa, levando em conta nossa realidade subdesenvolvida [...].(Damazio, 1988, p. 7).

O conceito de criança permeia o olhar da teoria que o embasa, ou seja, que deu fundamento a este. Desta forma é possível encontrar diversos e distintos conceitos referentes a este. O conceito que aqui deverá ficar destacado é que todo sujeito foi uma criança, correspondendo em seguida a lógica do Estatuto da Criança e do Adolescente, que correspondem até 12 anos, caminhando assim, posteriormente para a adolescência. Verificou-se esta compreensão para ter a devida apropriação da diferenciação das fases do desenvolvimento, pois

percebendo esta diferenciação ficará mais fácil identificar os casos de suicídio durante o período da infância, possibilitando assim compreensão, desmistificação desta fase e a prevenção do ocorrido ato, ou tentativa.

### **3.1.1.1 O Suicídio na Infância**

A infância é visto por grande parte da sociedade, como um período sem problemas e de fácil passagem, sendo que estes sujeitos crianças, para os adultos, “vivem” em um mundo mágico; esquecendo assim, muitas vezes que estes estão inseridos na sociedade e que exercem influência, dá mesma forma que recebem influência do meio ambiente. Desta forma se esquece das ocorrências vinculadas a problemas, dificuldade em si, mostrando somente um mundo perfeito criado pelos olhos dos adultos em relação ao percurso da infância, a qual não se apresenta dificuldades ou problemas e sim mundo perfeito.

A infância é considerada, em geral, como uma etapa feliz da vida, na qual a conduta suicida não pode estar presente. Isto nem sempre é assim, na infância acontecem atos suicidas, os quais não são considerados e computados como tal ou o fazem como acidentes em muitos países, e se considera que é um fenômeno que vai aumentando. (Barrero, s/d, p. 4)

Desta forma, facilita-se ainda mais a negação do problema aqui tratado, que é a ocorrência do suicídio, ou da tentativa deste. Segundo Seminotti (2011), o suicídio na infância, assim como na adolescência é um sério e crescente problema da sociedade, visto como de saúde pública.

Mesmo que a sociedade não disponha de espaço para tal discussão – carregada de tabus, medos, crenças religiosas e pessoais -, as crianças também fazem parte do contingente de tentadores de suicídio no país e no mundo. (SEMINOTTI, 2011, p. 1)

Conforme Caselato (2010), o suicídio infantil, apesar da sua ocorrência ser algo concreto, é um tema que é quase indiscutido, pois expõe toda uma concepção frente a compreensão da criança em relação ao mundo. Por conta disso, na maioria das vezes se atribui o ato suicida a um possível acidente doméstico, mesmo quando o depoimento da criança manifesta o desejo eminente de morrer, é considerado como um gesto de “coisa de criança e não um ato destrutivo em si”.

Está negação social acaba contribuindo ainda mais a favor do contexto do suicídio; pois quanto mais se nega um problema, mas este tem a possibilidade de crescer e se desenvolver. Para Seminotti (2011), o suicídio esta entre as dez principais causas de morte no mundo, sendo a quinta mais comum em crianças em idade escolar.

Por mais difícil que possa ser constatar ou imaginar a tentativa de suicídio na infância, ela é um dado da realidade e se reveste de muita importância. Trata-se de um fato que se localiza na ordem de um “fenômeno oculto”, pois, se a questão de tentativa de suicídio dos adultos é marcada pela busca de silenciar os fatos, pode-se inferir que, em casos infantis, essa situação se agrava. (COSTA, 2010, p. 54).

O suicídio ainda é visto como um grande tabu, sendo um assunto de difícil acesso, principalmente quando este é direcionado a infância, isso ocorre até mesmo pelos profissionais da saúde, que o vejam como algo muito “forte” de se tratar e de se discutir. Para Seminotti (2011), na maioria das vezes a tentativa de suicídio na infância é negada e acaba sendo mascarada. A equipe de saúde também acaba encobrindo o fato, por falta de informação, por negação da ocorrência, ou por medo das consequências de sua afirmação quanto a causa real da morte. Conforme Caselato (2010), os profissionais da saúde em muitas ocasiões não estão preparados para lidar com estes casos, sendo que este ato vai contra diretamente o objetivo da sua profissão, que no caso é preservação da vida; dificultando assim o suporte fornecido ao suicida e a sua família. De modo geral o ato suicida:

[...] na infância é um tema que demonstra grande relevância social, pois trata-se de um fenômeno que ocorre, mas é pouco abordado. Em consequência disso, há uma falta de informação sobre o assunto, uma dificuldade no diagnóstico dos casos e, conseqüentemente, do manejo desses casos pela equipe de saúde junto a família. (COSTA, 2010, p. 56).

No que compete a família, de acordo com Seminotti (2011), o suicídio é compreendido como uma tragédia familiar e pessoal, que causa sofrimento em todos os sujeitos envolvidos com esta pessoa que cometeu o ato ou a tentativa em si. Já o que compete ao cuidado médico, surge como uma estratégia para tentar evitar o desfecho trágico ocorra, assim como, para auxiliar a família a reduzir o sofrimento que abate a criança suicida.

Ainda conforme o mesmo, no que compete a infância, é uma etapa que pode ser difícil de ser ultrapassada; por conta de tensões e angustias emergentes do âmbito familiar, escolar e social, que sensibilizam a criança de maneira progressiva, fazendo com que esta assuma parte da responsabilidade dos conflitos existentes vivenciados.

Atitude pouco difundida entre a sociedade contemporânea é a de considerar que a criança é uma pessoa autêntica, assim como os adultos, encontrar a frustração e desesperança já no início de sua existência. Da mesma forma, são capazes de compreender as situações de estresse que cercam, e sofrer tão desesperadamente, que acabam cogitando tirar suas curtas vidas para não mais encarar os problemas. (SEMINOTTI, 2011, p. 2)

O ser criança está inserido na sociedade, sente o que está passado dentro desta, sofrendo as consequências diante deste meio. Existe uma grande fantasia de alienação as vivências infantis, menosprezando os sentimentos das crianças, em prol da negação do problema pelos adultos, que no caso, são vistos como responsáveis e conscientes pelos fatos da vida. Esta negação possibilita a ampliação do problema, assim como o aumento do sofrimento.

### **3.2 A Adolescência**

A adolescência é uma fase subsequente a da infância, que no caso se desenvolve até os 12 anos de idade incompletos. De acordo com Veronese (2006) a adolescência inicia-se posteriormente aos 12 anos serem completados, e segue até os 18 anos de idade, isso em conformidade com o que é estabelecido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente. Ferreira (2006) destaca que no mundo ocidental a faixa etária corresponderia mais ou menos entre os 12 anos até os 20 anos de idade; mostrando assim, as oscilações referentes a este período etário.

Nesta fase o sujeito não é mais caracterizado como criança, mas também não chega a ser um adulto, ocorrendo muitos conflitos internos, expressados muitas vezes no ambiente externo. "A adolescência é um momento de transição que pode ser difícil e custoso porque o adulto que virá ainda "não nasceu" e a criança que existia ainda "não morreu"." (FREGUGLIA et al; s/d, p. 2). Segundo Freguglia et al.

(s/d), a fase da adolescência é constituída por muitas mudanças, como: o processo de amadurecimento biológico, psicológico, sexual e social.

Para Ferreira et al. (2006), atualmente considera-se que a adolescência seja um período, que após momentos de maturação diversificados se constrói a sua identidade, os seus pontos de referencia, escolhendo o seu caminho profissional, assim como o seu projeto de vida. Conforme o UNICEF (2011), por diversas razões é difícil conseguir definir a adolescência, isso em termos precisos, sendo que cada sujeito vivencia este período de modo diferenciado, dependendo da sua maturação física, emocional e cognitiva, entre outros fatores que influenciam. Outro fator dificultador desta definição:

[...] é a ampla variação nas leis nacionais que estabelecem limites mínimos de idade para participação em atividades consideradas exclusivas de adultos, entre as quais votar, casar-se, servir às forças armadas, possuir propriedades e consumir álcool. Uma ideia relacionada é a da “maioridade civil”: a idade legal em que um indivíduo é reconhecido como adulto por um país, em que se espera que cumpra todas as responsabilidades que acompanham essa condição. (UNICEF, 2011, p. 8).

Estas diversas formas de ver o adolescente acaba promovendo um grau de confusão; pois cria-se diversas possibilidades através do olhar diversificado perante este sujeito, que fica exposto a sociedade constantemente. Cabendo ainda ressaltar, conforme Ferreira et al. (2006), que a adolescência é um período de vida que merece atenção, sendo composta por uma fase de transição entre a infância e a idade adulta, podendo resultar ou não em problemas futuros para o desenvolvimento de um determinado sujeito.

Por conta deste período de grandes transformações, sendo até mesmo conflituoso e dualista, muitas vezes os adolescentes apresentam dificuldade pra se encontrar, por não ser “mais criança” e ao mesmo tempo ainda não ser adulto. O seu corpo e os seus pensamentos estão em constante processo de evolução, ou seja, transformação, assim como a forma de enxergar as coisas ao seu redor. Podendo este, ser um período muito vulnerável, sendo que vivem no caminho de novas descobertas, de conquistas e reconquistas, até mesmo de quem são. Os impulsos aparecem bastante durante este percurso, já que tudo é vivido a “flor da pele”, proporcionando um risco maior para a ocorrência de suicídio ou de tentativas, durante esta fase da vida.

### 3.2.1 O Suicídio no Adolescente

O suicídio na adolescência apresenta-se de forma expressiva dentro deste período do desenvolvimento humano. O período da adolescência é constituído por muitas mudanças, físicas, psicológicas, entre outras, podendo ser considerada como um momento intenso de conflitos e de adequações pessoais.

A adolescência também é vista como um momento de separação, de ruptura e de intenso trabalho de luto, que estarão relacionados à renúncia da segurança da infância e de seu meio protetor, o distanciamento e a destituição da imagem heroica das figuras parentais. Este movimento poderá levar o jovem a buscar suas próprias respostas e a assumir a responsabilidade de seus atos, de seus interesses e de suas escolhas. Dessa forma, ele necessita mostrar para si mesmo e para os outros que pode ter idéias próprias, que pode pensar em sua vida e decidir os caminhos que irá tomar. (Abasse et al; 2009, p. 408)

Segundo Borges et al. (2008 a), o fenômeno do suicídio é complexo, impactante, sendo considerado um grave problema de saúde pública, principalmente no que corresponde ao aumento do índice com relação a população jovem de todo o mundo. De acordo com Souza et al. (2010), o suicídio é a terceira causa de morte na adolescência. Para a Secretaria Municipal da Saúde São Paulo (2006) a maioria dos adolescentes que tentam suicídio, apresentam problemas mentais, principalmente depressão, além de abuso de substâncias psicoativas. Mas, de acordo com SECJ (2010), quando o assunto é suicídio, a sua causa não deverá ter apenas um único fator, devendo ser considerando a história pregressa do sujeito, os seus problemas e os conflitos anteriores, podendo assim se tratar de um acúmulo de problemas anteriores que atingiu o ponto culminante na adolescência.

