



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

SAULO SACRAMENTO MEIRA

**ANÁLISE DO COMPORTAMENTO SUICIDA EM SERVIÇO DE
EMERGÊNCIA HOSPITALAR PÚBLICO**

JEQUIÉ/BA
2018

SAULO SACRAMENTO MEIRA

**ANÁLISE DO COMPORTAMENTO SUICIDA EM SERVIÇO DE
EMERGÊNCIA HOSPITALAR PÚBLICO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde – da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (PPGES/UESB), área de concentração em Saúde Pública, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Doutor.

Linha de Pesquisa: Política, Planejamento e Gestão em Saúde .

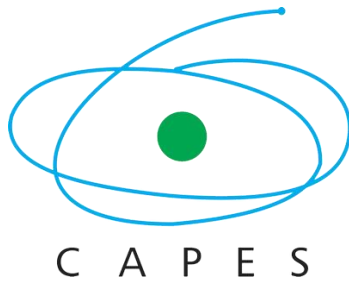
Orientadora: Prof^a. Dr.^a Alba Benemerita Alves Vilela.

JEQUIÉ/BA
2018

*Dedico esse trabalho à todas as pessoas que pensam ou tentaram
abreviar suas biografias, para que elas jamais percam a esperança na
vida.*

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À Fundação **CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior**, os agradecimentos especiais, por incentivar a qualificação pessoal e científica no Brasil e no exterior dos pós-graduandos, oportunidades essas que agregam valores e que ressignificam permanentemente a vida pessoal e profissional de seus contemplados.



AGRADECIMENTOS

O espaço limitado desta seção de agradecimentos seguramente não me permite agradecer como deveria à todas as pessoas que ao longo do meu doutorado me ajudaram, direta ou indiretamente a cumprir os meus objetivos e a realizar mais esta etapa da minha formação acadêmica. Desta forma, deixo apenas algumas palavras, poucas, mas um sentido e profundo sentimento de reconhecido agradecimento.

À **Deus**, o eterno capitão do barco que chamo de *vida*, por sempre me amparar nos momentos difíceis, me dar força interior para superá-los, mostrar os caminhos nas horas incertas e atender-me em minhas necessidades.

À **Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB**, em especial ao Programa de **Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde (PPGES)**, e seu corpo docente por se esforçar em ser referência de qualidade na formação de profissionais através do oferecimento gratuito do curso de Pós-Graduação.

À professora **DSc. Alba Benemérita Alves Vilela**, orientadora, parceira de trabalho e de tantos anos de convivência nos quais dividimos atividades, titulações e valores humanos que não podem ser documentados. Falo não mais como aluno, mas sim como amigo que muito lhe respeita, por tudo que fez e faz para minha formação. As longas madrugadas e noites mal dormidas que tivemos para a construção desse trabalho nunca serão esquecidas, mais uma vez obrigado pela confiança e carinho depositado. Para você minha eterna gratidão.

À **minha família**, a qual amo muito, pelo carinho, paciência e incentivo.

À todos, minha gratidão!

“Viver é sofrer, sobreviver é encontrar algum sentido nesse sofrimento”

Friedrich Nietzsche

MEIRA, SAULO SACRAMENTO. **ANÁLISE DO COMPORTAMENTO SUICIDA EM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR PÚBLICO**. Tese [doutorado]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, BA. 2018. 143p.

RESUMO

O comportamento suicida é um complexo desafio para saúde pública de largas proporções, atingindo diferentes sexos, grupos etários e classes sociais. Pode ser definido como um conjunto de ideias, pensamentos e ações que giram em torno do autoextermínio humano, no qual o indivíduo possui intenções de alcançar a morte. É identificado como um dos comportamentos humanos mais enigmáticos e, por isso mesmo perturbador, causando grande questionamento, curiosidade e inquietação. Os serviços de saúde são responsáveis pelo acolhimento dos casos de comportamento suicida e, nesse contexto, tem-se destaque para o setor de emergência hospitalar, serviço que atende a maioria dos casos não consumados, constituindo-se como um espaço privilegiado para melhor compreensão do fenômeno. Mediante esse contexto surgiram os questionamentos: quais são os indicadores de internações hospitalares provenientes de tentativas de suicídio no Estado da Bahia? Como os profissionais da emergência hospitalar compreendem o suicídio? E, por fim, como é percebida pelos profissionais da unidade hospitalar a prevenção das readmissões por tentativa de suicídio? O pressuposto dessa tese consistiu na ideia de que na atualidade, apesar do tabu do comportamento suicida, os profissionais de saúde da unidade hospitalar investigada estão mais conscientes da multidimensionalidade desse fenômeno. Trata-se de um estudo misto de abordagem tanto quantitativa, através de aplicações descritiva-epidemiológicas do objeto estudado, quanto qualitativa por se fundamentar na Teoria das Representações Sociais, realizado através de dados primários e secundários, coletados por formulários e entrevistas em 2017. Os dados foram processados e analisados pelo *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) e pela análise cognitiva intitulada de AnCo-REDES. O presente estudo cumpriu os princípios éticos da pesquisa com seres humanos, segundo a Resolução Nº 466, de 12/12/2012, sob protocolo sob nº de processo: 2.620.152. Os resultados dessa tese são apresentados sob a forma de três *manuscriptos* científicos elaborados de acordo as normas dos periódicos previamente selecionados para a submissão. O primeiro buscou avaliar as internações hospitalares decorrentes de lesões autoprovocadas intencionalmente no Estado da Bahia, Brasil, no período de 2008 a 2016; o segundo em analisar a estrutura das representações sociais de profissionais emergencistas sobre o suicídio, a partir da análise cognitiva de redes; e o terceiro, em analisar as representações sociais de profissionais emergencistas sobre a prevenção das readmissões por tentativa de suicídio, utilizando como recurso analítico o modelo AnCo-REDES (Análise Cognitiva de redes). Conclui-se num primeiro momento, que a caracterização das internações hospitalares por lesões autoprovocadas no Estado da Bahia permite identificar particularidades do perfil regional através de um panorama espacial dos pacientes atendidos por sexo, grupo etário, meios de perpetração e demais variáveis. Em seguida, foi possível compreender o significado do suicídio, apreendido pelos profissionais em dimensões biológicas, sociais, afetivo-psicológicas e religiosas e por fim, foi possível perceber uma compreensão acerca da prevenção positivamente complexo, inclusivo e multisetorial. O pressuposto dessa tese se confirmou, evidenciando uma compreensão mais consciente e ampla do comportamento suicida. Espera-se que esses resultados estimulem os serviços no sentido de fortalecer práticas e comportamentos que potencializem o acolhimento desses pacientes.

DESCRITORES: Suicídio. Serviço Hospitalar de Emergência. Tentativa de Suicídio. Semântica. AnCo-REDES.

MEIRA, SAULO SACRAMENTO. ANALYSIS OF SUICIDE BEHAVIOR IN THE PUBLIC HOSPITAL EMERGENCY SERVICE. Thesis [Doctorate]. Postgraduate Program in Nursing and Health, State University of Southwest of Bahia, Jequié, BA. 2018. 143 p.

ABSTRACT

Suicidal behavior is a complex public health challenge of wide proportions, striking different sexes, age groups and social classes. It can be defined as a set of ideas, thoughts and actions that revolve around human self-extinction, in which the individual has intentions to achieve death. It is identified as one of the most enigmatic and therefore disturbing human behavior, causing great questioning, curiosity and restlessness. The health services are responsible for hosting cases of suicidal behavior and, in this context, the hospital emergency sector is a highlight, a service that serves the majority of cases of unconsummated attempts, constituting a privileged space for better understanding of the phenomenon. In this context, the question was raised: what are the indicators of hospital admissions from suicide attempts in the State of Bahia? How do hospital emergency professionals understand suicide? And, finally, how is it perceived by the professionals of the hospital unit to prevent readmissions for attempted suicide? The assumption of this thesis is that in the present day, despite the taboo present in suicidal behavior, the health professionals of the hospital unit investigated are more aware of the multidimensionality of this phenomenon. This is a mixed study of both quantitative approach, through descriptive-epidemiological applications of the object studied, as well as qualitative because it is based on the Theory of Social Representations, performed through primary and secondary data, collected through forms and interviews in 2017. The data were processed and analyzed by the *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) software and by the cognitive analysis entitled AnCo-NETWORKS. The present study complied with the ethical principles of research with human beings, according to Resolution No. 466, 12/12/2012, under protocol under case number: 2.620.152. The results of this thesis were presented in the form of three scientific manuscripts prepared according to the norms of the periodicals previously selected for the submission. The first one sought to describe hospital admissions due to intentional self-harm in the State of Bahia, Brazil, from 2008 to 2016; the second to analyze the structure of the social representation of emergency professionals on suicide, from the cognitive analysis of networks; and the third, to analyze how the emergency professionals perceive the prevention of readmissions by suicide attempt, using as an analytical resource the model AnCo-REDES (Cognitive Network Analysis). It was concluded at the outset that the characterization of hospital admissions due to self-inflicted injuries in the State of Bahia allows us to identify particularities of the regional profile through a spatial panorama of patients attended by gender, age group, means of perpetration and other variables. Afterwards, it was possible to understand the meaning of suicide, apprehended by professionals in biological, social, affective-psychological and religious dimensions and, finally, it was possible to perceive an understanding about positively complex, inclusive and multisectoral prevention. The assumption of this thesis was confirmed, evidencing a more conscious and ample understanding of the suicidal behavior. It is hoped that these results will stimulate the services in the direction to strengthen practices and behaviors that potentiate the reception of these patients.

DESCRIPTORS: Suicide. Emergency Hospital Service. Suicide attempt. Semantics. AnCo-NETWORKS.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1 Capítulo I - Aspectos conceituais do comportamento suicida	16
2.1.1 Ideação suicida.....	18
2.1.2 Planificação.....	21
2.1.3 Tentativa de Suicídio.....	22
2.1.4 Suicídio – ato consumado e seus subtipos.....	24
2.2 Capítulo II -Compreensão do comportamento suicida ao logo da história	29
2.2.1 A questão moral do suicídio entre gregos e romanos.....	31
2.2.2 O suicídio do Cristianismo.....	35
2.2.3 A mudança da perspectiva cristã sobre o suicídio.....	35
2.2.4 Da reforma cristã no século XIII aos tempos atuais.....	38
2.3 Capítulo III - Dimensões epidemiológicas do comportamento suicida	42
2.3.1 Panorama mundial do comportamento suicida.....	42
2.3.2 O comportamento suicida no Brasil.....	47
3 REFERENCIAL TEÓRICO	51
3.1 A Teoria das Representações Sociais	51
3.1.1 Aplicabilidade da Teoria das Representações Sociais no comportamento suicida.....	56
4 MÉTODO	58
4.1 Tipo de estudo.....	58
4.2 Local de estudo.....	58
4.3 População.....	60
4.4 Lócus e período	60
4.5 Instrumentos de coleta de dados.....	61
4.6 Análise de dados.....	62
4.7 Questões éticas.....	65
5 RESULTADOS	66
5.1 Manuscrito I: Hospitalizações por lesões autoprovocadas intencionalmente no Estado da Bahia –Brasil [2008 – 2016].....	67

5.2 Manuscrito II: Análise cognitiva das representações sociais sobre suicídio por profissionais da emergência hospitalar.....	87
5.3 Manuscrito III: Representações sociais de profissionais de emergência hospitalar sobre prevenção de readmissões por tentativa de suicídio.....	105
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	125
REFERÊNCIAS	127
APÊNDICE	137
ANEXO.....	140

Apresentação

Essa tese foi confeccionada em consonância aos padrões de normatização para estruturação de teses e dissertações preconizado pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES), da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Desse modo, o presente trabalho possui a finalidade de analisar o comportamento suicida em uma emergência hospitalar pública, com enfoque no Estado da Bahia, cujo percurso em busca desse objetivo será apresentado e discutido primeiramente ao longo de três capítulos temáticos a fim de sistematizar e se apropriar dos principais conceitos e teorias no campo da suicidologia, outra seção contemplará o referencial teórico fundamentado na Teoria das Representações Sociais e por fim, serão apresentados três *manuscritos* científicos, resultantes dos dados produzidos.

No **primeiro capítulo – Aspectos conceituais do comportamento suicida** – foi desenvolvida uma ampla revisão acerca das nomeclaturas envolvendo os comportamentos suicidários tais como a ideação suicida, planificação, tentativa de suicídio, parassuicídio e o suicídio, enquanto ato consumado, que apesar de se tratar de um tema antigo, ainda não está claramente definido, sendo ainda, conteúdo divergente inclusive entre aqueles da área da suicidologia. Nela foram reunidas e expostas as definições de importantes estudiosos no assunto, material que embasou as discussões dessa tese, incluindo os modelos teóricos e explicativos com início no trabalho pioneiro de Durkheim, no final do século XIX.

No **segundo capítulo – Compreensão do comportamento suicida ao longo da história** – é apresentado ao leitor uma retrospectiva dos múltiplos significados que o suicídio (em especial) adquiriu ao longo da história antiga, moderna e contemporânea, bem como seus atravessamentos morais, políticos, ideológicos, antropológicos, filosóficos, biológicos e sociais, com o objetivo de melhor compreender as consequências desse pluralismo conceitual diante do comportamento suicidário.

O **terceiro capítulo – Dimensões epidemiológicas do comportamento suicida** – seção em que são apresentadas informações complementares para melhor contextualizar espacialmente o leitor sobre a prevalência do fenômeno nas diferentes sociedades, grupos étnicos e seus correlatos sociodemográficos nacionais e internacionais, a fim de oferecer, pela ótica da epidemiologia, informações que tornem possível dimensionar os principais aspectos do comportamento suicida.

O **referencial teórico** – nessa seção é contextualizado a Teoria das Representações Sociais em sua abordagem estrutural e processual, referencial que fundamentou a maior parte das investigações dessa tese e permitiram apreender e analisar o fenômeno do suicídio (enquanto objeto), por uma ótica complexa de sentidos atribuídos por diferentes indivíduos, pertencentes a um determinado grupo social.