Dessa forma, é necessário ter clareza sobre os aspectos que podem ser patológicos na adolescência, estando relacionado, muitas vezes, com a intensidade, o grau e o desajuste com que aparecem as características próprias desta fase do desenvolvimento humano. O que se sabe é que o jovem que pensa, ameaça, tenta ou concretiza o suicídio está revelando, na verdade, um colapso em seus mecanismos adaptativos, de modo que tal situação é percebida não somente na adolescência, mas como em qualquer idade, como uma tentativa de alívio de sua dor e seu sofrimento. (BORGES et al., 2006, p.346).

Borges et al. (2008 a), destaca que as ideias de morte durante a fase da adolescência, que pode traduzir uma tentativa deste, de encontrar um sentido para a

vida, assim como, para a morte, não são necessariamente um sinônimo de um possível desfecho letal, ou seja, fatal. Mas, quando estas ideias estão associadas à variável de intensidade de depressão, poderá ser um indicio de sofrimento psíquico, possibilitando a tomada de decisão em relação ao suicídio, como resolução do sofrimento.

Além disso, há um estigma que cerca este tipo de morte, o uso de conceitos e definições diversas do ato suicida, a dificuldade em saber se o episódio foi acidental ou intencional. Em se tratando de crianças e adolescentes, essas barreiras na notificação serão mais acentuadas, na medida em que os atos autodestrutivos serão negados ou até escondidos pela família, devido a sentimentos de culpa e/ou vergonha. (Abasse et al; 2009, p. 408)

O julgamento social, que estes ficam expostos são muitas vezes cruéis, dificultando ainda mais, para todos os envolvidos no suicídio ou no episódio. Para Borges et al. (2008 b), acredita-se que para se conseguir prevenir o suicídio deve-se compreendê-lo e para compreendê-lo será necessário uma investigação perante este. Feijó et al. (2001), destaca que uma avaliação de comportamento é necessária, antes de qualquer coisa, devendo se ter entendimento da dimensão psicossocial, que o adolescente esta inserido.

A construção do sujeito, assim como o meio ambiente que esta inserido deve ser sempre levado em conta. De acordo com Barrero (s/d) de maneira geral, a biografia dos adolescentes com conduta suicida é composta em três etapas:

- I. Infância problemática.
- II. Recrudescimento de problemas prévios, com a incorporação dos próprios da idade (transformações somáticas, preocupações sexuais, novos desafios nas relações sociais e no rendimento escolar, etc.).
- III. Etapa previa à tentativa suicida, que se caracteriza pela ruptura inesperada de relações interpessoais.

Isso só vem a ressaltar a importância do desenvolvimento infantil para toda a vida dos sujeitos, ou seja, a sua história e a sua construção, não negando é claro o fator de resiliência que algumas pessoas têm maior do que o de outras. Para Barrero (s/d), o primeiro ponto seria o que engloba os fatores de predisposição; o segundo seria composto pelos reforços e o terceiro e ultimo, seria os precipitantes, ou seja, o estampido final.

O suicídio na adolescência é algo muito frequente na nossa sociedade, mas apesar disso as pessoas evitam falar a respeito do ocorrido, como se não

tocarem no assunto este ficará mais longe de suas vidas. Outro fator a ser destacado é o quando o desenvolvimento humano como um todo, trás forte influencia nos atos dos sujeitos, sendo que muitas vezes esta construção de sujeito passa de forma despercebida, como algo praticamente irrelevante, como simplesmente passado, sem se verificar o que este contexto tem a fornecer de influencia nos comportamentos atuais.

### **3.3 O Suicídio em Crianças e Adolescentes**

Segundo a Organização Mundial Da Saúde (2000 a), a ocorrência de suicídio entre crianças e adolescentes menores de 15 anos é um fato incomum e raro antes dos 12 anos. Sendo que a maioria destas ocorrências se dá com maiores de 14 anos, principalmente na fase inicial da adolescência. Mas, em alguns países as ocorrências estão aumentando alarmantemente, entre menores de 15 anos, assim como na faixa etária dos 15 aos 19 anos. Os métodos de suicídios, por estes variam de país para país. Em alguns países, ocorre o uso de pesticidas, como um método comum de suicídio, já em outros, acontece através de intoxicação com medicamentos e gases liberados por carros e o uso de armas, que no caso são mais frequentes. Os meninos morrem muito mais de suicídio, que as meninas; sendo uma das razões cogitadas o fato desses usarem métodos violentos com mais frequência que as meninas, para cometer suicídio, como enforcamento, armas de fogo e explosivos. Mas, em alguns países o suicídio é mais frequente entre meninas entre 15 e 19 anos, do que entre meninos da mesma idade. Outro dado a ser destacado é que nas últimas décadas a proporção de meninas que estão usando métodos violentos tem aumentado. Já o que corresponde:

A intenção suicida é freqüentemente difícil de definir principalmente entre os pré-adolescentes, pois o desejo de morrer não está muito claro para esse jovem, de forma que ele pode não demonstrar qualquer alteração de seu comportamento poucos dias antes da tentativa. É importante que o profissional que faça o atendimento dessa criança ou adolescente suspeite do comportamento suicida frente a qualquer manifestação de auto-injúria, não se levando em conta o método utilizado (toda e qualquer tentativa de atos autoprejudiciais devem ser considerados). O desejo de causar a morte é o objetivo básico para o comportamento suicida, mas muitas vezes a morte não é vista como definitiva, principalmente para uma criança pequena. Por exemplo, uma criança de 07 anos pode compreender que seu cachorrinho morreu e que por isso não está mais vivo, mas não entender que se ela morrer não poderá voltar a

viver novamente. Isso significa que a criança pode compreender que o melhor seria morrer em um momento de grande sofrimento, mas que esse processo poderia ser reversível. (BOARATI, 2011, p.1).

Para este mesmo autor, pode-se observar tentativas de suicídio em situações cotidianas, como por exemplo, em: constantes acidentes domésticos. No que compete ao método utilizado e a sua elaboração em si, será tanto mais complexa, quanto maior o acesso que a criança ou adolescente tiver a métodos mais eficazes a esta tentativa.

Quando se fala em tentativa ou risco e suicídio, cabe lembrar e se confrontar com a relação da tentativa ou da ocorrência de suicídio de forma inconsciente, ou talvez, esta seria melhor colocada ainda, como sendo a tentativa passiva-ativa, na qual o sujeito se expõe de forma desnecessária a constantemente a riscos; pois sabe que existe risco, mas continuase expondo diante deste. Para Kuczynski (2003), há uma maior frequência de comportamento parassuicidas entre os adolescentes; que no caso são aqueles que não se declaram como suicidas, mas que apresentam um comportamento de risco explicito, perseguindo um êxito fatal, como o uso de drogas, atividades sexual promiscua, entre outros. Além disso, entre os adolescentes, existe a subnotificação de suicídios ou tentativa associada ao *modus operandi*, que seria como uma morte por acidente, que não necessariamente será registrada através do boletim de ocorrência como tal fato.

Para ser constatado como suicídio, esta suspeita deverá deixar de existir, tendo que ser comprovada por meio da investigação do caso, mediante a pericia; alegando que o ato foi consequência de uma tentativa de suicídio e não um “mero acidente” com episódio fatal.

De acordo com Organização Mundial da Saúde (2000 a), existe evidências que possibilitam a compreensão, de que o sujeito suicida frequentemente vêm de famílias com mais de um problema, tendo assim, riscos cumulativos. Desta forma, como eles são leais aos pais, não desejam contar, ou são proibidos de revelar os segredos familiares, resistindo geralmente em procurar ajuda fora da família. Para FETEC/CUT SP (s/d) na sua cartilha de Combate á violência sexual contra crianças e adolescentes, um dos fatos que pode estar sendo omitido e que fornece risco de suicídio tanto em crianças como em adolescentes, é o abuso sexual, que muitas vezes ocorre dentro das próprias famílias e que é omitido por conta do medo e da culpa da pessoa que sofreu tal abuso.

Conforme Cassorla (1998), destaca em suas pesquisas:

[...] a maioria dos jovens suicidas provinha de lares perturbados ou, como se costuma chamar, de lares desfeitos (*brokem homes*). Isto é, de famílias em que falta uma ou ambas as figuras parentais, mais comumente por abandono ou separação. São famílias em que existe uma proporção razoável de doenças crônicas, somáticas e mentais, e em que o alcoolismo é frequente. Não raro os membros dessas famílias têm problemas com a polícia e a justiça. (CASSORLA, 1998, p. 74).

Para este autor, no que se refere ao risco de suicídio, as famílias que apresentam características problemáticas em proporções significativamente maiores, tem maior risco de ocorrência e de tentativas de suicídio, pelos seus membros. Conforme a Organização Mundial da Saúde (2000 a), existe padrões familiares destrutivos, assim como eventos traumáticos no início da infância que afetam a vida posteriormente a sua ocorrência, principalmente se este apresentar dificuldade em lidar com o trauma vivido. Entre os eventos negativos que apresentam aspectos de disfunção e de instabilidade da família, que afetam as crianças e adolescentes estão:

- psicopatologia dos pais, com presença de transtornos afetivos e
- outros transtornos psiquiátricos;
- abuso de álcool e outras substâncias, ou comportamento anti-social na família;
- história de suicídio ou tentativas na família;
- abuso e violência familiar (inclui abuso físico e sexual na infância);
- cuidado insuficiente provido pelos pais/guardiões,
- com pouca comunicação familiar;
- brigas freqüentes entre pais/guardiões, com tensão e agressão;
- divórcio, separação ou morte de pais/guardiões;
- autoridade excessiva ou inadequada de pais/guardiões;
- falta de tempo dos pais/guardiões para observar e lidar com estresse emocional das crianças, criando um ambiente emocional negativo de
- rejeição e negligência;
- rigidez familiar;
- família adotiva.

Segundo o mesmo, estes padrões familiares citados são encontrados com frequência em crianças e adolescentes, mas não ocorrer em todos os casos que tentou ou que os conseguiram concretizar o suicídio. Frequentemente é evidenciado que estes sujeitos vêm de famílias com mais de um problema, apresentando assim, mais de um fator de risco, sendo estes acumulativos.

É necessário ressaltar que o ambiente em si não é um determinante único para a saúde mental, porém, completa-se com a vivência de experiências internas e que auxiliam a pessoa ao desenvolvimento da personalidade positivamente para enfrentar as vicissitudes que a vida proporciona. Se, por exemplo, tivermos um descontentamento com a forma de nosso corpo, ou com nossos hábitos, estaremos, sem ter consciência de nossas ações, influenciando outros com a nossa atitude, favorecendo assim a criação de círculo vicioso, em que o não se gostar generaliza-se em sentimentos de rejeição. Ou seja, o nosso ego, e por conseqüência se a auto-estima estiver rebaixada, olharemos o mundo e as pessoas de forma negativa, e dessa forma pensaremos que também estaremos sendo olhados; um exemplo claro do mecanismo psíquico de projeção. (CAPITÃO, 2007, p.8)

O risco de suicídio está pautado no que corresponde a criança e ao adolescente, de forma especial, em questões internas e externas, sendo que uma irá influenciar a outra de forma direta. Uma boa estrutura familiar possibilitará um ambiente mais propício ao desenvolvimento humano, potencializando um fator de proteção.

Quando uma criança ou um adolescente se torna suicida, está a comunicar dificuldades em resolver problemas, lidar com o stress e em expressar emoções e sentimentos. Em alguns casos, a pressão negativa por parte dos colegas pode estar por detrás do comportamento auto-destrutivo. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000 a, p. 7).

Para a Organização Mundial da Saúde (2000 a), o comportamento suicida tanto em crianças como em adolescentes muitas vezes envolvem motivações complexas, como: humor deprimido, comportamentos sociais, abuso de drogas, problemas emocionais, incluindo perdas emocionais, vindas de relacionamentos românticos – isso entre os adolescentes, entre outras situações estressoras do cotidiano de ambos. A incapacidade ou pouca competência para lidar com problemas, baixa autoestima, assim como conflitos sobre a sua sexualidade, ou seja, a sua identidade também podem levar os adolescentes ao suicídio, da mesma forma que um histórico familiar com doenças psiquiátricas, rejeição da família, negligência e abuso na infância aumentam este potencial, problemas disciplinares ou legais. Mas, especificamente no caso de crianças suicidas é frequentemente encontrado experiências de uma vida familiar disfuncional e conflituosa, expostas a mudanças, tais como: divórcio, podendo resultar em sentimentos de desamparo e de perda de controle. “A ideação suicida e a tentativa de suicídio aparecem mais frequentemente

entre crianças e adolescentes que foram vítimas de abuso por parte de colegas e/ou por parte de adultos.” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000 a, p. 7).

Desta forma se reafirma que tanto se exerce influência nas ações, ou seja, nas atitudes, como se recebe estímulos para as vivências do cotidiano. No suicídio se verifica a existência constante de fatores emocionais, assim como a construção destes fatores durante o desenvolvimento, dá mesma forma que a influência que o meio ambiente exerce nos sujeitos expostos a este, mostrando a inter-relação dos fatores existentes diante da tentativa ou do ato consumado do suicídio.

#### 4. NÍVEIS DE CUIDADO EM RELAÇÃO AO SUICÍDIO

A Organização Mundial da Saúde (2006), considera os seguintes níveis: o leve, o moderado, o severo e o extremo. Enquanto que para Ministério da Saúde (2006) mensura a estruturação é organizada em níveis: baixa, media e alta; Sendo que, os mesmos são bem semelhantes entre si.

Segundo Organização Mundial da Saúde (2006) o **nível leve** diz respeito a pessoa que não mostra sinais de tendência suicida, ou em que os transtornos são muito limitados. Neste caso a prevenção deve focar no apoio e melhoria do funcionamento de contextos interpessoais e sociais, como diminuir significativamente as condições de riscos emocionais, físicos e econômicos do sujeito.

Indivíduos com leve risco de suicídio geralmente requerem reavaliações e seguimento periódicos do seu potencial suicida, pois deve ter-se presente que a categoria leve pode elevar-se para risco moderado ou maior. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2006, p.18)

Para o Ministério da Saúde (2006) o nível primário é chamado de **baixo risco**, no qual a pessoa teve alguns pensamentos suicidas, como “eu não consigo continuar”, “eu gostaria de estar morto”, entre outros, mas não fez nenhum plano, sendo necessário tomar algumas ações.

Já o **moderado**, conforme Organização Mundial da Saúde (2006), o sujeito apresenta de forma evidente planos definidos e preparação, tendo visível ideação suicida, há possivelmente história de tentativas anteriores, e existe pelo menos dois fatores de risco adicionais. Nesta está presente à ideação suicida, assim como a intenção, mas é negado que haja um plano claro; mas o sujeito está motivado a melhorar o seu estado emocional e psicológico atual se houver ocasião para tal.

O estado moderado é parecido com o denominado de **médio risco do** Ministério da Saúde (2006); a qual, a pessoa tem pensamentos e planos, mas não tem planos de cometer suicídio imediatamente.

Indivíduos de risco moderado necessitarão de avaliação recorrente para hospitalização, de envolvimento activo dos sistemas de suporte, de serviços de emergência disponíveis 24 horas por dia, de avaliação para medicação, e aconselhamento de seguimento se necessário. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2006, p. 18)

No nível **Severo**, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (2006), a ideação e a intenção suicida são verbalizadas, em conjunto com um plano bem estudado e com os meios, ou seja, materiais e lugar disponível, para conseguir levar a consumação. Este indivíduo demonstra inflexibilidade no que pensa a respeito do assunto e desesperança quanto ao futuro e nega o apoio social disponível.

De acordo com o Ministério da Saúde (2006); o sujeito que se encontra com **alto risco** de suicídio, tem plano definido, tendo os meios necessários para fazê-lo e planeja fazê-lo prontamente. Em muitas vezes já tomou algumas providências prévias a este ato e parece estar se despedindo.

Já o nível **Extremo**, que é proposto pela Organização Mundial da Saúde (2006), é pautado no sujeito que tentou o suicídio múltiplas vezes com diversos fatores de risco significativos. Devendo destacar que: atenção e ação imediata são imprescindíveis.

A organização das fases, aqui citadas como níveis, possibilita maior compreensão sobre a estrutura dos sujeitos frente ao suicídio, tendo em vista, uma maior ilustração do desencadear deste fato, proporcionando um olhar mais concreto frente a prevenção da ocorrência. Apesar das diferenças na sua estruturação organizacional, isso de um autor para o outro, o enfoque fornecido acaba sendo o mesmo, visando à prevenção da ocorrência e do suicídio em si. Mas, entre os fatores de prevenção deve-se ter em vista a avaliação do risco de suicídio, para assim poder conseguir estruturar a partir da identificação caminhos adequados para cada caso.

#### **4.1 Avaliação do Risco de Suicídio**

A avaliação do risco de suicídio é muito importante para se conseguir fazer o acompanhamento do sujeito e conseqüentemente a sua prevenção. Segundo Organização Mundial da Saúde (2000 c), quando se faz a avaliação do risco de suicídio teve-se ter em vista, os problemas multifatoriais envolvidos neste. Conforme Boas (2011), todo sujeito que apresenta ideação suicida e/ou planejamento deve ser avaliado de forma imediata. Vale destacar, que nem todo sujeito que tem risco de suicídio irá comunicar o fato, a equipe e saúde, a amigos e ou a familiares.

Para Boarati (2011) no que compete a avaliação para crianças e adolescentes, o aspecto mais importante é determinar o grau de perigo imediato apresentado, a circunstância que ela se encontra, a sua intenção de morrer ou de provocar algum tipo de ferimento e o grau de planejamento do suicídio. Deve ser certificado sobre o acesso a armas letais, como armas de fogo, assim como deve ser feito a análise das condições familiares e dos ambientes. O grau de estruturação familiar deve ser levado em conta, como fator de relevante importância, assim como a presença de fatores estressores sociais. Sendo que, a partir destes fatores descritos se determinará a conduta a ser tomada.

A avaliação do risco de suicídio é um elemento primeiro no composto de ações que devem ser tomadas no sentido de prevenir e intervir. Porém, não há uma conduta única, é necessário que este método envolva flexibilidade que englobe os inúmeros aspectos do suicídio. Como foi possível perceber os fatores de risco e de proteção são muitos e não há uma fórmula que revela as combinações corretas, para que o sujeito seja compreendido é fundamental a análise de vários dados. A literatura aponta várias técnicas, elas estão, principalmente, a entrevista clínica e o uso de instrumentos de auto-aplicação (testes e escalas). (BOAS, 2011, p.11)

De acordo com Scivoletto et al. (2010), para se fazer a avaliação nestas fases do desenvolvimento humano deve-se ter em vista a compreensão da morte para cada uma dessas fases. O conceito de morte e de autoextermínio se modifica conforme o desenvolvimento; em geral as crianças não conseguem compreender que a morte seja algo definitivo, sendo para elas um dormir e acordar posteriormente. Assim, a criança pode estar triste pela morte de alguém e desejar morrer apenas para reconstruí-la novamente, por meio de um retorno. No caso de adolescentes a situação é outra, o desejo de morrer pode ser claro, mas dificilmente será algo relatado espontaneamente.

Para facilitar a avaliação do risco de suicídio nas crianças e nos adolescentes, segue este instrumento, que é composto por uma lista de parâmetros, que facilitam a identificação do risco de suicídio durante a entrevista de investigação, na tabela a seguir. Partindo desta pode-se estruturar o atendimento e a identificação dos casos frente ao risco de ocorrência.

Tabela 2

Parâmetros para avaliação de risco de comportamento suicida		
Parâmetro	Alto risco	Baixo risco
Circunstâncias do comportamento suicida	Sozinho Planejado Métodos letais	Próximo a alguém Não planejado Métodos de baixa letalidade
Intenção de morrer	Alta	Baixa
Psicopatologia	Presente e grave	Ausente ou leve
Mecanismos de enfrentamento	Fraco julgamento Fraco controle de impulsos Alta desesperança Alta impotência	Bom julgamento Bom controle de impulsos Baixa desesperança Baixa impotência
Comunicação	Fraca ou ambivalente	Boa, clara
Apoio familiar	Inconsistente	Consistente
Estresse ambiental	Alto	Baixo

Fonte: Scivoletto et al (2010).