Quanto aos *manuscritos* científicos desenvolvidos, houve predileção por produções metodologicamente mistas acerca do objeto de estudo que permitissem ao

mesmo tempo caracterizar a realidade do comportamento suicida no nível hospitalar e compreender as dimensões mais implícitas desse fenômeno diante a escassez de pesquisas da temática na região.

É oportuno sinalizar para as diferentes terminologias que serão apresentadas nessa pesquisa, pois como já mencionado, na literatura nacional e internacional são variadas as denominações acerca do desejo voluntário de morrer, as planificações, as tentativas e a morte consumada, especialmente em investigações como essa, fundamentada em conceitos do campo da sociologia e da medicina em cenários nacionais e internacionais. Ainda assim, apesar da preocupação e esforço dos autores em uniformizar definições, é possível que o leitor identifique terminologias variadas para um mesmo objeto, como Lesões Autoprovocadas Intencionalmente, terminologia utilizada pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde na sua 10ª edição (CID-10), autoextermínio, autolesão, violência autoinfligida, dentre outras nomeclaturas que integram o campo da suicidologia e que estão presentes nessa obra.

Ao fim, o trabalho apresenta como não poderia deixar de ser, uma síntese conclusiva que joga luz aos aspectos mais relevantes desta investigação.

1 INTRODUÇÃO

Nada se pode prevenir se não há nada para ser prevenido. Essa tese se propõe antes de qualquer abordagem teórico-metodológica, a contribuir para centralidade das discussões acerca do comportamento suicida, somando esforços para o grande desafio da desconstrução do tabu e dos estereótipos em torno do tema que mantém esse fenômeno na sombra científica e social. É um convite à compreensão do comportamento suicida de modo sistemático, fundamentado em suicidólogos clássicos e atuais, a fim de reunir saberes e possibilitar estratégias para melhor reconhecimento e acolhimento daqueles que pensam em abreviar suas vidas, uma vez que discussões relacionadas ao tema ainda são consideradas tabu devido ao medo de que falar sobre, possa estimular o ato.

Suicídio é uma palavra originada no latim, derivada segundo Cassorla (1992), da junção das expressões *sui* (si mesmo) e *caederes* (ação de matar) e, apesar de não possuir uma definição universalmente aceita, sua compreensão é frequentemente perpetuada de forma reducionista à loucura, sendo por vezes notificado de forma menos importante pelos boletins de óbito ou reservado aos registros inconclusivos e/ou de causa ignorada.

Neste estudo, o suicídio é entendido a partir da teoria de Durkheim, que em 1897, define-o como “todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo, praticado pela própria vítima, sabedora de que devia produzir esse resultado” (DURKHEIM, 2014, p.16) e complementa-o como um fenômeno universal, que deve ser entendido a partir do contexto cultural estudado, uma vez que sua significação vai depender de como cada cultura entende este ato.

Os serviços de saúde são os principais responsáveis pelo acolhimento e assistência para os casos de comportamento suicida e, nesse contexto, o desafio da prevenção se desdobra na dificuldade de desenvolver estratégias para identificação de situações de maior vulnerabilidade e o desenvolvimento de estratégias para o acolhimento adequado (WHO, 2000).

No Brasil, a proposta de atenção integral e o atendimento de usuários em linhas de cuidado são campos férteis para o desenvolvimento de políticas intersetoriais de atenção ao suicídio (GOMES et al, 2010), na medida em que a entrada do usuário nessa rede hierarquizada deveria ocorrer por meio do nível de atenção primária, secundária e, por fim, terciária. Observamos, entretanto, que, na prática, o sistema de saúde é uma rede com

múltiplas entradas, o que permite ao usuário transitar entre os níveis de atenção sem um devido acompanhamento, em que exista de forma efetiva a referência e a contrarreferência.

Segundo Baca (2011) o serviço de emergência hospitalar é habitualmente o primeiro contato do paciente que tentou suicídio ou episódio de autolesão com o sistema de saúde e estima-se que para cada suicídio consumado, houve em média 05 hospitalizações e 22 visitas aos serviços de emergência por tentativa de suicídio, sendo possível entender esse contexto, como uma excelente oportunidade para que médicos e demais profissionais de saúde identifiquem o potencial nível de risco de morte por suicídio e possam desenvolver formas de acolhimento eficazes. Para Mccann et al (2006) a avaliação estratégica e gestão adequadas desses pacientes são fundamentais para prevenção de futuros comportamentos suicidas.

No entanto, o despreparo profissional para lidar com pacientes suicidas, aliado a intensa dinâmica hospitalar, impede que essa oportunidade seja melhor aproveitada pela equipe (PATTERSON; WHITTINGTON; BOGG, 2007, TAYLOR et al., 2009). Essas atitudes podem levar à diminuição dos cuidados por parte do profissional, por achar que seu tempo está sendo consumido de forma desnecessária em detrimento de pacientes mais graves, ou de pressupor que tentativas de suicídio seriam apenas maneiras de chamar a atenção. Para Law, Rostill-Brookes, Goodman (2009), as representações mistificadas dificultam consideravelmente o acolhimento e a adesão terapêutica dos pacientes.

A tentativa de suicídio configura-se como um dos mais importantes preditores de suicídio, de modo que a assistência adequada prestada ao paciente suicida é imprescindível enquanto estratégia preventiva (HETEM, 2010). No curso de alguns quadros clínicos, o comportamento dos profissionais na admissão e manejo ao paciente são cruciais para a determinação do seu prognóstico (ROCHA, et al, 2014), se tornando necessário instituir, modernizar e integrar políticas públicas mais eficazes a fim de estabelecer estratégias para aumentar o engajamento do indivíduo no tratamento e melhorar a continuidade dos cuidados.

Em decorrência desta carência de ações efetivas e das dimensões do tema, pesquisas voltadas para ampliar discussões acerca de políticas e planejamento são fundamentais para o fornecimento de informações atualizadas sobre o tema, potencializando recomendações, diretrizes e ações estratégicas que garantam táticas de acolhimento e assistência especializadas.

Nas últimas décadas, a produção científica acerca do comportamento suicida revestiu-se de caráter predominantemente positivista e técnico. Essa investigação possui como

característica principal, refletir e compreender o fenômeno a partir da experiência dos responsáveis pelo acolhimento direto desse paciente.

O objeto de estudo dessa tese são as representações sociais do comportamento suicida por profissionais emergencistas e mediante esse contexto surgiram os seguintes questionamentos: quais são os indicadores de internações hospitalares provenientes de tentativas de suicídio no Estado da Bahia? Como os profissionais da emergência hospitalar compreendem o suicídio? E, por fim, como é percebida pelos profissionais da unidade hospitalar a prevenção das readmissões por tentativa de suicídio?

O pressuposto dessa tese consistiu na ideia de que na atualidade, apesar do tabu do comportamento suicida, os profissionais de saúde da unidade hospitalar investigada estão mais conscientes da multidimensionalidade do fenômeno, em decorrência das mudanças (especialmente nas últimas décadas) do pensamento e das práticas no campo da saúde, que ressignificam e incorporam (ainda que indiretamente) aspectos mais complexos do comportamento suicidário. Nas últimas décadas, a exemplo das reformas constantes no setor de saúde, pelo incremento de novas tecnologias, o esforço para expansão de práticas humanizadas, a educação permanente, o estímulo às redes de apoio, a descentralização dos serviços de saúde, a maior permeabilidade às contribuições provenientes de áreas diversas como sociologia e a antropologia, o progresso promovido pela reforma psiquiátrica e outros tantos avanços na saúde mental, resistem e modificam as práticas profissionais e gerenciais ainda que lentamente, reconfigurando novas formas de compreender e interagir com o paciente e a família, oferecendo formas de acolhimento adequado.

Dessa contextualização foram traçados os seguintes objetivos: avaliar as internações hospitalares decorrentes de lesões autoprovocadas intencionalmente no Estado da Bahia, Brasil, no período de 2008 a 2016; Analisar a estrutura das representações sociais de profissionais emergencistas sobre o suicídio e analisar as representações sociais de profissionais emergencistas sobre a prevenção das readmissões por tentativa de suicídio, ambos utilizando como recurso analítico o modelo AnCo-REDES (Análise Cognitiva de redes).

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Capítulo I - Aspectos conceituais do comportamento suicida

O suicídio é um tabu, um assunto invisível, ausente, sobre o qual preferimos não falar. Sem informação, a sociedade não o reconhece como um problema, não mobiliza esforços e nem consagra tempo e energia para tentar reduzi-lo.

André Trigueiro - Viver é a melhor opção: a prevenção do suicídio no Brasil e no mundo

Apesar de comumente compreendido como consequência de uma complexa interação entre fatores predisponentes, precipitantes e protetores, entre a vulnerabilidade individual e os estressores externos que cada indivíduo enfrenta ao longo da vida ou em determinados momentos dela, não existe uma nomenclatura universalmente utilizada para o comportamento suicida. Suicidólogos consagrados na área, dentre eles Shneidman (1957), O'Carroll et al (1996), e Silverman et al (2007), reconhecem a importância de se estabelecer critérios de maior clareza científica (altamente desejável) para definições e terminologias associadas ao comportamento suicida, tornando-os mais explícitos e generalizáveis, e fornecendo mais clareza e precisão das comunicações, avanço nas pesquisas e melhor compreensão do fenômeno, melhorando assim, a eficácia das intervenções no campo da Suicidologia.

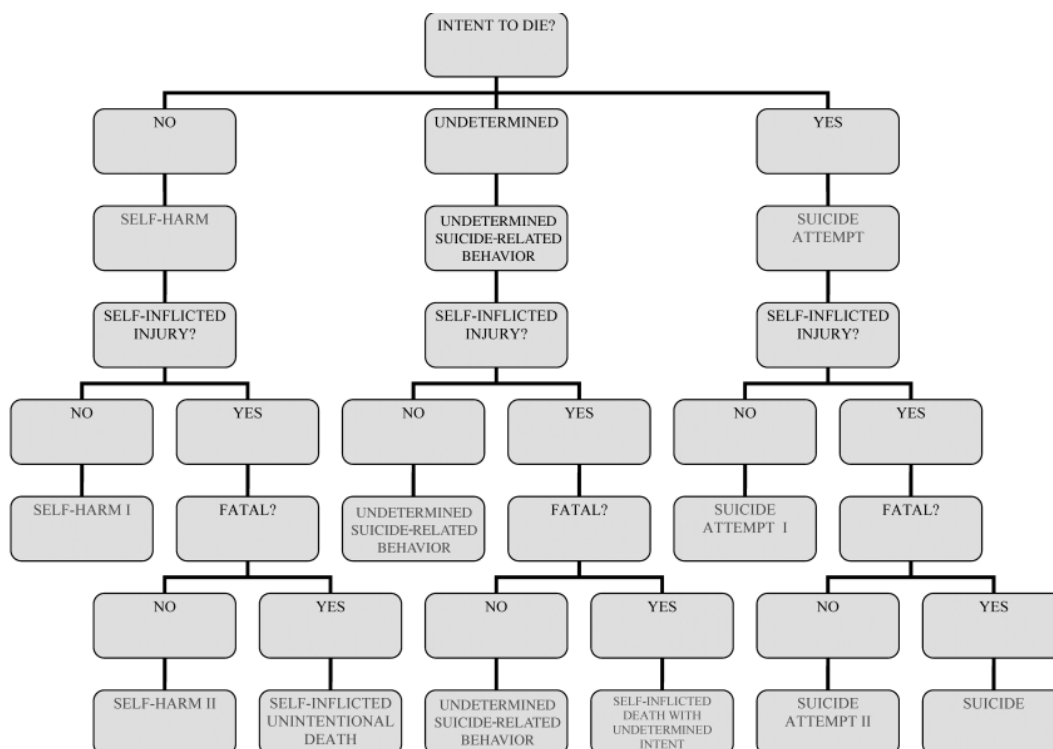
O conceito de comportamento suicida empregado nessa tese será o definido por Silverman et al (2007), que classifica-o como sendo:

[...] um comportamento auto-infligido, potencialmente lesivo, para o qual existe evidência (explícita ou implícita) de que: a) a pessoa desejava usar a aparência de ter a intenção de se matar a fim de alcançar algum outro fim; ou b) a pessoa pretendia, em algum grau indeterminado ou conhecido, se matar. Comportamentos relacionados ao suicídio podem resultar em ferimentos, lesões ou morte (p.272, tradução nossa).

Portanto, comportamentos relacionados ao suicídio incluem um conjunto de pensamentos e ações que podem ou não resultar em autolesão, podendo compreender os

comportamentos indeterminados relacionados ao suicídio, morte autoinfligida, tentativa de suicídio e o suicídio, conforme verificado na figura 1 (SILVERMAN et al, 2007).

Figura 1: Representação gráfica do comportamento suicida.

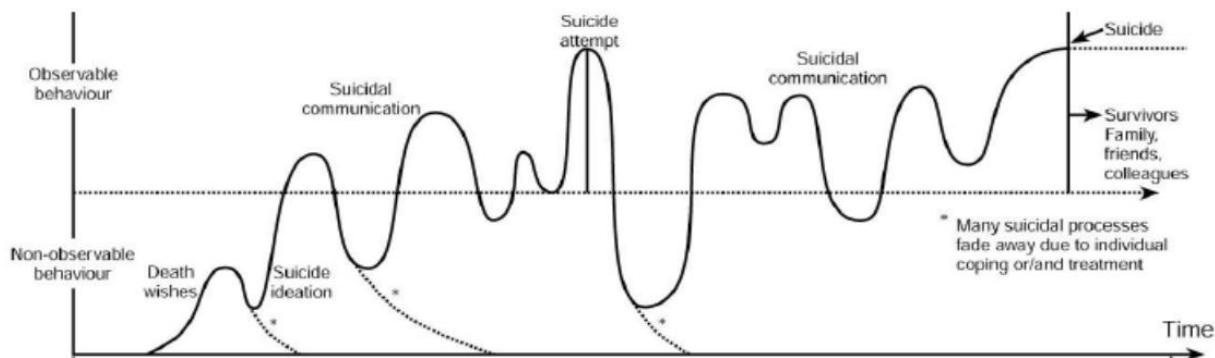


Fonte: Silverman et al, 2007.