Para Organização Mundial da Saúde (2006), uma avaliação abrangente dos comportamentos suicidas é fundamenta para se conseguir fazer intervenções posteriores a está. O seu principal objetivo esta em obter informações possibilitando assim a prevenção e subseqüentemente guiará o diagnostico e as decisões clínicas cabíveis. Sendo que, todas avalições referentes ao suicídio deve ter:

- Um levantamento dos factores de risco relevantes;
- História anterior de comportamentos suicidas;
- Condições biológicas, psicossociais, mentais, situacionais, ou médicas imutáveis;
- A magnitude dos sintomas suicidas actuais, incluindo o grau de desesperança;
- Factores de stress que precipitem o suicídio;
- Nível de impulsividade e de controle pessoal;
- Outra informação atenuante;
- Factores de protecção contra o suicídio.

Conforme Scivoletto et al. (2010), a entrevista com crianças e adolescentes deve ser feita em ambiente tranquilo e se possível, utilizando-se de técnicas não-verbais, ou seja, utilizando-se de brinquedos, desenhos e jogos em geral. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2006), a avaliação de risco de suicídio requer fatores comportamentais de risco; O diagnostico subjacente de perturbações mentais, deve obter uma determinação do risco de morte. Uma vez que esta avaliação esteja completa é importante classificar o risco de suicídio, isso em termos de severidade.

No caso da avaliação de risco de suicídio em crianças Barros (s/d) destaca alguns fatores da conduta suicida, através de um guia avaliador. Este funciona através da soma da pontuação. No caso se a pontuação for menor que 10 deve indicar à criança a uma interconsulta, com a equipe de saúde mental e se for superior a 10 pontos, deve-se encaminhar para um psiquiatra infanto-juvenil em curto prazo, para o manejo pessoal especializado.

Tabela 3 Guia Avaliador para Crianças, sobre o risco de Suicídio.

		Pontos
1.	Pais demasiado jovens ou maduros.	1
2.	Dificuldades na captação e controle pré-natal.	1
3.	Doença psiquiátrica dos pais.	2
4.	Criança pouco cooperadora na consulta.	1
5.	Criança que manifesta mudanças no seu comportamento.	3
6.	Violência na casa e sobre a criança.	3
7.	Antecedentes familiares de conduta suicida (pais, irmãos, avós) ou amigos com dita conduta.	2
8.	Antecedentes pessoais de autodestruição.	2
9.	Manifestações desagradáveis dos pais em relação à criança.	3
10.	Situação conflitiva atual (lar desfeito recentemente, perdas, fracassos escolares, etc.).	2

Fonte: Barrero (s/d)

Através deste instrumento de avaliação da criança fica mais fácil desenvolver durante o atendimento, a avaliação do quadro, agilizando o atendimento desta, assim como o seu encaminhamento para equipe da saúde mental caso haja necessidade de atendimento intensivo e ou acompanhamento do caso.

Para a Organização Mundial da Saúde (2006), de modo geral, para se avaliar uma criança ou adolescente deve-se focar no mínimo nos seguintes itens:

- Entrevista clínica;

- Observação de comportamentos;
- Informação corroborante por parte dos pais, professores, parentes e amigos;
- Avaliação de factores de risco e de factores situacionais;
- Avaliação da ideação, dos planos e da intenção e razões para viver;
- Disponibilidade e qualidade do apoio da família e dos amigos;

Em conformidade com Barros (s/d), no que compete a avaliação de risco de suicídio em adolescentes, este sugere a aplicação de um guia avaliador, que facilita a identificação e a condição de cada caso atendido. No caso se a soma da pontuação ser superior a 12 pontos o adolescente deve ser encaminhado para um serviço psiquiátrico infanto-juvenil, para a sua hospitalização e irá necessitar de uma avaliação imediata pelo especialista da equipe de saúde mental.

Tabela 4 Guia Avaliador para Adolescentes, sobre o risco de Suicídio.

		Pontos
1.	Vir de um lar desfeito.	1
2.	Pais portadores de doença mental.	2
3.	Antecedentes familiares de comportamento suicida.	3
4.	Historia de transtornos de aprendizado, evasão escolar, inadaptação a bolsas de estudos ou serviço militar.	2
5.	Antecedentes pessoais de conduta de autodestruição.	4
6.	Mudanças evidentes no comportamento habitual.	5
7.	Amigos com conduta suicida.	2
8.	Presença de idéias suicidas e suas variáveis (gestos, ameaças, plano suicida).	5
9.	Antecedentes pessoais de doença mental.	4
10.	Conflito atual (familiar, casal, escola, etc.).	2

Fonte: Barrero (s/d)

O diagnostico diferencial é muito importante, por conta da fase do desenvolvimento que os mesmos se encontram. Este poderá auxiliar como um

mecanismo inicial de prevenção ao ato suicida, assim como de encaminhamento especializado, para todos os sujeitos.

O diagnóstico diferencial do comportamento suicida em uma criança ou adolescente implica em definir se a presença de lesões corporais ou acidentes sofridos são ou não intencionais. Como essas situações são muitas vezes difíceis de se determinar com clareza deve-se considerar a possibilidade de se tratar de uma tentativa de suicídio com risco considerável, devendo-se definir com rapidez a melhor conduta terapêutica. (BOARATI, 2011, p.3)

Cada fase do desenvolvimento humano apresenta peculiaridades que devem ser respeitadas e vista com atenção, pois estas exercem influência nos sujeitos, sendo algo inerente, pertencente ao processo de evolução e de crescimento humano, que deve ser respeitado e visto com muito cuidado. O cuidado dedicado a estas peculiaridades representam um grande diferencial durante todo o processo de avaliação, assim como será durante um possível acompanhamento deste sujeito.

A intenção de morrer pode ser explícita e forte ou ambígua e indefinida. A avaliação da intencionalidade pode ser difícil, principalmente entre crianças e pré-adolescentes, que podem se autoagredir sem o desejo consciente de morrer, num acesso de raiva e frustração. Portanto, é fundamental reconhecer as características da criança/adolescente e de seu ambiente para avaliar o potencial de letalidade. (SCIVOLETTO et al; 2010, p. 114).

A avaliação do potencial suicida é de extrema importância, para se conseguir organizar estratégias de prevenção da ocorrência. Quando temos consciência de algo específico com clareza, este se torna mais fácil para se lidar, abrindo possibilidades antecipatórias, para que a tentativa de suicídio não venha a ocorrer; Oportunizando a construção de estratégias, assim como de ações frente a esta problemática, que deve ser vista com muita atenção por toda a família, da mesma forma que pela sociedade.

## **4.2 Prevenção**

Quando se referi em prevenção sempre se pensa em antecipação de algo a ser consumado, por meios específicos e direcionando a não ocorrência do fato, que neste caso é o suicídio. A prevenção é algo de extrema importância; pois

através dela se possibilita salvar vidas, ou impedir as consequências de um ato, ou da sua possível sequência. De acordo com a Associação Brasileira de Psiquiatria (2009), o Ministério da Saúde elaborou um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, que foi publicado em 14 de agosto de 2006, em uma portaria, com as diretrizes que serviriam para orientar tal plano. Entre os principais objetivos estavam:

- 1) Desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida e de prevenção de danos;
- 2) Informar e sensibilizar a sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido;
- 3) Fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos de eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio;
- 4) Promover a educação permanente dos profissionais de saúde da atenção básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização.

Já direcionando as crianças e aos adolescentes, vale destacar, que para Organização Mundial da Saúde (2000 a), a prevenção do suicídio entre crianças e adolescentes é prioridade. Um ótimo local para se desenvolver a prevenção no meio escolar, que no caso é o ambiente da escola.

Segundo Martins (2010), dentre as melhores práticas referentes a prevenção do suicídio, estão:

- Um programa de capacitação, incluindo revisões para a equipe do Cense pode auxiliá-los a reconhecer adolescentes suicidas e responder adequadamente aos que se encontram em risco.
- Procedimentos para monitorar sistematicamente os adolescentes durante sua chegada na Unidade e por todo o período de permanência, a fim de identificar aqueles que podem apresentar alto risco, são necessários.
- Um mecanismo para manter a comunicação entre os membros da equipe a respeito dos adolescentes de alto risco deve ser desenvolvido.
- Procedimentos por escrito que definam os requisitos mínimos para alojar os adolescentes de alto risco; provisão de suporte social; rotina de monitoramento constante para os adolescentes suicidas graves; e uso apropriado de restrição física, quando necessário.
- Desenvolvimento de recursos internos suficientes e fortalecimento dos vínculos com os serviços de saúde mental para assegurar o acesso a profissionais de saúde mental quando houver a necessidade de avaliação e tratamento.
- Desenvolvimento de uma estratégia de notificação quando um suicídio ocorrer com o intuito de identificar meios de melhorar a detecção do suicídio, monitoramento, e gerenciamento dessas situações de risco nos Censes.

A prevenção do suicídio pode estar em todos os lugares, nas escolas, nos postos de saúde, nas igrejas, nas associações de moradores, ou seja, em todos os lugares, basta que estes se encontrem abertos a esta problemática. Para que isso possa ocorrer, os sujeitos que estão dentro desses espaços tem que ter consciência da importância deste, assim como ser corresponsável por esta ação, que pode aparecer de forma discreta, assim como de forma mais explícita ao público. Sendo corresponsável no sentido de buscar informações, capacitações e ficar atentos a possíveis suspeitos, podendo ainda trabalhar pautado nos fundamentos da prevenção, visando, por exemplo: a promoção da qualidade de vida e do desenvolvimento.

#### 4.2.1 Fatores de Proteção

Segundo Organização Mundial de Saúde (2006), os fatores de proteção reduzem o risco de suicídio, sendo considerados até mesmo como isoladores contra o suicídio. Mas, estes fatores não eliminam o risco de suicídio, podendo assim, contrabalancear com o peso imposto por circunstâncias difíceis vivenciadas. Entre estes fatores estão:

- Apoio da família, de amigos e de outros relacionamentos significativos;
- Crenças religiosas, culturais, e étnicas;
- Envolvimento na comunidade;
- Uma vida social satisfatória;
- Integração social como, por exemplo, através do trabalho e do uso construtivo do tempo de lazer;
- Acesso a serviços e cuidados de saúde mental.

Já, para a Organização Mundial da Saúde (2000 a), no que compete a crianças e adolescentes, os fatores que fornecem proteção contra o comportamento suicida que são: *os padrões familiares* (bom relacionamento com familiares, apoio familiar); *personalidade e estilo cognitivo* (boas habilidades ou relações sociais, confiança em si mesmo, em suas conquistas e sua situação atual, capacidade de procurar ajuda quando surgem dificuldades, como exemplo pode-se citar trabalhos escolares, capacidade de procurar conselhos quando decisões importantes devem serem tomadas, estar aberto para os conselhos e as soluções de

outras pessoas mais experientes, estar aberto ao conhecimento); *os fatores culturais e sociodemográficos* (integração social, ex. através de participação em esportes, igrejas, clubes e outras atividades, bom relacionamento com colegas de escola, bom relacionamento com professores e outros adultos, aceita a ajuda de pessoas relevantes).