São muitas as razões que podem influenciar o comportamento suicidário, dentre eles atitudes de fuga, vingança, altruísmo (ações voluntárias de um indivíduo beneficiando outros), tendência a se perceber como perdedor, baixa tolerância à frustração, dificuldade em resolver conflitos, desespero, abandono e outros que serão discutidos nos próximos capítulos dessa tese (GUTIÉRREZ; CONTRERAS; OROZCO, 2006).

Na perspectiva estrutural, o comportamento suicida é tradicionalmente compreendido como um *continuum* de eventos, entretanto deve-se haver cautela, pois nem sempre tais fenômenos são perceptíveis, conforme demonstrado na Figura 2.

Figura 2: Representação gráfica da manifestação oculta ou evidente dentro do *continuum* do comportamento suicida



Fonte: Adptado de Wasserman, 2001.

2.1.1 Ideação suicida

Definida por Silverman et al (2007) como um componente integrante do comportamento suicida, se refere aos pensamentos, ideias, fantasias, ruminações e preocupações acerca da morte e/ou planejamento para alcançar seu autoextermínio. Engloba desejos, atitudes e estratégias que o indivíduo elabora para se matar e segundo Maris; Bermann; Silverman (2000), destaca-se como um dos principais preditores para o suicídio havendo relação empírica entre as duas variáveis.

Em muitos casos, o indivíduo tem ideias, pensamentos e desejos de sumir, desaparecer antes de tentar o suicídio (VILHJALMSSON; KRISTJANSOTTIR; SVEINBJARNARDOTTIR, 1998), sendo de vital importância uma melhor compreensão conceitual de pensamentos suicidas para que seja possível obter informações prévias sobre como os indivíduos agem (ou não) sobre tais pensamentos, oferecendo possibilidades que tornem possível identificar e acompanhar seus desdobramentos, bem como diferenças específicas, proporcionando abordagens terapêuticas mais eficazes.

A seriedade da ideação suicida como marcador de sofrimento psicológico tem sido confirmada em pesquisas importantes (LUKASCHEK et al. 2015; BARZILAY, et al.2017; STOLZ et al, 2016; SILVERMAN et al, 2007; REINHERZ et al, 2006) que demonstram associação tanto para as morbidades psiquiátricas, como também enquanto fator preditivo de psicopatologias futuras principalmente em adolescentes,

jovens adultos e idosos. A ideação suicida também tem sido relacionada a déficits de funcionamento emocional e comportamental, como, por exemplo, os sintomas depressivos e de baixa autoestima, que se estendem para além da adolescência e permanecem durante o início da idade adulta (REINHERZ et al. 2006).

A motivação para cometer o suicídio é, muitas vezes, complexa, acompanhada de angústia e conflitos internos, contexto esse que merece destaque para ambivalência, caracterizada pela presença concomitante de juízos contraditórios sobre algo, nesse caso, a dúvida entre a vida e a morte. O indivíduo sente-se por tanto atraído por dois impulsos, experimentando uma luta interna entre querer viver e querer morrer (SHNEIDMAN; FARBEROW, 1957; BROWN et al. 2005, KOVACS e BECK, 1977). Trata-se, assim, de um elemento central da definição de tentativas de suicídio, segundo o Instituto Nacional de Saúde Mental dos EUA (O'CARROLL et al., 1996).

Em estudos realizados por Kovacs, Beck (1977); Brown et al. (2005), acerca do comportamento suicida envolvendo ambivalência em pacientes hospitalizados após uma tentativa de suicídio, concluíram que o grau de intenção suicida durante a tentativa de suicídio era mais severo, quanto maior era o desejo de morrer. Todavia, ressalta-se que nem todos os indivíduos que experimentam ideação suicida façam uma tentativa de suicídio, para Nock et al (2008), cerca de 30% dos ideários de suicídio tentarão eventualmente.

Apesar da inexistência de um gesto efetivo na conduta suicida, sua ideação abarca, conforme apresentado anteriormente, uma pulsão instintivo-afetiva que se traduz na intenção e no desejo de matar a si próprio, variando em graus e podendo ser subdividida em **Ideação Suicida Passiva** (PSI - sigla em inglês) e **Ideação Suicida Ativa** (ISA - sigla em inglês), possuindo ambas as particularidades no processo cognitivo de morrer.

Os eventos estressantes do cotidiano da vida podem estimular os indivíduos a pensar que seria melhor estar morto do que vivo. Esse desejo vago pela morte faz referência a PSI e se refere àqueles pensamentos fugazes, vagos, acerca da própria finitude, sendo, no entanto, considerados passivos pelo fato de o pensador ainda não ter agido sobre os pensamentos. A PSI é considerada por modelos tradicionais do comportamento suicida como um dos estágios iniciais e potencial alvo de intervenção dentro da continuidade em direção ao suicídio. Para Baca (2011), um terço dos

indivíduos com uma tentativa de suicídio anterior tiveram ideação suicida passiva, mas nenhuma ideação ou plano ativo.

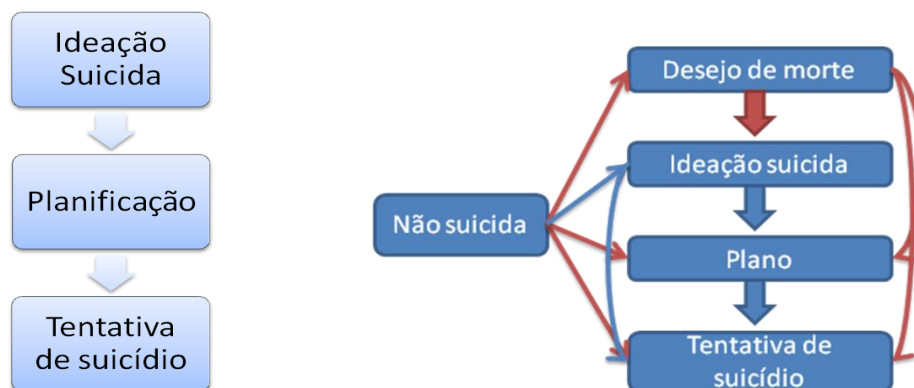
Correa; Barrero (2006) consideram o desejo de morrer como uma espécie de acesso para o comportamento autodestrutivo, o que pode ser percebido por expressões descontentes do sujeito com sua vida, que em momentos pode narrar a falta de sentido na vida, preferência em estar morto, ausência de expectativas futuras, entre outras.

Diferentemente da PSI, a ideação suicida ativa, constitui-se como um apelo mais vincado, uma representação mental (pensamentos e cognições), estruturando estratégias significativas sobre como acabar com a própria vida. Segundo Schulberg (2005); Raue et al (2007), trata-se de uma forma de pensamento mais elaborada de executar o desejo de morrer, uma vez que o indivíduo já portando o desejo de morte, premedita estratégias acerca dos lugares disponíveis, recursos necessários para ação, mecanismos e instrumentos mais letais e, portanto, com maior chance de provocar o autoextermínio.

Modelos teóricos mais tradicionais acerca do comportamento suicida propõem um gradiente de gravidade de risco que teria início com o desejo de morte geralmente rotulado como "menor gravidade", ideação suicida como "severidade intermediária" e tentativas de suicídio que representam "alta gravidade" para mortes por suicídio (LINDEN; BARNOW, 1997; YIP et al., 2003) (FIGURA 3). Essa esquematização, entretanto, vem sendo questionada nos últimos anos, por aqueles que reafirmam para um "modelo de múltiplas entradas" devido aos aspectos imprevisíveis presente nesse fenômeno, pois segundo Crosby et al., (1999); Kessler et al (2005); Lemaster et al., (2004) apenas uma pequena porcentagem de indivíduos com ideação suicida em seus estudos progrediram para fazer um plano, e apenas uma pequena proporção de indivíduos com um plano progride para a tentativa do suicídio. Em outros estudos, as taxas de tentativas de suicídio foram maiores do que as taxas de ideação suicida (LEMASTER et al., 2004) e segundo um levantamento da população dos EUA, pelo menos um terço dos adultos que relataram tentativas de suicídio anteriores negaram ter feito um plano interpretadas como impulsivas, sem ideação e/ou planejamento suicida prévio (CROSBY et al., 1999; LEMASTER et al., 2004).

Embora a ideação suicida ativa e passiva contribuam para o risco de suicídio, identificar particularidades entre essas dimensões pode fornecer informações valiosas sobre a progressão para o suicídio.

Figura 3: Modelos de comportamento suicida. Modelo tradicional contínuo (esquerda) versus Modelo de vias múltiplas (direita) por risco de tentativa de suicídio.



Fonte: Crosby et al., 1999; Kessler et al., 2005; LeMaster et al., 2004.

Nota: As setas azuis representam transições entre estágios de gravidade gradativa tradicionalmente determinada. As setas vermelhas representam transições entre estágios que não seguem o sequenciamento ordenado dos eventos e que, ainda assim, alcançam importante gravidade.

Por se tratar de um assunto tabu, muitos indivíduos com comportamento suicida não expressam espontaneamente seus pensamentos autolesivos inclusive para os profissionais de saúde. Torna-se, pois, imprescindível que os profissionais da saúde, cuidadores e família compreendam os aspectos implícitos, mas presentes no comportamento suicida, para que seja possível identificá-los e fornecer condições para estratégias de melhor acolhimento.

2.1.2 Planificação

Quando não realizados por conduta impulsiva, o comportamento suicidário possui dimensões calculáveis, evidenciados principalmente por meio de bilhetes ou cartas deixados, constatando sua decisão, de modo que quanto mais detalhado for o plano, maiores serão as chances para consumir a morte por suicídio, o que implica na maior acessibilidade do método escolhido, especificação da ocasião ideal (para evitar resgate), local e preparação individual para a morte. Segundo Fremouw, Perczel, Ellis (1990) os planos suicidas podem se fazer presente quando relacionados a distribuição de bens, reconciliação com as pessoas, testamento, bilhetes ou cartas e delegação de

cuidados de filhos ou animais de estimação, consideram que quanto mais detalhado, especificado, viável e letal o plano suicida, maior o risco de morte.

Nock et al (2008) ao investigarem dados de 17 países como parte das Pesquisas Mundiais de Saúde Mental da WHO, estabeleceram a prevalência, ao longo da vida, do comportamento suicida, sendo a ideação suicida representado por 9,2%, plano 3,1% e tentativa, 2,7%. O risco das três manifestações apresentaram valores significativamente associado às mulheres, em uma faixa etária mais jovem, baixa escolaridade e que nunca tenham se casado. Eles também estabeleceram que a presença de qualquer transtorno mental foi significativamente associado a risco de comportamentos suicidas.

Fremouw, Perczel; Ellis (1990) ressaltam que muitos indivíduos apresentam fase temporária de tranquilidade após a planificação do suicídio em decorrência da sensação de solução do seu sofrimento, minimizando as consequências da ambivalência experimentada ou de quadros ansiosos, sinalizando, por isso mesmo, risco imediato de suicídio, tratando, portanto, de reações repentinas de melhora que merecem ser melhor avaliadas.

2.1.3 Tentativa de suicídio

Para O'Carroll et al (1996), a tentativa de suicídio é um gesto deliberado com intenção de morrer, que independente das razões, podendo provocar ou não ferimentos cuja ação não concretiza a morte. Em revisão inédita acerca das nomenclaturas na área da suicidologia, Silverman et al (2007) propõem que se houver algum grau de intenção suicida, rotula-se como tentativa de suicídio, *tipo I (sem lesão)*, observada, por exemplo, nos casos em que o indivíduo se desloca para locais de grande altitude com o objetivo de precipitação, mas desiste de pular no momento; Tentativa de suicídio, *Tipo II (com lesão)*, rotulada como aquela em que, independentemente do grau de lesão ou letalidade do método, há interação com mecanismos de potencial autoexterminio, todavia não teve como desfecho o autoexterminio, se a tentativa de suicídio resultou em morte, é definido então, como um Suicídio.

As tentativas de suicídio apresentam importantes reações tanto para os indivíduos que em muitos casos adquirem um sentimento de frustração pelo não desfecho do ato, quanto para os envolvidos no convívio pessoal, bem como

profissionais de saúde, que podem contribuir tanto como fatores de risco, como fatores de proteção, se tornando imperativo a ajuda profissional especializada para superar a crise e trabalhar as questões que predispõem ao risco de morte, uma vez que as dinâmicas relacionais e/ou padrões desarmônicos anteriores, podem estimular uma nova tentativa, razões pelas quais as taxas de repetição das tentativas de suicídio são mais elevadas perto do terceiro mês após a tentativa anterior (TAVARES, MONTENEGRO; PRIETO, 2004).

Em se tratando de tentativas de suicídio, muitas situações que se apresentam como “acidentais” podem ser travestidas pelas tentativas de suicídio propositalmente, como através de acidentes de trânsito, quedas de locais altos ou ingestão de medicamentos, são alguns exemplos de situações. Existem, também, os comportamentos autodestrutivos indiretos como envolvimento em brigas corporais, atividades sexuais inseguras ou até consumo esporádico de cigarro, maconha ou álcool, e que estão associados ao aumento do risco de ideação ou tentativa de suicídio, principalmente entre os jovens (KING et al, 2001; WERLANG; BOTEGA, 2004).

Se faz oportuno diferenciar no contexto das tentativas de suicídio, os *Non Suicidal Self-Injury* (NSSI – comportamentos autolesivos sem intenção suicida), o que levou à introdução desta nova entidade nosológica no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5*. Estes comportamentos autolesivos tendem a ter características sociais, demográficas e clínicas bastante distintas dos comportamentos suicidários (SARAIVA; PEIXOTO; SAMPAIO, 2014). Este termo veio substituir o termo “parassuicídio”, inicialmente introduzido na década de 60, que designava estes comportamentos como “análogo comportamental do suicídio, não considerando, propositadamente, a orientação psicológica para a morte como essencial à definição”.