Os fatores de proteção funcionam como um mecanismo protetor, como apoiador dos sujeitos, fornecendo suporte e proteção. Estes fatores não eliminaram o risco de ocorrência de suicídio, mas podem contrabalançar em momentos difíceis.

### **4.3 Manejo do paciente com risco de suicídio**

Quando o assunto é manejo do paciente que apresenta risco de suicídio deve-se ter em visto o estado emocional que este se apresenta. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2000 d), os sentimentos de um sujeito suicida normalmente são: de desesperança, desamparo e desespero.

No caso de crianças e adolescentes a Organização Mundial da Saúde (2006), menciona que o aconselhamento é algo apropriado, devendo dar ênfase na capacidade para enfrentar problemas. Dentro dos objetivos do aconselhamento pode-se incluir uma melhor compreensão de si mesmo, como mudar comportamentos desadaptáveis, identificar sentimentos confusos, bem como melhorar a auto-estima, aprender a resolver conflitos e a interagir mais com os colegas.

Vale destacar que o aconselhamento é uma das técnicas utilizadas, mas não é a única existente, mas que é de grande valia.

Tendo em vista, o manejo desses pacientes, Oliveira (2008), organizou uma tabela baseada em três manuais. Estes manuais foram: Manual para Profissionais da Saúde em Atenção Primária, Manual dirigido aos Profissionais das Equipes de Saúde Mental, Manual para Médicos Clínicos Gerais. Esta tabela serve como um demonstrativo e ilustra o manejo recomendado por estes de forma sucinta.

Tabela 5

Primeiro contato e a comunicação com o paciente que está em risco de suicídio.

Descrição da Intervenção		Manual dirigido aos Profissionais das Equipes de Saúde Mental (MSB)	Manual para Profissionais da Saúde em Atenção Primária (OMS)	Manual para Médicos Clínicos Gerais (OMS)
“Quando as pessoas dizem ‘Eu estou cansado da vida’ ou ‘Não há mais razão para eu viver’, elas geralmente são rejeitadas, ou, então são obrigadas a ouvir sobre outras pessoas que estiveram em dificuldades piores. Nenhuma dessas atitudes ajuda a pessoa com risco de suicídio. O contato inicial com o suicida é muito importante. Frequentemente o contato ocorre numa clínica, casa ou espaço público, onde pode ser difícil ter uma conversa particular.		X	X	
“1. O primeiro passo é achar um lugar adequado onde uma conversa tranqüila possa ser mantida com privacidade razoável.”		X	X	
“2. O próximo passo é reservar o tempo necessário. Pessoas com ideação suicida usualmente necessitam de mais tempo para deixarem de se achar um fardo e precisarem estar preparados mentalmente para lhes dar atenção.”		X	X	
“3. A tarefa mais importante é ouvi-las efetivamente. ‘Conseguir esse contato e ouvir é por si só o maior passo para reduzir o nível de desespero suicida.’”		X	X	
<b>Como se comunicar</b>	<b>Como não se comunicar</b>	X	X	
Ouvir atentamente, ficar calmo.	Interromper muito frequentemente.	X	X	
Entender os sentimentos da pessoa (empatia).	Ficar chocado ou muito emocionado.	X	X	
Dar mensagens não-verbais de aceitação e respeito.	Dizer que você está ocupado.	X	X	
Expressar respeito pelas opiniões e valores da pessoa	Tratar o paciente de maneira que o coloque numa posição de inferioridade.	X	X	
Conversar honestamente e com autenticidade.	Fazer comentários invasivos e pouco claros.	X	X	
Mostrar sua preocupação, cuidado e afeição.	Fazer perguntas indiscretas.	X	X	
Focalizar nos sentimentos da pessoa.		X	X	

Fonte: Oliveira (2008)

Oliveira (2008), menciona que as intervenções devem ser realizadas partindo de um movimento de comunicação e que este contato é de fundamental importância, sendo que este deverá ser o primeiro contato do profissional com o potencial suicida.

Em cada fase da vida humana, ou seja, desenvolvimento se encontrará particularidades, por isso, não se pode deixar de lado a faixa etária que estas pessoas se encontram, para poder afinar este processo de avaliação e atendimento.

As crianças e os adolescentes em conflito ou com risco de suicídio são freqüentemente hipersensíveis ao estilo de comunicação das outras pessoas na maior parte do tempo. Isto porque elas geralmente tiveram durante o seu desenvolvimento, relacionamentos de pouca confiança com seus familiares e colegas, e também vivenciaram uma falta de interesse, respeito ou até amor. Essa hipersensibilidade dos estudantes suicidas está aparente tanto na sua comunicação verbal quanto na não-verbal. Aqui, a linguagem corporal tem um papel importante na comunicação verbal. Entretanto, os adultos não deveriam se sentir desencorajados frente à relutância em falar dessas crianças e desses adolescentes. Em vez disso, eles deveriam lembrar-se que essa é uma atitude de evitação e freqüentemente um sinal de falta de confiança nos adultos. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAUDE, 2000 d, p. 24)

A escuta afina e atenta é de fundamental importância durante todo o percurso do manejo do paciente suicida, tendo em vista a gravidade da situação. Uma boa escuta possibilitará a identificação deste paciente, oportunizando um possível planejamento de andamento do caso e dependendo do nível que se encontra se seguirá dando encaminhamentos ao caso.

#### **4.4 Encaminhamentos**

Segundo Martins (2010) no caderno socioeducativo de Internação e Suicídio: Protocolo de Atenção aos Sinais e a Organização Mundial da Saúde (2000 a), na obra Manual para Professores e Educadores, colocam que a pessoa deve ser encaminhada quando apresentar:

- doença psiquiátrica;
- histórias de tentativas de suicídio anteriores;
- história familiar de suicídio, alcoolismo ou doença mental;
- doença física;
- nenhum apoio social.

Deve-se destacar que nem todo paciente psiquiátrico deve ser encaminhado com o enfoque do suicídio, tudo dependerá de como está o suporte familiar e social, assim como o quadro clínico deste mesmo, como um todo. Estes tanto podem utilizar para crianças, adolescentes, assim como adultos.

Já o que compete ao encaminhamento em si, de acordo com Governo do Estado do Paraná (2010), Organização Mundial da Saúde (2000 c), Organização Mundial da Saúde (2000 d), Ministério da Saúde (2006), existe alguns passos a se seguir:

- Deve-se explicar, com tempo, à pessoa, a razão do encaminhamento.
- Providenciar uma consulta com um psiquiatra;
- Esclarecer para a pessoa, que o encaminhamento não significa que o profissional da saúde está lavando as mãos em relação ao problema, que não o está “abandonando”.
- Diminuir o estigma e a ansiedade com relação às medicações psicotrópicas cabíveis.
- Deixar claro que as terapias psicológicas e farmacológicas são eficazes.
- Reservar tempo para o paciente depois da sua consulta com o psiquiatra.
- Tente obter contra-referência do atendimento encaminhado.
- Assegurar que a relação com o paciente continuará, mantendo contato periódico.

O encaminhamento é algo de extrema importância para a prevenção da consumação do ato suicida. Através deste, o paciente poderá ter a possibilidade de obter tratamento adequado a situação. Tendo sido encaminhado, este poderá encontrar os recursos necessários ao seu acompanhamento.

## 5 A MORTE E O MORRER

De acordo com Kolinski et al. (2007), com o passar do tempo na cultura ocidental a morte está assumindo uma conotação cada vez maior de algo “não natural” ao sujeito, sendo encarada pela sociedade de certa forma com preconceito, como algo que não se deve pensar. Para Kovács (2002) a morte é vista comumente como se fosse o fim do processo de desenvolvimento humano, mas, vale destacar, que a temporalidade é algo relativo, já que pessoas ditamente “marcadas” para morrer, como em casos de doenças terminais, podem morrer posteriormente a pessoas jovens e que se apresentavam saudáveis.

A morte é caracterizada pelo mistério, pela incerteza e, conseqüentemente, pelo medo daquilo que não se conhece, pois os que a experimentaram não tiveram chances de relatá-la aos que aqui ficaram. Todos esses atributos da morte desafiaram e desafiam as mais distintas culturas, as quais buscaram respostas nos mitos, na filosofia, na arte e nas religiões, buscando assim pontes que tornassem compreensível o desconhecido a fim de remediar a angústia gerada pela morte. (CAPUTO, 2008, p. 1).

O ser humano em geral, é um ser que se encontra em processo de busca; busca por novas descobertas, por novos caminhos, sendo movido assim por perguntas, que possivelmente podem obter respostas. Assim, segue-se a busca, por diversos caminhos de como se dá, após a morte. Estas respostas visam aliviar a angústia do desconhecido, que é fundamentado pelo medo do desconhecido.

Conforme Lima (2004), com o passar do tempo criou-se um vazio conceitual, sendo formada concepções e definições a respeito do que seria o morrer. Assim, de acordo com o mesmo, seria:

*[...] a perda de fluidos vitais; a separação da alma; a perda irreversível da capacidade de integração do corpo; a perda irreversível da capacidade de consciência e integração social; foram considerados critérios de morte o cessar irreversível do funcionamento: de todas as células, tecidos e órgãos; do coração e dos pulmões; de todo o encéfalo; do córtex cerebral; do tronco cerebral; da capacidade corporal da consciência. (LIMA, 2004, p. 2)*

Para Cassorla (1986), não podemos saber o que é realmente a morte, pois não morremos pra saber como ela é. Assim, apenas se supõe algo sobre o que ela é, e como ela é; sendo uma não vida. Dá mesma forma, Knobel (1998), afirma

que o morrer é uma experiência desconhecida no curso do desenvolvimento humano, sendo inegavelmente companheira da Vida, que não se pode ser vivenciada, a não ser como “fantasia”.

O conceito de morte é algo visto de diferentes formas, por cada cultura, sendo que cada uma, cerca este conceito com na sua filosofia, com a sua arte e a sua religião. O que se destaca aqui é a perda da vida, com a morte das células do corpo, com a parada da respiração, dos batimentos cardíacos, com a irreversível parada do funcionamento do troco cerebral, entre os demais órgãos do corpo. No contexto do suicídio surge varias questões perante a morte, tanto aquelas colocadas pela cultura, como esta da falência dos órgãos, que remeteria o fim de todo o sofrimento, abrindo passagem muitas vezes para uma outra perspectiva a de uma vida repleta de felicidade. Para compreender esta escolha pela morte, ou para castigar os que ficaram o suicida abre espaço para escrever uma ou mais mensagens de Adeus, mostrando todo um significado diante da sua escolha pela morte.