A Sociedade Portuguesa de Suicidologia (2013) define como sendo um comportamento invulgar que torna o indivíduo protagonista de situações sem intenção fatal, todavia, quando não há nesse tipo de comportamento intervenção de outrem, quando às lesões provocadas a si próprio não são possíveis de assistência, ou nem sempre suas intenções são descobertas há tempo é possível um desfecho fatal.

2.1.4 Suicídio – ato consumado e seus subtipos

O suicídio representa um desafio para os clínicos e investigadores na área da saúde mental, no que concerne à compreensão dos vários fatores que o precipitam e predisõem o indivíduo para a sua ocorrência, sejam eles de ordem genética, psicológicas, sociais, culturais ou ambientais (MARUSIC; FARMER, 2001; MCGIRR et al, 2007).

Émile Durkheim foi o responsável por abrir caminho para o desenvolvimento de estudos sobre a complexidade do suicídio dentro das diferentes vertentes do conhecimento, tanto sociológico quanto psicológico, médico e antropológico. Definiu o suicídio como sendo:

“todo o caso de morte que resulta, direta ou indiretamente, de um ato, positivo ou negativo, executado pela própria vítima, e que ela sabia que deveria produzir esse resultado”. O suicida sabe o que vai acontecer, como irá lesar-se e qual será o resultado de sua ação (2014, p. 15).

É considerado um recurso desesperado para libertação de um sofrimento descrito como insuportável, que em alguns casos ocorre quando já foram utilizadas todas as estratégias conhecidas por si para comunicar a tristeza e sentidos melancólicos (COSTA, 2012). Por vezes designado como morte voluntária, morte intencional ou morte autoinfligida, na língua portuguesa esta palavra significa o ato deliberado pelo qual um indivíduo possui a intenção e provoca a própria morte.

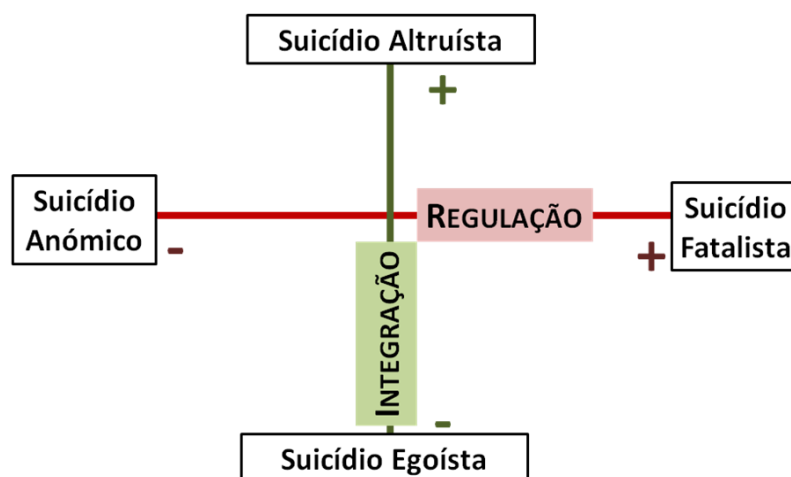
Durkheim procura explicar que o suicídio, além de uma causa psicológica, psicopatológica ou mesmo causa de imitação, também possui causa social; e conceitua-se tratar de um fenômeno especificamente atribuído à raça humana. Tanto quanto se conhece, apenas o ser humano poderá desejar este tipo de morte, e matar-se a si próprio. Apesar de alguns animais se comportarem de uma maneira que lhes provoca a morte, não há provas de que tal comportamento esteja relacionado à consciência de autoextermínio. Apesar de o ato suicida possuir uma tendência de ocorrer individualmente, casos de suicídio coletivo se constituem também enquanto práticas, especialmente a partir de contextos religiosos e, mais recentemente, a partir do contexto virtual (BIDDLE et al, 2008)

Desse modo, considerando um ato consciente de autoaniquilamento, compreendido como um molestar multidimensional sofrido por um indivíduo

vulnerável, o suicídio é percebido como a melhor solução (CASSORLA, 2004; SHNEIDMAN 1981; KRÜGER; WERLANG, 2010).

No plano teórico, Durkheim propõe a categorização de quatro tipos de suicídios (egoísta, altruísta, anômico e o fatalista), baseado no grau de desequilíbrio de duas forças sociais: integração social e regulação moral, conforme esquematizado na figura 4.

Figura 4: Representação gráfica dos tipos de suicídio e a relação com as forças sociais.



Fonte: <https://goo.gl/5XfZYS>

Suicídio egoísta

Acontece quando a presença da sociedade torna-se insuficiente na vida do indivíduo, manifestada por precariedade ou total ausência de laços sociais e/ou familiares, levando-o a um individualismo excessivo. A baixa densidade da coesão social se manifesta no contexto econômico, religioso, político e doméstico, na medida em que ocorre uma fraca ou ausente integridade social, a probabilidade de ocorrer uma morte autoprovocada tende a aumentar (DURKHEIM, 2014). Percebe-se que, a taxa de suicídios varia inversamente ao nível de integração desses grupos e diante dessa densidade afetiva, os fins próprios do indivíduo tomam o lugar dos fins sociais. Pouco importa o fim de sua vida, visto que ele já não se integra ao seu meio social, conforme pode ser observado:

A sociedade não pode se desintegrar sem que, na mesma proporção, o indivíduo se isole da vida social, sem que os seus fins próprios se tornem preponderantes em relação aos fins comuns, em suma, sem que a sua personalidade tenda a sobrepor-se à personalidade coletiva. Quando mais estão enfraquecidos os grupos aos quais pertence, menos dependerá deles e tanto mais, por conseguinte, dependerá exclusivamente dele e passará a reconhecer unicamente as regras de comportamento que se baseiam em seus interesses particulares. Se conviermos, portanto, em chamar “egoísmo” esse estado em que o eu individual se sobrepõe exageradamente ao seu social e o prejudica, podemos dar o nome de egoísta ao tipo particular de suicídio que resulta de uma individuação excessiva (DURKHEIM, 1897, p 220).

Segundo Coutinho (2010) é certamente o tipo social de suicídio mais prevalente, entretanto é aquele que possui melhores resultados terapêuticos devido a maior possibilidade de manutenção de vínculo entre psicoterapeutas e demais profissionais de saúde mental, provenientes do desenvolvimento de suporte emocional, se constituindo como um importante mecanismo protetor para o ato suicida.

Suicídio Altruísta

A referência altruísta faz oposição ao caráter egoísta, ocorrendo em situações cujo indivíduo está extremamente ligado à sociedade, fazendo-o renunciar a si mesmo em prol de outra pessoa ou de coletividades, no intuito de produzir benefícios, chegando ao ponto de oferecer sua vida em favor de terceiros. É um ato em que o indivíduo está tomado pela obediência à preservação de outros, funcionando com uma espécie de sacrifício heróico. Os indivíduos que cometem o suicídio altruísta, também denominado de filantrópico, subordinam-se às expectativas coletivas de modo que o indivíduo se torna tão fortemente ligado à sociedade ou a terceiros que ele cometerá suicídio independentemente de sua própria hesitação, se as normas da sociedade o levarem a tal (DURKHEIM, 1897).

Suicídio anômico

Descrito por Durkheim como típico das sociedades modernas, as perturbações de ordem macropolítica desorientam os indivíduos, criando um desequilíbrio entre os desejos e as possibilidades de satisfação. Se faz presente principalmente em situações de mudanças precipitadas em decorrência da fragilidade da malha social, o que acarreta um profundo sentimento de desintegração em consequência do afrouxamento, mesmo que transitório, de condutas e da presença da lei. Possui evidente interesse para sociologia, pois oferece uma compreensão do indivíduo acerca de seu atual quadro social, induzindo-o a interpretação de que se encontra incapacitado de reagir e/ou modificar sua atual condição independente de qualquer esforço particular (COUTINHO, 2010).

Tende a ocorrer frequentemente durante desordens provenientes de mudanças macroestruturais como crises econômicas, devido ao contexto de grandes alterações na distribuição de riqueza, podendo ocorrer também devido ao isolamento geográfico, ou alienação cultural. Em resumo, faz referência a um subtipo de suicídio provocado pelo caos proveniente de grandes mudanças em uma sociedade, não possuindo um significado de punição, mas como uma tentativa de fuga, de resolutividade de sua angústia. Esse tipo de suicídio acontece quando as forças desagregadoras da sociedade fazem com que os indivíduos se sintam perdidos ou sozinhos.

Suicídio fatalista

Embora Durkheim dê pouca ênfase a este segmento, o suicídio fatalista faz oposição ao estado de anomia, apesar de caracterizar-se também pela presença maciça da sociedade na vida do sujeito, mas decorrente do excesso de regulação pela sociedade intransigente, coercitiva e totalitária (geralmente exercida por representantes do poder constituído e pelo Estado). Neste contexto, o indivíduo encontra-se extremamente pressionado por regras de comportamento muito rígidas que o oprimem, levando-o ao desespero e para livrar-se da opressão sob a qual ele é obrigado a viver, pratica o

suicídio (DURKHEIM, 1897). Surge, portanto, como única escapatória possível diante um contexto normativo imposto e inapelável.

Se Durkheim foi o pioneiro nas teorias que melhor compreendessem a complexidade do suicídio e seus subtipos na sociedade ocidental, Edwin Shneidman é reconhecido pelo seu caráter prolixo e inovador, promovendo uma enorme contribuição para o estudo e a prevenção do suicídio.

Para Jobes, Nelson (2006) acerca das contribuições de Shneidman, referência da suicidologia contemporânea, para a compreensão do pensamento suicida define o suicídio em uma ação consciente de autoaniquilação induzida, de um indivíduo carente, mais bem compreendido como uma doença multidimensional que compreende a morte por suicídio como solução. Uma de suas preocupações era encontrar os elementos comuns a todos os suicídios e, desse modo, procedeu estabelecendo possíveis relações de forma que o propósito comum do suicídio é a busca de uma solução; uma pessoa que se suicida busca uma solução; o objetivo comum do suicídio é a cessação da consciência; o estímulo comum do suicídio é uma dor psicológica; o estressor comum no suicídio são as necessidades psicológicas frustradas; a emoção comum no suicídio é a desesperança-desamparo; o estado cognitivo comum do suicídio é a ambivalência; o estado de percepção comum é a construção, ou seja, a mente de uma pessoa suicida está restringida em sua capacidade de perceber opções; a ação comum no suicídio é escapar e o ato interpessoal comum no suicídio é a comunicação da intenção.

De modo a encerrar essa seção, o suicídio figura como grave problema de saúde em nível mundial, com quase um milhão de pessoas se suicidando por ano e estimativa de seis pessoas do ambiente, diretamente afetadas por cada morte (NAVARRO; MARTÍNEZ, 2012). O impacto psicológico, social e econômico do suicídio na família e na comunidade é imensurável.

2.2 Capítulo II - Compreensão do comportamento suicida ao longo da história

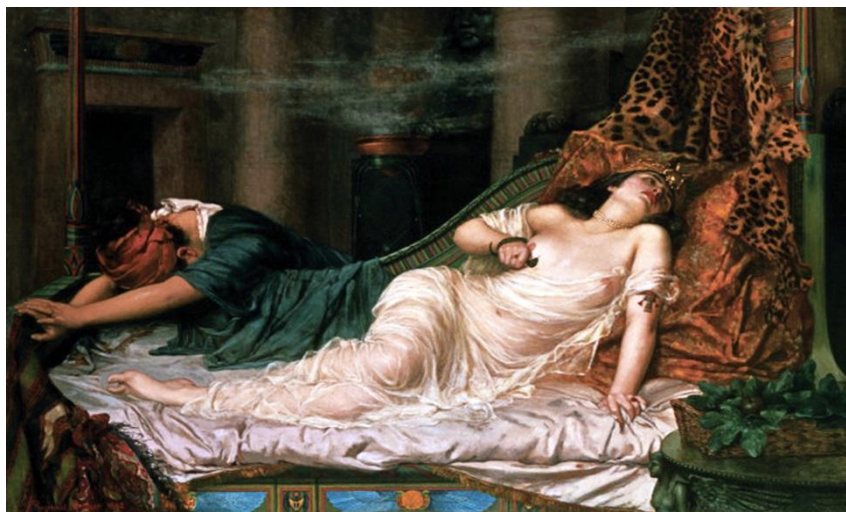
A história nos ajuda a entender a genética dos processos.

Leandro Karnal

O comportamento suicida sempre se fez presente na história da humanidade em diferentes formas, funções e intenções, e em cada época da civilização adquiriu um valor particular, desde compreensões heroicas, até concepções moralmente transgressoras experimentadas pelos indivíduos nessas sociedades, sendo influenciados em diferentes graus por significados metafísicos e humanos, não apenas na motivação, mas também na forma de perpetração e consequências advindas daqueles que buscam abreviar sua existência.

O mais antigo registro de suicídio na história é descrito por Peral (2014) e se remete ao período do antigo Egito dos faraós (aproximadamente em 2000 a. C), tempo no qual não havia desonra associada ao ato suicida, pois a morte era vista como uma mera passagem desta vida para a seguinte, e compreendida também como uma forma conveniente para evitar a dor excessiva ou a desonra na terra. Os mortos eram considerados iguais perante os deuses, tendo as mesmas necessidades físicas e emocionais da vida. Há registros de pessoas que preferiram o suicídio ao castigo da justiça, por sua rebelião ao faraó ou a desonra da derrota, a exemplo do suicídio da rainha Cleópatra diante da futura humilhação que a aguardava depois de perder a guerra contra Octavio, como retratado pelo pintor Reginald Arthur, em 30 a.C. aos 39 anos de idade (Figura 5).

Figura 5: O suicídio de Cleópatra: o golpe da morte (1892).



Fonte: <https://goo.gl/a3R5gj>

Em outro contexto social bem distante do Egito, Silva (1992) descreve que havia na cultura nórdica a crença da existência de um paraíso denominado *Valhalla* destinado àqueles que demonstravam ser corajosos e valentes, a exemplo do suicida (o que garantia a certeza de se alcançar o paraíso), ou através das mortes violentas em batalhas, se tornando possível compartilhar (por meio dessas vias) da presença do poderoso Odin, o deus supremo dessa cultura. Era por tanto uma grande honra e privilégio morrer violentamente para se poder desfrutar dos prazeres oferecidos por uma divindade.