### **5.1 As mensagens de Adeus**

De acordo com Dias (1998) no do suicídio, as mensagens de Adeus são materiais de difícil coleta, já que não existia a coleta deste material pelo que se tem conhecimento até 1989, isso no Brasil; Mesmo no exterior é raro o controle e análise deste material, mantendo-se assim, mais como um registro estatístico. Conforme o mesmo é considerado mensagem de adeus a:

[...] mensagem de caráter breve e informativo; carta, a “mensagem de adeus” que corresponde a um texto não necessariamente tão mais longo mas que contém um discurso que segue uma progressão com começo, meio e fim; fita, a mensagem gravada em fita de áudio cuja principal característica é ser uma mensagem de impacto, que traz a voz viva e emocionada do sujeito suicida, como se ele tivesse sobrevivido para ele próprio dizer sua mensagem aos outros. (DIAS, 1998, p. 101).

As mensagens de Adeus são conteúdos deixados, como um registro há ser compartilhado pela pessoa que cometeu suicídio, ou quem tentou comete-lo. Para Branco Filho et al. (s/d), as mensagens tanto podem ser feita de forma sincera,

como pode ser construída com a intenção de induzir os sujeitos a acreditarem na intencionalidade do ato suicida, passando a ser assim um gesto suicida elaborado.

Segundo Cassorla (1986) as mensagens de adeus podem exercer o papel agressor ao ambiente, assim como a sociedade, podendo fazer com que estes se sintam culpados; demonstrado o quanto estas podem servir como vingança, causando sofrimento nas pessoas, em virtude de algo real ou até mesmo suposto.

Algumas vezes o suicida deixa bilhetes ou cartas com acusações claras, ou mais comumente sutis (como por exemplo, perdoando ou desculpando alguém pelo mal que lhe fez, ou “não condenando” ninguém). É uma agressão tão mais violenta porque os acusados não podem defender-se. (CASSORLA, 1986, p. 34)

As mensagens de adeus podem ser compreendidas muitas vezes, como um instrumento de punição e castigos aos sujeitos que conviveram com este que cometeu o suicídio; dando até mesmo a entender que já que o sujeito não me ajudou, vou deixa-lo marcado e mesmo morto permanecerá vivo por conta da culpa deixada. Outra ponto a ser destacado com relação ao suicídio é o sentimento de vazio da perda, sentido por aqueles que ficaram.

## 5.2 O vazio da perda

Para Santos (2008), a morte por conta de suicídio é uma morte não esperada, que aqui é caracterizado pela morte autoprovocado, sendo tirada a vida pelo próprio sujeito, podendo gerar vários sentimentos, entre estes: o de culpa, raiva, entre outros. De acordo com Cassorla (1986), o inconformismo poderá trazer o sentimento de raiva do morto, por ter deixado a pessoa se sentindo só, podendo ter que resolver problemas como o financeiro, além do sentimento de solidão.

Sentir-se abandonado é talvez um dos resultados mais devastadores de um suicido. Pessoas que perderam entes queridos por morte natural sentem-se abalados, embora a morte não tenha sido desejada nem provocada por doença. Entretanto, no caso de morte por escolha, a sensação de abandono é extrema. (WORDEN, 1998, p. 118)

A sensação de abandono é considerada como extrema, tendo em vista, que o sujeito que está atualmente morto “escolheu” morrer, deixando tudo para traz, “pensando” somente nele, no seu estado, no que estava sentindo. O suicídio é uma

ocorrência de morte súbita para a família. A morte súbita conforme Worden (1998), frequentemente deixa o sujeito que esta de luto com a sensação de irritabilidade sobre a perda, que poderá durar por muito tempo.

Não é raro para a pessoa enlutada sentir-se paralisada e caminhar em volta em confusão depois da morte. Não é raro, também, a pessoa enlutada ter pesadelos e imagens intrusivas depois de uma morte súbita, embora não estivessem presentes no momento da morte. (WORDEN, 1998, p.118)

Segundo este mesmo autor, o suicídio ainda gera frequentemente padrões de sentimentos e sensações, entre eles estão: a exacerbação do sentimento de culpa, a sensação de desamparo, podendo a pessoa enlutada ainda apresentar agitação, tendo uma depressão agitada, preocupação com trabalhos não terminados, sentem remorso por não ter feito alguma coisa pra pessoa que morreu, assim como, a necessidade de compreender o motivo, por que ele aconteceu.

A morte como perda nos fala em primeiro lugar de um vínculo que se rompe, de forma irreversível, sobretudo quando ocorre perda real e concreta. Nesta representação de morte estão envolvidas duas pessoas: uma que é “perdida” e a outra que lamenta esta falta, um pedaço de si que se foi. (KOVACS, 2002, p. 154)

O vazio da perda corresponde aqui a uma miscelânea de sentimentos, muitas vezes confusos e mal compreendidos pelos sujeitos próximos da pessoa que cometeu suicídio. Estes sentimentos vão refletir no cotidiano da pessoa enlutada, o que fará diferença será a forma de enfrentamento diante desta situação de perda, ou seja, o impacto que este vai gerar.

### **5.3 Impacto do Suicídio na Família e na Sociedade**

Sabe-se que todo suicídio corresponde a um ato individual, mas nem por isso ele deixa de estar inserido em um contexto social e familiar, sendo que, a família esta dentro da sociedade, fazendo parte desta, assim como a família também forma esta sociedade. Conforme Santos (2008), o suicídio na família exerce um impacto que se manifesta de diferentes formas, sendo uma reconstrução do que agora se percebeu frágil, isso dentro da sua estrutura familiar. “Essa elaboração do grupo familiar se constituirá da união das elaborações de cada membro desse grupo

e de como eles compartilharão suas angústias, sua raiva, sua tradução do ocorrido.” (SANTOS, 2008, p.117).

Para Worden (1998) entre todos os sentimentos vivenciados pelas pessoas da família enlutada, por conta do suicídio, a vergonha é o sentimento predominante. Sendo que, na sociedade existe um estigma associado a esta questão. Esta sensação pode ser influenciada pela reação dos outros – sociedade, isso é, o meio que estes estão inseridos. Surgindo falas como: “Ninguém vai falar comigo”, “Eles agem como se nada tivesse acontecido”.

Este acréscimo de pressão emocional não só afeta a interação da pessoa enlutada com a sociedade, mas também pode alterar de forma dramática as relações na unidade familiar. É comum para os membros da família reconhecerem quem sabe e quem não sabe os fatos que ocorreram na hora da morte e, quase concordando de forma tácita, adaptam seu comportamento uns em relação aos outros com base nesse conhecimento. (WORDEN, 1998, p.114)

Ainda conforme este mesmo autor, os sujeitos envolvidos de forma direta com a pessoa que se suicidou geralmente sentem culpa pela vítima do suicídio, assumido assim, constantemente a responsabilidade pelo ocorrido com o sujeito suicida, ficando inquietas achando que poderiam ter feito algo, para ter evitado a morte. Em virtude da intensidade da culpa, o sujeito enlutado pode sentir necessidade de ser punido, podendo assim, interagir com a sociedade de uma forma que esta venha a puni-la.

O suicídio é uma das mortes mais difíceis de elaborar, pela forte culpa que desperta. Ativa a sensação de abandono e impotência em quem fica. O enlutado, além de lidar com a sua própria culpa, é frequentemente alvo de suspeitas da sociedade como sendo o responsável pela morte do outro. (KOVACS, 1999, p. 160).

Em conformidade com o mesmo, existem outros fatores que somam com os já citados, como os psicológicos e sociais, como, as condições econômicas e de vida dos sobreviventes, se este vive sozinho, se tem que cuidar de outras pessoas e da idade que tem. Vale destacar, que estes não são os únicos fatores responsáveis, mas que estes podem afetar o seu desenvolvimento.

O impacto sentido pela família quando ocorre um suicídio é grande, sendo que, este tipo de morte é considerada como súbita, não dando tempo para os seus membros familiares conseguirem se acomodar com a ideia da falta, e ainda tem o

agravamento de que está morte, tem como característica a violência de um ato, a qual se tirou a própria vida. Sabe-se que a sociedade como um todo exerce influência na família, assim como, a família exerce influência nas ações e movimentos desta; pois um está inserido no ambiente do outro, dentro de uma inter-relação. Esta relação, em muitas ocasiões permite a crença, ou seja, a fantasia de julgamentos, ou até mesmo, de julgamentos propriamente concretos, feitos pelo meio social, que estes sujeitos estão inseridos. A família que está vivenciando este período de luto busca respostas, sendo que estas muitas vezes são cobradas pela sociedade; que busca assim, possíveis culpados para o ocorrido fato. Vale destacar, que do mesmo jeito que cada sujeito é único, cada família também irá ser, com as suas peculiaridades, apesar de serem influenciadas pelo meio social a que estão; umas terão melhor resiliências do que outras pra enfrentarem esta situação, mas várias passaram por este tipo de episódio.

## 5 CONCLUSÃO

Constatou-se com este trabalho de revisão bibliográfica de literatura, que o suicídio é um fenômeno complexo, sendo um problema sério de saúde pública, que exige atenção de todos, visando assim a prevenção e o controle das suas ocorrências. O suicídio seria toda morte induzida, de forma direta ou indireta, tendo no final como resultado a morte autoprovocada do sujeito.

Encontrou-se como dificuldade para o desenvolvimento e efetivação deste, o pouco referencial teórico, principalmente o direcionado a fase da criança, a qual é vista como um tabu para muitos, como se não existisse este tipo de ocorrência, ou simplesmente evitando-se este assunto. No entanto, a dificuldade encontrada só reafirma a necessidade e a importância deste trabalho, dentro da área inicialmente da saúde, mas que transcende esta dimensão para toda a sociedade, passando deste a área da educação, até a área social, expandindo-se para toda a sociedade.

Com este, buscou-se a compreensão do que leva uma criança e/ou um adolescente a tentar ou a cometer suicídio, através do referencial teórico científico encontrado; Assim como identificar os sinais que possibilitam esta ocorrência, analisando as prováveis causas das tentativas, da mesma forma que a sua consumação.