Ruesch, em sua obra de 1974, afirma que os esquimós assim como os nórdicos, acreditavam no caráter violento da morte enquanto condição para experimentar o paraíso, e o suicídio se constituía também enquanto via de acesso. O autor também retrata nessa cultura um conceito de “morte digna”, aquela cujo indivíduo, consciente de sua finitude se afasta do grupo para morrer, de modo a garantir alimentos para os demais e dispensar cuidados (remetendo ao conceito altruísta postulado por Durkheim no final do século XIX acerca dos subtipos de suicídio - *ver Capítulo I*). Tratava-se, portanto, de um ato convencional e desejável para essa cultura.

Curiosamente é possível perceber nas culturas acima, o caráter intencional de abreviar a própria vida em correspondência aos princípios religiosos e sociais. Cassorla (1985) complementa essa afirmação ao relatar que, oferecer-se como oferenda aos deuses em rituais de morte astecas era muito bem-visto pela comunidade, assim como, a

morte em lutas, valores também presente em sociedades distantes como na China antiga, em que alguns homens se suicidavam (antes do início das guerras) com a finalidade de que suas almas – bravas - tivessem mais chances de conquistar as vitórias.

Nota-se um caráter religioso imponente, diante da promessa ao suicida de uma imortalidade, de uma satisfação hedonista ou seja, de busca pelo prazer através do suicídio, considerada também, enquanto condecoração honrosa da sociedade por aquele sujeito que se matou em favor do seu povo e/ou em respeito os seus costumes. Muitos são os aspectos determinantes para a compreensão desses mecanismos, sendo oportuno resgatar e analisar o contexto minucioso de cada época, pois nota-se em muitos períodos, o estímulo da sociedade ao ato suicida enquanto conduta que proporciona benefícios àqueles que o praticava, como afirmam Pallares; Bahls (2003) sacrificavam-se dias ou anos neste mundo para banquetear com deuses em outros mundos por toda eternidade.

Em uma perspectiva diferente dos significados considerados até então, ao longo da história, povos também cometeram suicídio em massa como conduta desesperada e/ou pela falta de alternativas como as experimentadas pelos índios da América do Sul, que se matavam coletivamente para fugir dos abusos e do tratamento coercitivo imposto pelos colonizadores espanhóis (ALVAREZ, 1999). A mesma autora acrescenta ainda a perseguição de populações na Austrália, que após caçados desumanamente, negaram a continuidade da procriação a fim de garantir a interrupção das atrocidades da época para futuras gerações, o que culminou na extinção de seu povo em décadas.

2.2.1 A questão moral do suicídio entre gregos e romanos

Cronologicamente, mudanças societais importantes como a consolidação de códigos de condutas e demais aspectos legislativos, fizeram com que sociedades à exemplo da grega e romana, incorporassem aspectos morais naqueles que ousassem abreviar sua própria existência. Segundo Palhares; Bahls (1997), as epidemias de suicídio na Grécia e Roma antigas entre as mulheres foram reprimidos pela vergonha de ter seus corpos despidos e expostos ao público, ao ser proposto que seus cadáveres deveriam ser levados nus em passeata pela cidade. É pertinente considerar através dos autores, que nesse período histórico se fazia presente culturas politeístas e que, portanto,

a moral cristã ainda não havia sido implantada, não influenciando nessas concepções até então.

É possível compreender que foram os gregos que começaram uma nova perspectiva de significado do suicídio, diferindo das promessas até então comuns de benefícios em outros mundos e passando a ser compreendido como um crime hediondo, pois era considerado uma infração familiar e, por tanto, o mais grave delito para esses povos. É marcante na identidade grega a característica da supervalorização da comunidade e, portanto a vida do indivíduo estava subordinada à estrutura social, na medida que esse ato individual feria os princípios básicos da época (CAEIRO, 2011).

Apesar do suicídio se manifestar em sociedades tão diferentes, o caráter contraditório de sua compreensão já se fazia presente, uma vez que na própria literatura grega, segundo Alvarez (1999), está repleta de personalidades que abreviaram suas vidas e não foram recriminadas, à exemplo de Jocasta, o suicídio do rei Egeu (Figura 6), Erígone, Leucatas, Codro e Licurgo, evidenciando um caráter seletivo da morte a partir dos motivos que desencadearam o suicídio, de modo que por motivações patrióticas e/ou para se manter a honra, o ato não era condenado.

Figura 6: Rei Egeu e o retorno de Teseu, 2015.



Fonte: <https://goo.gl/mdY517>

Das percepções relativizadas do suicídio, o significado cada vez mais desapaixonado dos gregos, retiraram os aspectos sentimentais, estruturando um

pensamento mais prático acerca do ato. Segundo Caeiro (2011) foi pelo racionalismo grego, fundamentado no pensamento de Platão, que o suicídio passou a ser considerado justificável em situações em que a vida se tornasse desordenada, passando a coexistir inclusive, uma concepção benevolente do suicídio como um ato aconselhado pela sabedoria humana e que deveria ser executado com satisfação, pois sendo uma conduta premeditada, havia possibilidades de escolha pelo indivíduo, dos meios mais desejáveis, garantindo uma certa autonomia individual.

O suicídio tomou uma dimensão tão representativa nessa sociedade que em Atenas, os magistrados mantinham um estoque de veneno para quem desejasse morrer, para tanto, bastava que o sujeito defendesse sua causa perante o senado para obter a permissão oficial e receber a substância (SERRA, 2008). Em relação a este fato, Durkheim (1987) explica que aqueles decididos a não mais viver e/ou que consideravam infelizes deveriam declarar suas aflições aos magistrados do senado e recebendo permissão, poderiam dar fim à própria vida.

Uma prática comum no Senado grego era a opção do suicídio enquanto alternativa à uma condenação, como foi o caso de Sócrates, obrigado a se envenenar com cicuta, por ser condenado à morte acusado de corromper a juventude através de seus questionamentos filosóficos (Figura 7).

Figura 7: O suicídio de Sócrates. Jacques Louis David (1787).



Fonte: <https://goo.gl/TmeUPk>

Com a conquista dos gregos pelos romanos, a compreensão racional que o suicídio havia sido compreendido foi desconstruída e passou a vigorar aspectos

estritamente econômicos, agregado aos aspectos moralmente perversos dessa civilização.

O estoicismo romano (movimento filosófico que preza a fidelidade ao conhecimento, desprezando todos os tipos de sentimentos externos) apresentava-se poético e romântico com relação ao suicídio, como demonstra este trecho de Sêneca, citado por Alvarez (1999, p.97):

Homem tolo, de que te lamentas e de que tens medo? Para onde quer que olhes existe um fim para os males. Vês aquele precipício escancarado? Ele leva à liberdade. Vês aquele oceano, aquele rio, aquele poço? A liberdade mora dentro deles. Vês aquela pobre árvore mirrada e seca? De cada galho seu pende a liberdade. Teu pescoço, tua garganta, teu coração, todos oferecem tantos meios para fugir da escravidão [...] Indagas o caminho para a liberdade? Tu o encontrarás em cada veia do teu corpo.

A autora afirma em sua obra que os romanos não viam o suicídio com horror ou repulsa, mas como um ato cuidadosamente escolhido para que fosse possível morrer de forma nobre igualmente haviam se vivido. A legislação romana não retaliava o suicídio, mas possuía aspectos curiosos que influenciam nossas compreensões contemporâneas, uma vez que o Código Justiniano não punia o suicídio de cidadãos comuns, desde que os mesmos fossem motivados por intolerância à dor, à doença, inapetência a vida ou à *loucura*, ou seja, definir o indivíduo enquanto louco, impedia que o mesmo fosse punido legalmente. A única punição para o suicídio de pessoas comuns era nos casos de estrangulamento, em que se privava o cadáver de sepultura, e nos casos de tentativas malsucedidas, nas quais o indivíduo ia a julgamento, podendo ser condenado. Já os suicídios indesculpáveis eram considerados os de militares e dos detentos à espera de julgamento, que no caso de consumação da morte, tinham suas riquezas confiscadas pelo Estado.

Desse modo, a legislação dos romanos quanto ao suicídio era estritamente econômica, reflexo de uma sociedade fundada em prazeres violentos como através de espetáculos públicos de execução com feras ou soldados. Frazer (1960, p. 46) descreve que as pessoas se ofereciam para morrer em execuções públicas por dinheiro, e que o nível competitivo desse mercado fazia com que alguns se oferecessem para serem surrados até a morte, pois, isso seria mais doloroso e, portanto agregado de maior valor

financeiro. À medida que estes Impérios foram crescendo, essas concepções e as formas de agir foram se modificando.

2.2.2 O suicídio no Cristianismo

Com o surgimento do cristianismo, o revestimento teológico reduziu a vida terrena conforme Guillon; Bonniec (1984), a um significado no mínimo desimportante, e no máximo um mal, declarando pelas campanhas religiosas que quanto mais tempo se permanecesse vivo, maior a tentação de pecar, associando também a possibilidade de um paraíso após a morte, sentido similar ao desenvolvido pelos vikings, enquanto lugar onde se poderia ser verdadeiramente feliz e passaria a compartilhar da presença daquele representado por Deus.

Os cristãos reafirmaram a importância da forma de morrer para se alcançar o paraíso, relativizando a morte daqueles que morriam na fé, sendo inclusive condecorados com glórias póstumas, sendo o martírio também associado a uma redenção garantida, pois da mesma forma que o batismo purgava o pecado original, o martírio redimia automaticamente os pecados deixados pelo mártir, uma verdadeira garantia de entrada no paraíso. Com o desejo de redimir dos pecados e experimentar a promessa oferecida do paraíso, as mortes por suicídio tornaram-se tão praticadas que o tipo de execução já não importava, uma vez que o único intento era o de serem mortos, pois sua conduta seria santificada pela sua crença, pela sua fé (GUILLON; BONNIEC,1984).

2.2.3 A mudança da perspectiva cristã sobre o suicídio

Diante a crescente onda de mortes autoprovocadas, influentes pensadores à exemplo de Santo Agostinho e São Tomás de Aquino revolucionaram a compreensão do autoextermínio diante das epidemias de suicídios e consequente perda de fiéis que o praticam após o batismo, oferecendo riscos para a perpetuação da religião. Dessa maneira, todo argumento contra o suicídio por Santo Agostinho era baseado no mandamento "Não matarás", bem como, na ideia de que a vida é um dom presenteado por Deus e, que, portanto, não deve ser desprezada ou recusada, sendo assim, o suicídio passa a ser encarado como algo contra a ordem "natural" e que interfere na vontade de Deus e,

portanto, quem se mata desobedece ao mandamento e incorpora um sentido moral de que é preciso viver as amarguras terrenas para que somente através das dores e pelo enfrentamento do sofrimento humano, fosse possível expiar pecados. Esta argumentação foi muito vantajosa para a Igreja por recuperar medos primitivos em seus fiéis, tanto dos preconceitos quanto das superstições ancestrais (ALVAREZ, 1999).

As consequências para quem praticava o suicídio desencadeou na proibição de homenagens fúnebres para aqueles que praticassem suicídio pela acusação de crime, passando à Igreja e ao Estado todos os bens desse indivíduo. Trata-se de uma adaptação das leis romanas, mas que condena o suicídio como crime, visto o tratamento dado ao cadáver. O cristianismo oficializou a condenação eclesiástica ao suicídio, sendo inclusive determinado que aqueles sobreviventes de práticas suicidárias deveriam ser excomungados (VENEU, 1994; GUILLON; LE BONNIEC, 1984).

A punição aos corpos passou a ser novamente realizada, como exemplo negativo, ultrajado mesmo depois de sua morte. Aqueles que se autoexterminavam tinham seus corpos condenados e punidos por terem transgredido as regras de viver em uma sociedade cujo sentido de vida representava presente divino e, portanto, recusá-la era um grave pecado (MEDEIROS, 2008).

Suicidólogos descrevem que aquilo que começou como estratégia preventiva para evitar os suicídios por Santo Agostinho, transformou-se em uma mudança de postura. A compreensão aversa e o horror ao suicídio, desencadearam representações de repulsa moral coletiva, que perdurou por séculos. No século XI, São Bruno passa a se referir àqueles que morreram por suicídio de “mártires de Satã” e afirma que Judas é mais condenável por ter se matado que por ter traído Cristo (Figura 7) agregando representações simbólicas expressivamente negativas aqueles que abreviam suas vidas. Segundo Alvarez (1999), todos os argumentos cristãos são calcados nas perspectivas gregas, inclusive os discursos de S. Tomás de Aquino, que no século XIII ainda colocava que um suicida, independentemente do motivo, não deveria ser enterrado em terras cristãs.

Figura 7: Judas enforcado e cercado por demônios por El bes.



Fonte: <https://goo.gl/5koW9j>

Com a influência do cristianismo no Ocidente, os corpos dos suicidas passaram a ser tratados cruelmente nas diferentes sociedades, à exemplo da Inglaterra onde passaram a ser enterrados de bruços, com estacas no peito, em encruzilhadas, e na França onde eram arrastados por cavalos pelas ruas da cidade (BROMBERG et al, 1996), possivelmente para aumentar o contrangimento dos familiares, amigos e, especialmente, para coibir aqueles que ousassem pleitear o ato.

Na Idade Média, o suicídio era enxergado então como uma tentação do demônio ou um ato de extrema loucura. Não obstante haviam maneiras distintas de ver a morte voluntária, dependendo da classe social a qual o indivíduo pertencia. O suicídio era considerado um crime quando cometido por camponeses, escravos, colonos e artesãos, sendo negado aos suicidas honras fúnebres. Por outro lado, no que dizia respeito aos cavaleiros medievais, a morte voluntária poderia ganhar o significado de um ato de coragem, bravura e patriotismo (ARAGAO, 2014), reafirmando para a ambiguidade da compreensão daqueles que abreviavam suas vidas.