O suicídio é algo complexo e amplo, tanto no que equivale a sua intenção, como a suas consequências. Esta ocorrência demonstra a fragilidade que o sujeito se encontra, sendo o reflexo do quando a sua vida está insuportável, ao ponto que este prefere abdicar da sua existência, assim como de tudo que o cerca, abrindo mão de todas as possibilidades que o futuro poderá vir a proporcionar, em prol do fim do seu sofrimento. Vale lembrar, que o suicídio se dá através de uma construção, que se pauta em uma soma de fatores existente. Este pode ser considerado como um pedido de ajuda, propriamente manifestado através da ação cometida, colocando que o seu sofrimento é tão insuportável que a melhor coisa, ou talvez a única diante da sua compreensão a fazer é tirar a própria vida. Os sinais surgem como um sinal de alerta, pra pessoas que estão ao redor do sujeito, sendo estes bem variados conforme se verificou e se citou durante a pesquisa.

Já no que se refere ao suicido na Infância, encontrou-se uma grande dificuldade, tendo poucas publicações, reafirmando assim a negação desta

ocorrência, perante grande parte da sociedade, incluindo até mesmo os profissionais da área da Saúde, que apresentam resistência até mesmo para se dar conta desta ocorrência, colocando muitas vezes simplesmente como um acidente doméstico. Segundo Barrero, (s/d) destaca, que o período da infância é considerado como uma fase feliz, a qual este tipo de ocorrência não poderia estar presente, e a admissão deste levaria a baixo esta relação de perfeição.

A negação dessas ocorrências dificulta a real apresentação dos índices de suicídio na infância, mascarando assim o fato; mas, nem por isso estas deixaram de ocorrer. O mascaramento do problema, ou a falta de enfrentamento deste, deve somente promover maior dificuldade perante a prevenção e acompanhamentos dos casos; proporcionando assim, menos acesso a informação, possibilitando o aumento das ocorrências. Vale sempre destacar, que cada fase da vida corresponderá a um percurso do desenvolvimento humano e que este deverá ficar a vista, para se conseguir ter maior clareza diante dos conflitos vividos, assim como a intensidade das particularidades desses.

O suicídio na adolescência, em relação as ocorrências na fase infantil tem maior quantidade de publicação científica. Sendo que, tendo maior numero de referencias disponíveis a serem acessadas, facilita a sua compreensão, estudo e análise. Conforme Borges et al. (2008 b), para se conseguir prevenir o suicídio, deve-se compreende-lo, sendo que, para compreende-lo será necessário uma investigação perante este, ou seja um estudo; através de uma avaliação adequada.

Outro fator de extrema importância a ser destacado é a dimensão psicossocial que cada sujeito tem, sendo que esta deverá considerar deste os fatores internos até os fatores externos ao sujeito. Assim, deve-se focar no meio que este está inserido, assim como, as suas vivencias, da mesma forma que como este consegue vivenciar, ou seja, significar e resignificar as situações vividas. Partindo desta forma, para a resiliência dos sujeitos perante as situações vivenciadas, respeitando as particularidades de cada sujeito.

No que compete ao suicídio tanto de crianças como de adolescentes, o grande fator protetor esta pautado na prevenção das ocorrências. A prevenção das ocorrências e as tentativas de suicídio, pode e devem estar em todo contexto social, desde as escolas, até nas associações de moradores, isso é em todos os lugares. Para que se consiga esta concretização é necessário que se promova a conscientização da importância deste, promovendo assim a corresponsabilidade de

todos. Uma das formas de se trabalhar pautado na prevenção do suicídio é a promoção da qualidade de vida e do desenvolvimento humano; possibilitando o desenvolvimento mais saudável deste.

Destaca-se nesta finalização que a pouca publicação só vem a reforçar a necessidade de mais estudos, além de ter sido um fator estressor durante todo o andamento deste trabalho de pesquisa. Em alguns momentos durante o percurso deste chegou-se a cogitar a troca de foco do trabalho, principalmente com relação ao período da infância, mas com muito esforço, persistência e pesquisa conseguiu-se chegar ao término, cumprindo-se a proposta dos objetivos.

Pode-se acrescentar recomendações, que são declarações concisas de ações julgadas necessárias, a partir das conclusões obtidas.

## REFERÊNCIAS

- ABASSE, Maria Leonor Ferreira et al. **Análise epidemiológica da morbimortalidade por suicídio entre adolescentes em Minas Gerais, Brasil.** Publicado em: 2009. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63013532010.pdf> . Acessado em: 20/11/2011.
- ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto. **Solidão a Ausência do Outro.** São Paulo: Pinheira, 1999, p. 46 – 62.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Comportamento suicida conhecer para prevenir.** Publicado em: 2009. Disponível em: [http://www.cvv.org.br/site/images/stories/saibamais/cartilha-suicidio\\_profissionais-imprensa\\_out2009.pdf](http://www.cvv.org.br/site/images/stories/saibamais/cartilha-suicidio_profissionais-imprensa_out2009.pdf) Acessado em: 04/08/2012.
- BARRERO, Sergio A. Perez. **Manual de Prevenção do Suicídio.** Disponível em: <http://www.adolescenciaalape.org/sites/www.adolescenciaalape.org/files/MANUAL%20DE%20PREVEN%C3%87%C3%83O%20DO%20SUIC%C3%8DDIO%20Dr.%20Sergio%20A.%20Perez%20Barrero.pdf> . Acessado em: 28/08/2012.
- BOARATI, Miguel. **Suicídio na Infância e na Adolescência.** Publicado em: 20/01/2011. Disponível em: <http://www.viversaude.com.br/suicidio-na-infancia-e-adolescencia/> Acessado em: 10/02/2012.
- BOAS, Laís Macêdo Vilas. **O Julgamento Clínico no Contexto do Risco de Suicídio.** Publicado em: 2011. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0599.pdf> Acesso: 10/02/2012.
- BORGES, Vivian Roxo et al. **Ideação Suicida em Adolescentes de 13 a 17 anos.** Publicado em: 2008 a. Disponível em: <http://www.sumarios.org/sites/default/files/pdfs/192-2610-1-pb.pdf> . Acessado em: 12/08/2012.
- BORGES, Vivian Roxo et al. **Prevenção do Suicídio na Adolescência: Intervenção Psicoeducativa.** Publicado em: 2008 b. Disponível em: [http://www.pucrs.br/research/salao/2008XSalaolC/index\\_files/main\\_files/trabalhos\\_mostra/psicologia/62541.pdf](http://www.pucrs.br/research/salao/2008XSalaolC/index_files/main_files/trabalhos_mostra/psicologia/62541.pdf) . Acessado em: 15/11/2011.
- BORGES, Vivian Roxo et al. **Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos.** Publicado em: 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v11n3/12.pdf> . Acessado 12/08/2012.
- BRANCO FILHO, José Carlos Castelo et al. **SUICÍDIO: Ato Deliberado Contra Si?** Disponível em: <http://www.castelobrancopsi.com/pdf/suicidio.pdf> Acessado em: 20/11/2011.
- CAMPOS, Dinah Martins de Souza. **Psicologia e Desenvolvimento Humano.** Petrópolis: Vozes, 1997, p. 53 – 57.

CAPITÃO, Cláudio Garcia. **Depressão e Suicídio na Infância e Adolescência**. Publicado em: 24/08/2007. Disponível em: <http://www.adolescenza.org/capitao.pdf> Acessado: 10/02/2012.

CAPUTO, Rodrigo Feliciano. **O Homem e suas Representações Sobre a Morte e o Morrer: Um Percurso Histórico**. Publicado em 06/12/2008. Disponível em: <http://www.uniesp.edu.br/revista/revista6/pdf/8.pdf> Acessado em: 05/07/2012.

CASELATO, Sandra. **Suicídio Infantil**. Publicado em: 2010. Disponível em: <http://psicosauade.wordpress.com/2010/07/27/suicidio-infantil/> Acessado em 12/08/2012.

CASSORLA, Roosevelt M. S. **O que é suicídio**. São Paulo: Brasilense; 2. ed; 1986.

CASSORLA, Roosevelt M. S. Considerações Sobre o Suicídio. In: CASSORLA, Roosevelt M. S. **Do Suicídio**. Campinas, SP: Papyrus, 1998, p. 17 – 26.

CASSORLA, Roosevelt M. S. Comportamentos Suicidas na Infância e na Adolescência. In: CASSORLA, Roosevelt M. S. **Do Suicídio**. Campinas, SP: Papyrus, 1998, p. 61 – 87.

CASSORLA, Roosevelt M. S. Comportamentos Suicidas na Infância e na Adolescência. In: CASSORLA, Roosevelt M. S. **Do Suicídio**. Campinas, SP: Papyrus, 1998, p. 61 – 87.

CHABROL, Henri. **A Depressão do Adolescente**. Campinas: Papyrus; 1990, p. 93 – 95.

COELHO, Ana. **Repensar o campo da educação de infância**. Publicado em: 25/10/2007. Disponível em: <http://www.rioei.org/deloslectores/1869Coelho.pdf> Acessado em: 23/08/2012.

COSTA, Ângela Maria. **Infância – Condições de Ser Criança**. Disponível em: [www.escoladeconselhos.ufms.br/manager/titan.php?target...fileId...](http://www.escoladeconselhos.ufms.br/manager/titan.php?target...fileId...) Acessado em: 01/08/2012.

COSTA, Daniela Scarpa da Silva. **Ato Suicida na Infância: do acidental ao ato**. Publicado em: 2010. Disponível em: [http://www1.pucminas.br/documentos/dissertacao\\_daniela\\_scarpa.pdf](http://www1.pucminas.br/documentos/dissertacao_daniela_scarpa.pdf). Acessado em: 20/11/2011.

DAMAZIO, Reynaldo Luiz. **O que é criança**. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1988.

DIAS, Maria Luiza. O Suicídio e suas Mensagens de Adeus. In: CASSORLA, Roosevelt M. S. **Do Suicídio**. Campinas, SP: Papyrus, 1998, p. 89 – 106.

DURKHEIM, Émile. **O suicídio: estudo de sociologia**. São Paulo: Martins Fontes, 2000, p. 8 – 27, 379 – 419.

FEIJÓ, Ricardo Becker et al. **Comportamento de risco na adolescência**. Publicado em: 2001. Disponível em: [http://www.medicina.ufba.br/educacao\\_medica/graduacao/dep\\_pediatria/disc\\_pediatria/disc\\_prev\\_social/roteiros/adolescencia/comp%20de%20risco.pdf](http://www.medicina.ufba.br/educacao_medica/graduacao/dep_pediatria/disc_pediatria/disc_prev_social/roteiros/adolescencia/comp%20de%20risco.pdf) Acessado em: 05/03/2012.

FERREIRA, Manuela et al. **Adolescências... adolescentes...** Publicado em: 2006. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium32/11.pdf> . Acessado em: 05/06/2012.

FETEC/CUT SP. **Calar-se é Permitir Denunciar é Proteger!** Publicado em: <http://www.bispado.org.br/documentos/cartilha.pdf> . Acessado em: 20/11/2011.

FREGUGLIA, Junia et al. **Mudanças na Adolescência**. Disponível em: [http://crv.educacao.mg.gov.br/sistema\\_crv/banco\\_objetos\\_crv/Mudancas\\_na\\_Adolescencia.pdf](http://crv.educacao.mg.gov.br/sistema_crv/banco_objetos_crv/Mudancas_na_Adolescencia.pdf) . Acessado em: 20/08/2012.

GHIRALDELLI JR. Paulo. **As Concepções de Infância e as Teorias Educacionais Modernas e Contemporâneas**. Publicado em: 2011. Disponível em: [http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=2&ved=0CCgQFjAB&url=http%3A%2F%2Fcascaavel.ufsm.br%2Frevistas%2Fojs-2.2.2%2Findex.php%2Freveducacao%2Farticle%2Fdownload%2F3680%2F2078&ei=mzFKUNrHF1q89gTa3YCIDQ&usg=AFQjCNFnOm1erS82B\\_plfwp7Lmp-l3U3Ow&sig2=9IU-N9ODfSyVV-cbKgRurw](http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=2&ved=0CCgQFjAB&url=http%3A%2F%2Fcascaavel.ufsm.br%2Frevistas%2Fojs-2.2.2%2Findex.php%2Freveducacao%2Farticle%2Fdownload%2F3680%2F2078&ei=mzFKUNrHF1q89gTa3YCIDQ&usg=AFQjCNFnOm1erS82B_plfwp7Lmp-l3U3Ow&sig2=9IU-N9ODfSyVV-cbKgRurw) Acessado: 23/08/2012.

KAPLAN, Harold I et all. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. Porto Alegre: Artemed; 7ºed; 1997, p. 753 – 760; 1039 – 1044.

KOLINSKI, Joyce Mara. **Manual de Tanatologia**. Curitiba: Unificado; 2007, p.09 – 18.

KOVÁCS, Maria Júlia. Representações de Morte. In: KOVÁCS, Maria Júlia. **Morte e Desenvolvimento Humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 4º ed; 2002, p. 1 – 13.

KOVÁCS, Maria Júlia. Morte, Separação, Perdas e o Processo de Luto. In: KOVÁCS, Maria Júlia. **Morte e Desenvolvimento Humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 4º ed; 2002, p. 153 – 169.

KNOBEL, Mauricio. A Morte, o Morrer e o Suicídio. In: CASSORLA, Roosevelt M. S. **Do Suicídio**. Campinas, SP: Papyrus, 1998, p. 27 – 40.

KUCZYNSKI, Evelyn. Suicídio. In: ASSUMPÇÃO JUNIOR, Francisco Baptista. **Tratado de Psiquiatria da Infância e Adolescência**. São Paulo: Atheneu, 2003, p. 569 – 575.

KULLER, Jeane da Ap<sup>a</sup>. B. **Infância: Discutindo o Termo Pelo Viés da História**. Disponível em: [http://www.histedbr.fae.unicamp.br/acer\\_histedbr/seminario/seminario8/\\_files/H43AS\\_EPS.pdf](http://www.histedbr.fae.unicamp.br/acer_histedbr/seminario/seminario8/_files/H43AS_EPS.pdf). Acessado em 23/08/2012.

LIMA, Cristina. **Do conceito ao diagnóstico de morte: controvérsias**

e dilemas éticos. Publicado em: 2004. Disponível em:  
[http://www.spmi.pt/revista/vol12/vol12\\_n1\\_2005\\_06-10.pdf](http://www.spmi.pt/revista/vol12/vol12_n1_2005_06-10.pdf) Acessado em:  
 05/07/2012.

Martins, Deborah Toledo et al. **Internação e Suicídio: Protocolo de Atenção aos sinais.** Publicado em 2010. Disponível em:  
[http://www.familia.pr.gov.br/arquivos/File/cadernos%20socio\\_linear/Prevencao\\_do\\_Suicidio.pdf](http://www.familia.pr.gov.br/arquivos/File/cadernos%20socio_linear/Prevencao_do_Suicidio.pdf) . Acessado em: 29/11/2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio:** manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Publicado em: 2006. Disponível em:  
[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_editoracao.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf) Acessado em 15/11/2011.

OLIVEIRA, SANDRINI CASCAES PEREIRA. **O manejo que profissionais da saúde realizam para prevenir o Suicídio em casos que envolvem risco de suicídio.** Publicado em: 2008. Disponível em: <http://inf.unisul.br/~psicologia/wp-content/uploads/2009/02/marcia.pdf> . Acessado em: 20/05/2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **PREVENÇÃO DO SUICÍDIO:** Manual para Professores e Educadores. Publicado em: 2000 a. Disponível em:  
[http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO\\_MNH\\_MBD\\_00.3\\_por.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_MNH_MBD_00.3_por.pdf) Acessado em: 22/02/2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Prevenir o Suicídio um Guia para Profissionais dos Mídia.** Publicado em: 2000 b. Disponível em:  
<http://www.abelsidney.pro.br/prevenir/imprensa.pdf> Acessado em: 22/02/2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção Do Suicídio:** Um Manual Para Profissionais Da Saúde em Atenção Primária. Publicado em: 2000 c. Disponível em:  
[http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO\\_MNH\\_MBD\\_00.4\\_por.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_MNH_MBD_00.4_por.pdf) Acessado: 22/02/2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do Suicídio:** um Manual para Médicos Clínicos Gerais. Publicado em: 2000 d. Disponível em:  
[http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO\\_MNH\\_MBD\\_00.1\\_por.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_MNH_MBD_00.1_por.pdf) Acessado em: 08/03/2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Prevenção do Suicídio um Recurso para Conselheiros.** Publicado em: 2006. Disponível em:  
[http://www.who.int/mental\\_health/media/counsellors\\_portuguese.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/counsellors_portuguese.pdf) Acessado em: 15/11/2011.

PAPALIA, Diane E et al. **Desenvolvimento Humano.** Porto Alegre: Artes Médicas; 7 ed; 2000, p. 24 – 54.

PEREIRA, Luis Jr. **Estágios do Desenvolvimento Segundo Wallon.** Publicado em: 12/07/2011. Disponível em: <http://luisjr-pereira.blogspot.com.br/2011/07/estagios-do-desenvolvimento-segundo.html> Acessado em: 10/08/2012.

SANTOS, Ana Beatriz Brandão dos. Impacto do Suicídio – Ataque ao ser: Pacientes, Familiares e Equipe de Cuidados. In: **Fundamentos de Psicologia: Morte e existência Humana**. KOVÁCS, Maria Julia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008, p. 112 – 124.

SECJ. **Internação e Suicídio**: Protocolo de Atenção aos Sinais. Publicado em: 2010. Disponível em: [http://www.familia.pr.gov.br/arquivos/File/cadernos%20socio\\_linear/Prevencao\\_do\\_Suicidio.pdf](http://www.familia.pr.gov.br/arquivos/File/cadernos%20socio_linear/Prevencao_do_Suicidio.pdf) . Acessado em: 20/11/2011.

SCIVOLETTO, Sandra et al. **Emergências psiquiátricas na infância e adolescência**. Publicado em: 10/2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v32s2/v32s2a08.pdf> Acessado em: 30/04/2012.

SCHMITT, Ricardo et al. Risco de Suicídio. In: QUEVEDO, João. **Emergências Psiquiátricas**. Porto Alegre: Artemed, 2008, p. 181 – 196.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal**. Publicado em: 2008; p. 36-37. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/sites/100/163/00008719.pdf> Acessado em: 17/11/2011.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE São Paulo. **Manual de Atenção a Saúde do Adolescente**. Publicado em: 2006. Disponível em: [http://www.tele.medicina.ufg.br/files/palestras-material/Manual\\_do\\_Adolescente.pdf](http://www.tele.medicina.ufg.br/files/palestras-material/Manual_do_Adolescente.pdf) . Acessado em 12/08/2012.

SEMINOTTI, Elisa Pinto. **Suicídio Infantil**: Reflexões sobre o cuidado Médico. Publicado em: 2011. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0571.pdf>. Acessado em: 12/08/2012.

SILVA, Daniela, NUERNBERG, Denise. **Incidência de suicídios registrados no IML** de Criciúma - SC. 2009. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade do Extremo Sul Catarinense

SOUZA, Luciano Dias de Mattos et al; **Ideação suicida na adolescência**: prevalência e fatores associados. Publicado em: 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v15n1/06.pdf> . Acessado em: 17/05/2012.

TAKIUT, Albertina Duarte. **O Desenvolvimento da Criança nos Primeiros nos de Vida**. Disponível em: <http://www2.videolivriaria.com.br/pdfs/14871.pdf> Acessado em: 13/08/2012.

TAVARES, José et al. **Psicologia do Desenvolvimento e da Aprendizagem**. Coimbra: Almedina; 2005, p. 21 – 81.

UNICEF. **Situação Mundial da Infância 2011**: Adolescência Uma fase de oportunidades. Publicado em: 2011. Disponível em: [http://www.unicef.org/brazil/pt/br\\_sowcr11web.pdf](http://www.unicef.org/brazil/pt/br_sowcr11web.pdf). Acessado em: 30/08/2012.

VERONESE, Josiene Rose Petry. **Direito da Criança e do Adolescente.** Florianópolis: OAB/SC, 2006, p. 7- 18.

WORDEN, J. William. **Terapia do Luto:** um manual para o profissional de saúde mental. Porto Alegre: Artes Médicas; 2 ed; 1998, p. 113 – 122.

ZANONI, Daniela Matias. **Um Olhar para a Pedagogia da Educação Infantil:** As Contribuições Teóricas para Educação de Crianças. Publicado em: 2005. Disponível em:

[http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CCoQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.faat.com.br%2Fsite%2Farquivos%2F06infancia\\_pedagogia.doc&ei=vzhKUJKfJDQ9ASYCYAQ&usg=AFQjCNFukmhKcYJ2sCHLIUSaJQTCO6zS6w&sig2=xdc-xoZbcMuqMU9F7wG1TA](http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CCoQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.faat.com.br%2Fsite%2Farquivos%2F06infancia_pedagogia.doc&ei=vzhKUJKfJDQ9ASYCYAQ&usg=AFQjCNFukmhKcYJ2sCHLIUSaJQTCO6zS6w&sig2=xdc-xoZbcMuqMU9F7wG1TA). Acessado 26/08/2012.