Apenas entre os séculos XVII e XVIII a repressão ao suicídio diminuiu, período em que ocorreu a Revolução Francesa (1789-1799), acompanhada de reestruturas

legislativas, que culminavam na proibição das condenações e influenciam inclusive na compreensão da Igreja que passa a ser mais tolerante, revogando práticas como a proibição do enterro cristão aos suicidas, e outras condenações que foram desaparecendo até meados do século XIX (BROMBERG et al, 1996), mas que permaneceram recolhidas simbolicamente na identidade e nas práticas cotidianas da sociedade ocidental.

2.2.4 Da reforma cristã no século XII aos tempos atuais

As mudanças sofridas pela Igreja influenciaram a mudança das discussões sociais do suicídio. Quando a Igreja se revigora no século XII, com a inclusão do matrimônio como sacramento, a obrigatoriedade da confissão e a instituição do purgatório, torna-se necessário discutir a questão do suicídio.

De acordo com Le Goff (2006), o purgatório acrescenta ao cristianismo algo que até então não existia: o conceito de mediano. Quando se era bom ganhava-se o paraíso, quando se era mal, o inferno. O purgatório passou a ser um lugar onde se poderia ficar indefinidamente enquanto se “purgavam” pecados terrenos, mas que podia abrir ao homem as portas tanto do inferno quanto do paraíso. Esse contexto traz um novo sentido aos atos da vida, tornando as ações do indivíduo importantes, uma vez que cada atitude assume relevância singular no destino pós-morte.

Le Goff (2006) complementa que a autoavaliação e a confissão são meios de ajudar o sujeito a agir de modo a conquistar o céu, ainda que via purgatório. Para manter certa coerência, o suicídio continua sendo considerado um pecado hediondo, mas agora com a existência da possibilidade de a vida pregressa do sujeito evidenciar que ele estava “tomado pelo demônio”, enlouquecido.

A necessidade de compreender as causas presentes no comportamento suicida se insere nos tribunais a fim de determinar se houve decisão racional de tirar a própria vida – passível de punição – ou se foi um ato induzido pelo demônio, pela loucura – sendo sua culpa redimida nessa última condição (VENEU,1994). Percebe-se a partir desse contexto o forte significado da loucura como elemento de peso enquanto representação social que impediria a punição.

Com o passar do tempo o Renascimento fez reviver a cultura, a arte e a literatura da Antiguidade Clássica, retomando os modos de pensar dos homens do passado. Assim, de modo similar ao que ocorria na Antiguidade, era possível encontrar entre os da Renascença, diferentes abordagens sobre a questão do suicídio, os humanistas passaram a valorizar mais a subjetividade e a vida humana e entre eles a constatação tanto de argumentos favoráveis à morte voluntária, quanto os que se opunham (CAEIRO, 2011). Para Aragão (2014) o Iluminismo promoveu importantes mudanças da base teórico-hermenêutica de compreensão do suicídio, promovendo um esvaziamento dos aspectos teológico-metafísicos para a valorização do ato da ordem do humano configurado dentro de um contexto social e psicológico (ARAGAO, 2014).

Percebe-se nesse contexto que o suicídio vai aos poucos ganhando centralidade, ainda que limitada, ampliando para discussões de aspectos multidimensionais. Despenalizado permanece como objeto de azedas discussões, mas tais discussões contribuem para desmistificar, secularizar e banalizar a morte voluntária. Entretanto, apesar do período revolucionário, cujos esforços se voltaram para racionalizar o suicídio, foram novamente perdendo espaços para autoridades morais, e mesmo políticas conservadoras, esforçavam-se com vigor para reinserir o suicídio entre o conjunto de punições e ações pecaminosas (MINOIS, 1995).

Até o século XVIII a maioria daqueles que tentavam suicídio eram ainda acusados imediatamente, sem qualquer averiguação. Somente após o século XVIII iniciam-se processos mais complexos de investigação no assunto, como permitindo que a família tivesse direito de lutar para provar a - doença - do suicida, sua loucura, ou sua possessão demoníaca (CASSORLA,1985). As avaliações dos magistrados sobre os suicídios cometidos buscavam determinar o grau de insanidade ou de delinquência do suicida. Se ele era avaliado como louco, ganhava a inocência e seus bens eram restituídos à sua família. Se fosse considerado culpado, sem apresentar loucura, era avaliado como criminoso, sendo seus bens propriedades do Estado.

No campo teórico, a própria palavra “suicídio” é um termo que surge apenas no século XVII, passando a ser utilizado com frequência a partir de 1734 (BOTEGA, 2000). Antes disto, as palavras utilizadas eram derivativas de termos como assassinato, homicídio e destruição: autoassassinato, auto-homicídio e autodestruição, ou então morte voluntária (ALVAREZ,1999).

Ainda nesse contexto teórico, as abordagens literárias se consolidaram enquanto instrumentos determinantes para os significados em torno do suicídio ao longo das sociedades, ao tempo em que mantiveram viva e moldaram as discussões acerca do suicídio. Montaigne (1972) afirma que Dante, no século XIV, em sua Divina Comédia, relata as representações do cristianismo da época acerca dos suicidas, que os colocava quase no fundo do inferno, atormentados eternamente. Michel Montaigne publica Ensaaios, em 1580, destaca a morte voluntária como a mais bela pelo sentido de autonomia e liberdade do sujeito diante dessa ação, oferecendo um valor de desprendimento e coragem, se desvinculando da perspectiva cristã, colocando o sujeito como responsável pelos seus atos e por sua morte. Essa consciência individual e deliberativa passa a vigorar na vida do homem, oferecendo novos enfoques a discussão.

A partir desse cenário, John Donne e Ernest Sullivan (1984) lançam uma das obras mais polêmicas– *Biathanatos*, em que defendem que o suicídio não pode ser considerado um pecado, e consideram a ideação suicida algo natural e inerente ao ser humano, defendendo a ideia de que é mais digno e honroso tirar a própria vida em situações de sofrimento, surgindo nesse momento a primeira tentativa de considerar as condições sociais e culturais como determinantes do comportamento suicida. A crescente discussão sobre sanidade/insanidade no século XVIII fundamentados na literatura biomédica e na ampliação do pensamento psiquiátrico teve reflexos imediatos nas ciências da época, ultrapassando o âmbito religioso e jurídico aos quais se limitava, se tornando a medicina o centro das discussões e responsável pelas novas concepções acerca do comportamento suicida.

Os estudos científicos acerca do suicídio iniciaram por volta do século XIX, e o marco histórico na discussão científica sobre o suicídio é o livro de Emile Durkheim (2014), intitulado *O Suicídio*. Um estudo sociológico (publicado pela primeira vez em 1897), cuja questão remetia às condições sociais que produziam tamanho desespero, e não mais à moralidade do ato. Examinando as taxas de suicídio em diferentes países da Europa, o autor as relaciona ao “grau de coesão social” em diferentes culturas e grupos, disponibilizando uma classificação para os subtipos do suicídio e se propondo, dentro de uma análise sociológica, a distinguir suas características.

Assim, já no século XX, a condenação e as contradições em torno do suicídio subsistem e assumem diferentes formas na cultura ocidental (ARAGAO, 2014). O

fenômeno passa a apresentar um significado clandestino, imoral e sigiloso, bem como patológico. Constitui-se como um dos grandes tabus, o que dificulta a identificação de indivíduos com risco de cometer suicídio, limitando a sociedade, os profissionais e os serviços desprovidos de mecanismos que permitam entender os seus desdobramentos na contemporaneidade.

2.3 Capítulo III- Dimensões epidemiológicas do comportamento suicida

2.3.1 Panorama mundial do comportamento suicida

*É preciso ter um caos dentro de si para dar à luz uma
estrela cintilante
Friedrich Nietzsche - Assim Falou Zaratustra*

Conhecer os indicadores do comportamento suicida é uma tarefa demasiada difícil em decorrência da inexatidão dos dados devido aos aspectos sigilosos e estigmatizados que revestem o assunto. Em relação às características clínico-epidemiológicas, as limitações acerca das subnotificações, acompanhado da baixa qualidade dos dados contidos nos sistemas de registro, exigem atenção especial, uma vez que, podem gerar divergências entre as reais estatísticas.

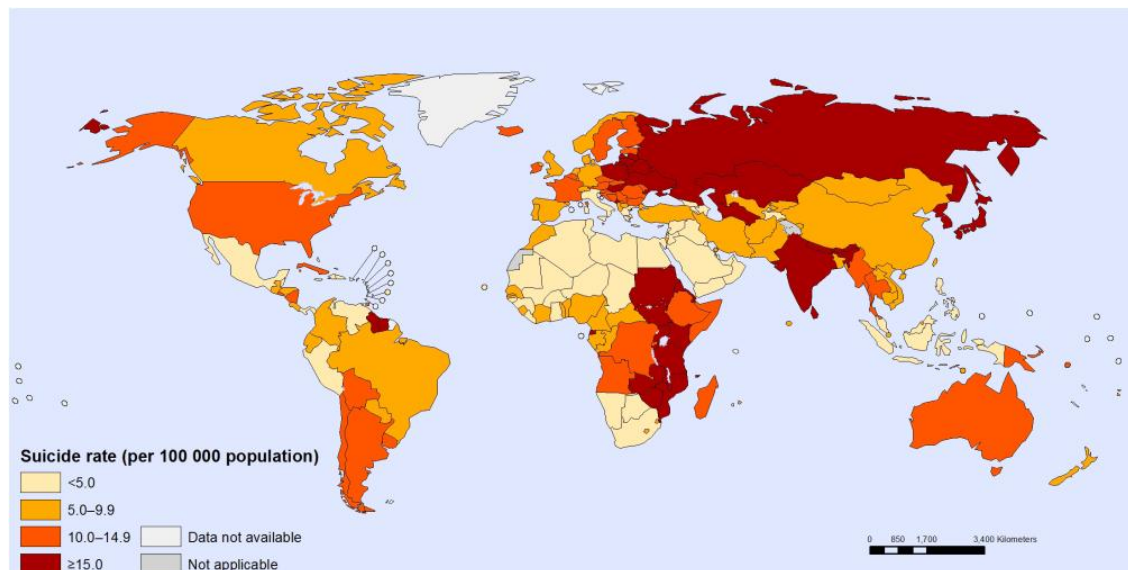
Aliado ao desafio das notificações, a heterogeneidade com que o fenômeno do comportamento suicida se manifesta, torna difícil o estabelecimento de padronizações, considerando as disparidades intercontinentais, internacionais, locais e individuais, oferecendo riscos de conclusões insuficientes e turvas para subsidiar a compreensão e enfrentamento eficaz por parte das políticas, dos programas, dos profissionais, da família e do próprio indivíduo.

A epidemiologia tem sido um pilar importante para o reconhecimento das relações saúde-doença, sendo possível através das estatísticas reconhecer a distribuição do suicídio nas diferentes regiões, grupos étnicos, etários e variáveis sociodemográficas. Torna-se necessário, portanto, uma abordagem cuidadosa diante das dificuldades em prever quais indivíduos possuem fatores preditores importantes e qual deles apresentam maior risco para mortes por suicídio.

A WHO (2014) afirma uma taxa mundial de suicídio aferida em 11,4 óbitos por 100 mil habitantes (15,0 para homens e 8,0 para mulheres), sendo possível perceber na Figura 8, que as maiores taxas de mortes por suicídio concentram-se no leste europeu, e as mais baixas na América Latina. Já os Estados Unidos, a Europa ocidental, e Oceania apresentam taxas intermediárias. E os países do continente africano tendem a apresentar dados ainda menos confiáveis e/ou inexistentes.

Em números absolutos, os países com mais casos de mortes por suicídio são a Índia, China, Estados Unidos, Rússia, Japão, Coreia do Sul, Paquistão e Brasil. Contudo, ao se calcular as taxas de suicídio, os países que se destacam são Guiana, Coreia do Sul, Coreia do Norte, Sri Lanka, Lituânia, Suriname, Moçambique e Nepal (WHO (2014)).

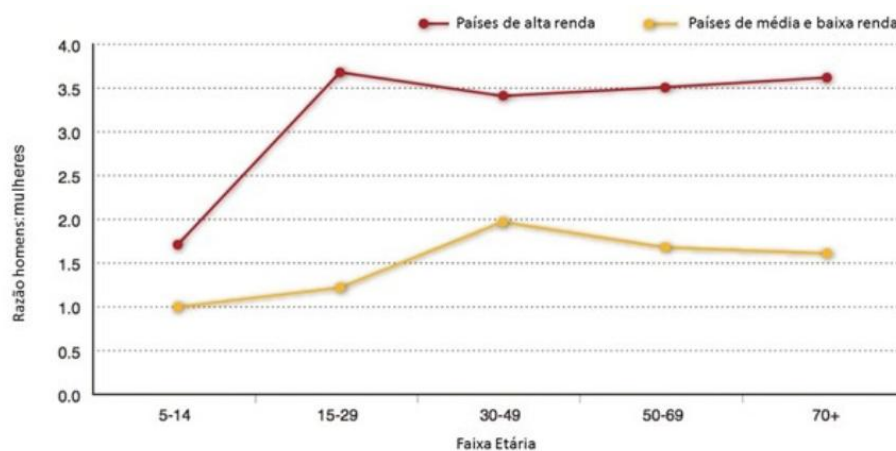
Figura 8: Mapa de taxas de suicídio (por 100 000 habitantes), ambos os sexos, 2012.



Fonte: WHO, 2014.

Possíveis correlações entre a situação econômica e as taxas de suicídio são frequentemente temas de discussão entre pesquisadores da suicidologia, devido as elevadas taxas de atos consumados em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, apresentando uma prevalência de 75% dos casos nesses países, segundo os dados mais recentes da WHO (2004), conforme exibido na Figura 9. Quando comparadas as taxas entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, as taxas variam entre 3,5 a 1,6 respectivamente (WHO, 2014).

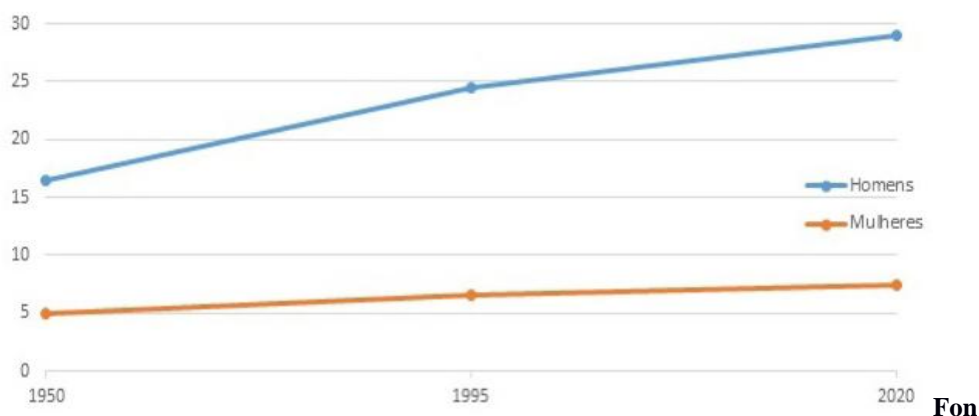
Figura 9: Razão entre as taxas de suicídio de homens e mulheres, por faixa etária e nível de renda dos países, em 2012, no mundo.



Fonte: OMS, 2014.

A relação econômica com o crescimento de suicídios é percebido em países como a Grécia, que enfrentou nos últimos anos uma séria crise econômica, cuja taxa saltou de 3,4, no ano 2000, para 3,8 em 2012, representando um aumento de 10,5% de tendência de crescimento, informações corroboradas por Blasco-Fontecilla et al., 2012; Branäs et al., 2015.

Além da variável econômica, outras informações sociodemográficas relacionadas à prevalência em relação ao sexo, há uma tendência histórica já sinalizada desde as observadas por Marx (2006), e a sistematizada por Durkheim (2014), do suicídio ocorrer mais frequentemente entre homens, e as tentativas entre as mulheres. A Figura 10 demonstra que, historicamente, a variação da taxa de suicídio em ambos os sexos segue a mesma tendência de alta, contudo a variação no grupo masculino é maior que no feminino.

Figura 10: Taxa global de suicídio desde 1950 e projeção para 2020.

Fonte: BERTOLOTE; DE LEO, 2012.

A taxa global de suicídio entre os homens é de 15,0 por 100 mil habitantes e entre as mulheres, de 8,0, variando conforme a região, nacionalidade e idade. Uma exceção dessa tendência é a China, cuja taxa de suicídio, aferida em 2012, foi de 8,7 para mulheres e de 7,1 para homens. Todavia, nas áreas urbanas, essas taxas são iguais entre os sexos WHO (2014).

Quanto aos grupos etários, o suicídio se configura atualmente como a segunda principal causa de morte entre as pessoas de 15 a 29 anos de idade. Freuchen; Kjelsberg; Grøholt (2012) afirmam que na Noruega, uma pesquisa revelou que o suicídio corresponde a 61% das mortes por causas externas em crianças com idade entre 10 e 14 anos. Na Austrália, o suicídio corresponde à 2ª causa de morte (27,2%) em crianças com idade entre 10 e 14 anos (SOOLE; KOLVES; DE LEO, 2015).

Acerca dos métodos mais utilizados para provocar a morte, a WHO (2014) afirma que em países de alta renda, os principais métodos utilizados são o enforcamento, em 50% dos casos, e o uso de armas de fogo, usadas em 18% dos casos, principalmente nos países de alta renda das Américas, respondendo por 46% dos suicídios, contra 4,5% em outros países de alta renda. A organização sinaliza ainda para alta prevalência do uso de pesticida nas zonas rurais, sendo responsável por cerca de 30% dos casos de suicídio no mundo.

Se as dificuldades já se fazem presentes diante da imprecisão das estatísticas de atos consumados de suicídio, as relacionadas às tentativas são ainda mais difíceis. Considerada um dos principais indicadores de risco para o ato consumado é estimado

que a tentativa de suicídio seja 20 vezes maior em adultos, o que representa uma tentativa de suicídio a cada segundo (WHO, 2014; BERTOLOTE; FLEISCHMANN, 2004; STINSON; GONSALVES, 2013).

Trata-se, de um importante preditor para o suicídio, pois como estimado por Rapeli; Botega, (2005) indivíduos com histórico de tentativas anteriores possuem risco mais elevado de recidiva, tendendo a fazer uma investida mais letal das vezes consecutivas. Além disso, estima-se que 50% das pessoas que morreram por suicídio possuíam ao menos uma tentativa prévia. Em muitos casos, o suicídio é cometido, de fato, ao longo dos três meses seguintes (WERLANG; BOTEGA, 2004).

As tentativas de suicídio representam um sinal de alarme e representam o principal preditor de novas tentativas de suicídio, principalmente quando se tratam de tentativas sérias, com consequências adversas, intenção convicta, uso de métodos altamente letais e medidas tomadas para evitar a descoberta (WERLANG; BOTEGA, 2004, BOTEGA, 2010). De acordo com a WHO (2007) as tentativas de suicídio são mais frequentes do que os suicídios e acarretam consequências negativas para a própria pessoa, para a família e amigos próximos, assim como também para a sociedade em geral, devido aos elevados custos para o Estado. Werlang; Botega, (2004) acrescentam que em números absolutos os suicídios são maiores entre os grupos etários mais jovens, entretanto, os valores proporcionais mais altos são encontrados nos idosos.

Muitos estudos (TAVARES; DINIZ; CAMAROTTI, 2007, MITCHELL, 2005, CORRÊA; BARRERO, 2006) afirmam que os principais fatores de risco estão associados à morte recente de um companheiro ou de outros entes queridos, doença crônica ou incapacitante, dor incontrolável, isolamento social, grande mudança em suas regras ou condições sociais, aposentadoria, perda de identidade ou de projetos de vida, discriminação, medo de abandono, dentre outros determinantes.

Com relação aos gastos associados às hospitalizações por tentativas de autoextermínio, observou-se maior proporção de custos distribuídos entre as variáveis cujas internações apresentaram maior frequência relativa (homens, adultos, intoxicação exógena). No entanto, na distribuição dos valores médios de internação por série temporal, observa-se grande elevação nos valores de internações de idosos e valores oscilantes nos demais itens (COSTA et al, 2015). A WHO estima que o ônus global, provenientes das lesões resultantes de tentativas de suicídio, passará de 1,4% registrado

em 2002, para 2,4% em 2020.

2.3.2 O Comportamento suicida no Brasil

A partir de taxas já referidas anteriormente, o Brasil se configura como um país que apresenta baixas taxas de suicídio e de tentativa de suicídios. Apesar disso, dados do Ministério da Saúde indicam que, em 2012, 10.321 pessoas se suicidaram, ocorrendo, portanto, uma média de 32 mortes por dia, apresentando uma taxa no valor de 5,8 por 100 mil habitantes (DATASUS, 2012; WHO, 2014).

O país acompanha a tendência mundial em que os homens se suicidam mais que as mulheres, sendo 2,5 entre as mulheres e 9,4 entre os homens, conforme a Tabela 1, representando a razão de 3,5 entre o suicídio de homens e mulheres. Ainda consoante a Tabela 1, entre os anos 2000 e 2012, o crescimento da taxa de suicídio no Brasil foi de 10,4%, um aumento de 3.896 casos para 10.321, representando uma elevação de 62,5% (WASELFSZ, 2014). Entre 2002 e 2012, o crescimento da taxa de suicídio foi de 33,6%, superior ao crescimento das taxas de homicídio (2,1%), de mortalidade nos acidentes de transportes (24,5%) e do crescimento da população brasileira (11,1%) no mesmo período.

O maior aumento da taxa de suicídio ocorreu entre os homens jovens, saltando de 5,7 em 1980, para 8,9 em 2012, um incremento de 54,1%. Contudo, como observa Waiselfsz (2014), as taxas de suicídios entre homens tendem a aumentar, enquanto entre as mulheres tendem a cair.

Tabela 1: Distribuição das taxas de suicídio (%) por faixa etária, sexo e total dos suicídios em números brutos, entre os anos 2000 e 2012. Brasil.

Sexo	Total de Suicídios	Taxas de suicídio por faixa etária (2012)						Taxa de Suicídio (2012)	Taxa de suicídio (2000)	% de variação da taxa de suicídio 2000-2012
		Todas idades	5–14 anos	15–29 anos	30–49 anos	50–69 anos	70+ anos			
Ambos	11.821	6,00	0,40	6,70	8,40	8,00	9,80	5,80	5,30	10,40%
Mulheres	2623	2,60	0,30	2,60	3,70	3,80	3,30	2,50	2,10	17,80%
Homens	9198	9,40	0,40	10,70	13,30	12,70	18,50	9,40	8,70	8,20%

Fonte: OMS, 2014.

De acordo Kutcher e Chehil (2007), outra variável que necessita ser melhor

investigada se refere aos indivíduos cuja orientação é homossexual ou bissexual com conflitos de identidade, pois apresentaram segundo os autores, risco de suicídio aumentado, principalmente nos jovens, sendo responsável por 3,7% das mortes entre idade de 15 a 29 anos) e por 0,7% entre os não jovens (sujeitos abaixo de 15 anos ou acima de 29 anos), causas possivelmente relacionadas as atitudes culturais de discriminação e violência, estresse relacionado à revelação da orientação sexual, inconformidade com o gênero ou não aceitação da identidade sexual. Comportamentos que podem desencadear processos depressivos importantes e gerar sofrimentos, podendo resultar em consequências como o suicídio.

Segundo Corrêa; Barrero, (2006) o suicídio em crianças (menores de 12 anos) não é comum, mas consideram que o comportamento suicida pode ser desenvolvido a partir das concepções de finitude, morte ou fuga – o que ocorre geralmente a partir dos seis anos de idade. Os fatores de risco estão relacionados de forma consistente nas relações familiares, sendo afetadas por relações desarmoniosas e situações de violência física, sexual, financeira e afetiva. Crianças com transtornos psiquiátricos e que apresentem pouca tolerância à frustração, agressividade, rigidez e que expressam ou ameaçam comportamentos suicidas, também apresentam risco mais elevado para o suicídio além do risco de *bullying*. Trata-se, porém, de assunto polêmico em que os especialistas não possuem consenso sobre o grau de consciência da irreversibilidade da morte e, por consequência, do suicídio. (FENSTERSEIFER; WERLANG, 2003; FRIEDRICH, 1989; TORRES, 1979).

Segundo Kutcher; Chehil (2007), a maior vulnerabilidade física, o maior acesso a medicamentos e tendência ao isolamento social, fazem dos idosos um importante grupo de risco, uma vez que as tentativas de suicídio tendem a ser mais letais nesses indivíduos. Além disso, apresentam maior planejamento e determinação para a ação e expressam menores sinais de alerta. Os principais fatores de risco estão associados à morte recente de um companheiro ou de outros entes queridos, doença física, percepção de fragilidade na saúde, dor incontrolável, medo de doença crônica ou incapacitante, isolamento social ou solidão, grande mudança em suas regras ou condições sociais, aposentadoria, perda de identidade ou de projetos de vida, discriminação, abandono e depressão – geralmente não diagnosticada (TAVARES et al, 2007; MITCHELL, 2005; CORRÊA; BARRERO, 2006). No Brasil, segundo informações do Ministério da Saúde,

de 2000 a 2014, aproximadamente, 19 mil pessoas ≥ 60 anos morreram em decorrência de suicídio (BRASIL, 2016).

Quanto à distribuição geográfica foi possível identificar em um estudo de tendência, compreendido entre os anos de 2004 a 2014, por Pinto et al (2017), um crescimento dos coeficientes de mortalidade, sendo que a curva do Brasil acentuou a elevação ($R^2 = 0,678$). A região Sudeste mostrou a maior inclinação de reta ($R^2=0,960$), sendo superior mesmo à tendência observada no Brasil. Os autores identificaram crescimento dos coeficientes de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente no Brasil e em todas as suas regiões, revelando um panorama grave e preocupante.

Quanto aos métodos utilizados para o suicídio no Brasil, apesar da faltarem informações nos registros oficiais, Botega (2014) descreve que os meios mais utilizados variam conforme à cultura e à acessibilidade. No Brasil, a própria casa é o cenário mais frequente para as mortes por suicídios (51%), seguida pelos hospitais (26%). Os principais meios utilizados são enforcamento (47%), armas de fogo (19%) e envenenamento (14%). Entre os homens predominam enforcamento (58%), arma de fogo (17%) e envenenamento por pesticidas (5%) (BOTEGA, 2014).

No que tange às tentativas de suicídio, Lovisi et al. (2009) informam que o lugar com maior ocorrência foi também a própria casa, 51%, seguido pelo ambiente hospitalar, com 26,1%. Dado preocupante que exige reflexão sobre a qualidade do atendimento prestado, desde o paciente com perfil de ideação até aquele socorrido nos atendimentos de urgência da rede, na falta de assistência aos pacientes em observação, despreparo das equipes em lidar com essas demandas e, sobretudo, ambientes hospitalares que propiciem tal atitude.

Estima-se que entre 50% a 80% de pessoas que tentam o suicídio não procuram assistência médica no Brasil, dados preocupantes pois indicam que a situação real deve ser ainda mais grave que as divulgadas pelos sistemas de saúde (MELEIRO, TENG; WANG, 2004).

É importante notar a dificuldade de entidades e especialistas em precisar a distribuição dos suicídios e das tentativas nos diferentes cenários mundiais. Sendo possível perceber um caráter heterogêneo de sua distribuição, impedindo estratégias

universais para a prevenção e acolhimento. Os prejuízos do tabu que reveste o tema, resultam em dados inespecíficos e impedem a caracterização real dos limites do comportamento suicida.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A Teoria das Representações Sociais

Compreendida como um processo coletivo de criação, elaboração e do saber compartilhado no discurso cotidiano de grupos sociais, a Teoria das Representações Sociais é uma desdobramento sociológico no campo da Psicologia Social, desenvolvida por Serge Moscovici (1961). A representação social (RS) é compreendida como a elaboração de um objeto asocial pela comunidade, com o objetivo de gerar significados e conduzir-se (JODELET, 2001; MOSCOVICI, 2003)

Segundo Jodelet (2001, p. 22), a representação social é

[...] uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Igualmente, designada como saber de senso comum ou ainda saber ingênuo, natural, esta forma de conhecimento é diferenciada, entre outras do conhecimento científico.

A origem desse conceito é um desdobramento dos estudos realizados por Durkheim, no campo da Sociologia, sob a denominação de *representação coletiva*, ao publicar *As formas elementares da vida religiosa, em 1912*, em que definiu como sendo um conjunto sistemático de elementos que abrangiam uma cadeia de formas intelectuais incluindo a ciência, religião, mito, modalidades de tempo e espaço, dentre outros como mecanismos para explicação de uma multiplicidade de fenômenos sociais (NÓBREGA, 2001).

Apesar da indiscutível contribuição acerca dessas novas abordagens, Moscovici (2003) considerava a existência de algumas limitações importantes, pois, segundo ele, a noção durkheimiana opõe as representações coletivas às representações individuais, ao considerar que o pensamento social possuía uma matéria e estados específicos que somente podem ser interpretados por fatores outros. Para Durkheim, as representações coletivas têm suas leis próprias, e pertencem à outra natureza, diferenciada do pensamento individual. Segundo Nóbrega (2001), a oposição entre o individual e o coletivo, tanto marca a falha de Durkheim sobre a noção das representações coletivas,

como explica o fato de que esse conceito tenha sido negligenciado pelos estudiosos durante muito tempo.

Em um conceito amplo, a TRS pode ser considerada também como um processo criativo de elaboração cognitiva e simbólica e contribui para orientação dos comportamentos do indivíduo, permitindo pensar e interpretar o cotidiano, ou seja, constituindo-se um conjunto de imagens, dotado de um sistema de referência que o permite interpretar e dar sentido a sua vida.

A TRS originariamente criada por Moscovici possui três abordagens, a promovida por Willem Doise através da *abordagem societal*; a de Denise Jodelet através da perspectiva da *abordagem processual*; e de Jean-Claude Abric acerca da *abordagem estrutural* da TRS. Essa tese está embasada nas duas últimas abordagens, por acreditarmos serem mais adequadas para objeto de estudo em questão.

Comentando brevemente sobre esses campos, a *abordagem societal*, busca articular as RS com uma perspectiva mais sociológica, enfatizando a inserção social dos indivíduos como fonte de variação dessas representações simbólicas. Neste sentido, Almeida (2009) declara ser evidente que o escopo dessa abordagem seja em estabelecer conexões entre o individual e o coletivo, de buscar a articulação de casuísticas de ordem individual com explicações de ordem societal, evidenciando que os processos de que os indivíduos dispõem para funcionar em sociedade são orientados por dinâmicas sociais (interacionais, posicionais ou de valores e de crenças gerais).

A *abordagem processual* da TRS busca explicar os fenômenos humanos numa visão coletiva, contudo, sem perder de vista a peculiaridade de cada indivíduo. Conforme ensina Moscovici, o processo de formação das representações sociais pode ser compreendido através de um duplo mecanismo denominado *objetivação* e o da *ancoragem*, enquanto recursos estratégicos para transformar o desconhecido e estranho em familiar, compreendendo uma articulação entre a atividade cognitiva e as condições sociais em que são estruturadas as representações (JODELET, 2001).

A *objetivação* é uma conceito chave dessa abordagem, pois une a ideia de não-familiaridade de algo com a de realidade, torna-se a verdadeira essência do que seja real, na medida que o abstrato se transforma em concreto, fixando as ideias e tornando-as mais objetivas. Trata-se pois, de um processo figurativo pelo qual o indivíduo

reabsorve um excesso de significações, materializando-as, ou seja, um processo de construção formal de um conhecimento, pelo indivíduo, que descobre a qualidade icônica de uma ideia e reproduz esse conceito em uma imagem (MOSCOVICI, 2003).

O processo de objetivação é organizado em três fases distintas, conforme apresentado por Jodelet (apud SÁ, 1995), sendo elas:

- **seleção e contextualização:** a partir dos elementos culturais, das experiências cotidianas acumuladas e saberes já adquiridos, é desenvolvido pelo homem uma construção seletiva da realidade, que pode diferenciar-se de outras em decorrência da existência e/ou da natureza das informações que podem divergir para outras pessoas.
- **formação de um núcleo figurativo:** o indivíduo recorre a informações e dados que já possui para compreender aquilo que é novo;
- **naturalização dos elementos do núcleo figurativo:** a partir desse momento, o abstrato se torna concreto, quase que palpável, de forma que o significado já se encontra fixo, cristalizado e passa a ser considerado como elemento da própria realidade.

A *Ancoragem* por sua vez, se refere ao processo pelo qual o conhecimento é trazido para o contexto familiar, que a inclui na categoria de imagem comum. Nessa etapa torna-se possível transformar algo anteriormente estranho e perturbador, em algo imaginável e capaz de ser rotulado.

Já a *objetivação* funciona como uma espécie de sedimentação de um registro simbólico, possuindo uma função de integração cognitiva do objeto representado num sistema de pensamento preexistente. É, pois, uma modalidade que permite compreender como os elementos de representação não só exprimem relações sociais, como também contribuem para construí-las, assegurando o elo entre a função cognitiva de base da representação e a sua função social, bem como fornece à objetivação os elementos imaginativos para servir na elaboração de novas representações (MOSCOVICI, 2003).

Abric (2003) aponta cinco funções da *Ancoragem* no funcionamento e na dinâmica das RS, são elas: a) a concretização do núcleo central em termos ancorados na realidade; b) a regulação, que consiste na adaptação da representação às transformações do contexto por meio da integração de novos elementos ou da modificação de outros em função de situações concretas com as quais o grupo é confrontado; c) a prescrição de comportamentos, em que os elementos do sistema periférico funcionam como esquemas

organizados pelo núcleo central, garantindo o funcionamento instantâneo da representação com grade de leitura de uma dada situação e, conseqüentemente, orientando tomada de posições; d) a proteção do núcleo central, em que o sistema periférico é um elemento essencial nos mecanismos de defesa que visam a proteger a significação central da representação, absorvendo as informações novas suscetíveis de pôr em questão o núcleo central; e) as modulações individualizadas, em que o sistema periférico permite a elaboração de representações relacionadas à história e às experiências pessoais do sujeito.

É importante ressaltar, contudo, que a *objetivação* e a *ancoragem* não ocorrem em momentos distintos; na verdade, desenvolvem-se concomitantemente, se inter-relacionam e dão sentido à representação social.

Inicialmente, conforme o modelo proposto por Moscovici, as representações sociais possuíam duas funções: formação de condutas e orientação das comunicações sociais. Posteriormente, Abric (1994) acrescentou outras duas funções às representações, justificadas pela evolução das pesquisas realizadas a propósito das cognições e práticas sociais. Foram elas: a *função identitária*, que permite salvaguardar a imagem positiva do grupo e sua especificidade, e a *função justificadora*, que permite aos atores manterem ou reforçarem os comportamentos de diferenciação social, nas relações entre grupos (NÓBREGA, 2001).

Com o desenvolvimento da TRS e disposto a explicar como o pensamento humano se estrutura e se apresentava no contexto social, Moscovici (1978) acrescentou novos elementos às ideias presentes na teoria da representação coletiva, fazendo com que a noção de representação social se situasse no limite entre a psicologia e a sociologia, a partir de um social móvel.

Um grande incentivo ao estudo das representações sociais de Moscovici foi a importância de recuperar o conhecimento do senso comum, compreendido como um saber deturpado e deficiente, estruturado no cotidiano e pelo discurso. A partir dessas concepções, Moscovici estabelece o conceito de *universo retificado* e *universo consensual*, sendo o primeiro um subproduto proveniente do saber científico tendo em suas principais características explicações do mundo de modo imparcial e independentes dos indivíduos e de suas relações, procurando apoiar-se no que considera fatos puros.

Quanto ao último, faz referência ao saber do senso comum e prospera através da negociação e da conversação, apoiando-se na memória coletiva e no consenso.

Considerada uma estratégia complementar da denominada “grande teoria”, a Teoria do Núcleo Central surgiu com a pretensão de resolver duas características amplamente constatadas, mas aparentemente contraditória nas representações sociais. Abric (1994 p .78) afirmou que “as representações são estáveis e móveis, rígidas e flexíveis”; e complementou que “as representações são consensuais, mas também marcadas por fortes diferenças interindividuais. Propôs que a representação social, enquanto entidade unitária, seja estruturada por um sistema interno duplo, em que cada parte tenha um papel específico e complementar ao da outra. A hipótese da Teoria do Núcleo Central é a de que toda representação se organiza em torno de um centro, elemento fundamental, pois, é ele que determina ao mesmo tempo a significação e a organização da representação (ABRIC, 2000).

O duplo sistema ao qual o autor faz referência ao *central* e o *periférico* que permitem compreender uma das características básicas das representações, embora possa parecer contraditória: sendo, simultaneamente, móveis e flexíveis por se abastecerem das experiências individuais, integrando os dados do vivido e da situação específica, tomando como referência a evolução das relações e das práticas sociais, nas quais se inserem os indivíduos ou os grupos; e estáveis e rígidas, por serem determinadas por um núcleo central profundamente ancorado no sistema de valores compartilhado pelos indivíduos do grupo.

Abric (2003) classifica o núcleo central como sendo marcado pela memória coletiva, em que reflete os valores do grupo e os traços socio-históricos, constituindo a base comum, consensual, coletivamente partilhada das representações, definindo a homogeneidade do grupo social. É, portanto, estável, coerente, resistente a mudança, assegurando, assim, a continuidade e a permanência da representação, pois é pouco sensível ao contexto social e material imediato no qual a representação se manifesta. É portanto, um elemento unificador e estabilizador das representações sociais, cujas funções são determinar a organização global de todos os elementos e produzir o significado básico da representação.

O outro subsistema estrutural fundamental é denominado sistema periférico – organizado em torno dos elementos centrais; tem relação com o cotidiano, com a rotina

e incorpora dentro dos pensamentos as variações das experiências e histórias interindividuais, sem deixar de sustentar a heterogeneidade do grupo e as contradições. Na TRS funciona como uma espécie de “para-choque entre uma realidade que a questiona e um núcleo central que não deve mudar facilmente” (FLAMENT, 2001, p. 178), protegendo o núcleo central de possíveis mudanças. Isso quer dizer que, ser assegurada a estabilidade de uma representação social, na sua periferia, comporta as verbalizações mais subjetivas e menos, frequentemente, proferidas pelo grupo de pertença acerca do objeto representacional; e, por esse motivo, absorvidos pelos esquemas periféricos. Desse modo, esse sistema serve de dispositivo para amortecer o confronto entre a realidade subjetiva e os elementos consensuais, constitutivos do núcleo central de uma representação social.

Por fim, enquanto modalidade de conhecimento particular, a representação social tem por função a orientação de comportamentos e a facilitação da comunicação entre os indivíduos, considerando a indissociabilidade entre a experiência subjetiva e a inserção social dos sujeitos.

Por conseguinte, as representações sociais dos profissionais pesquisados que atuam na emergência hospitalar sobre o suicídio podem ser compreendidas como uma interpretação coletiva da realidade vivida e falada por aquele grupo social, direcionando comportamentos e comunicações. É, portanto, compreender as formas que as pessoas utilizam para criar, transformar e interpretar essas problemáticas vinculadas à sua realidade, como também conhecer seus pensamentos, sentimentos, percepções e experiências de vida compartilhadas; destacadas nas modalidades diferenciadas de comunicação, de acordo com o contexto cultural e a classe social a que pertencem; e as instituições às quais se está vinculado, prolongando-se para além das dimensões intrapsíquicas e concretizando-se em fenômenos sociais palpáveis de serem identificados e mapeados (COUTINHO, 2005).

3.1.1 Aplicabilidade da Teoria das Representações Sociais no comportamento suicida.

Diante dos princípios teórico-metodológicos que fundamentam a TRS torna-se coerente a sua aplicabilidade para viabilizar a compreensão das representações do comportamento suicida, que naturalmente recorre-se, em muito, aos símbolos fundados

na tradição histórico-social e religiosa que nos ligam à vida e que permitem tornar familiar algo que à partida é estranho e evitado. Se compreender a morte é uma tarefa difícil, significar a morte voluntária do outro ou mesmo do próprio sujeito é um exercício ainda mais complexo. O horror, o misticismo e a imoralidade perpetuados ao longo da história causados por essa ideia, advêm especialmente de nós mesmos, de um forte apego à vida e ao instinto de preservação e sobrevivência.

Identificar as representações sociais acerca do suicídio pelos profissionais da emergência hospitalar permite conhecer pensamentos, sentimentos, percepções e experiências de vida daqueles que oficialmente são responsáveis por salvar vidas. Encontram-se algumas dimensões representacionais comuns, em especial em relação à morte e ao suicídio, e outras que as distinguem claramente, pelas ancoragens que suscitam, pelas suas objetivações e pelo sujeito para o qual, geralmente, nos remetem.

Se o acolhimento e a assistência cotidiana para com pacientes com potencial risco de morte voluntária pode ou não influenciar a representação do suicídio, o que é transmitido através dos meios de comunicação social e do diálogo com os pares contribui certamente para a construção desses significados. O referencial teórico TRS enfatiza um saber real, contribuindo para o entendimento de como esse grupo social (os profissionais emergencistas), que através de suas representações, dá significado ao objeto investigado investigado.

As vantagens de aplicar a TRS ao comportamento suicida é o de depurar na sua base social, a prova viva dos discursos dos emergencistas hospitalares. Foi isso o que permitiu compreender os mais latentes elementos simbólicos e mesmo os mais travestidos que envolvem este comportamento, as crenças desses profissionais e a forma como encaram este gesto, este ato, este fenômeno.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de Estudos

Trata-se de uma investigação cujo desenho metodológico possui caráter descritivo, exploratório, de natureza quanti e qualitativa por compreender-se que uma convalida os achados da outra.

No 1º *manuscrito*, uma descrição quantitativa é apresentada a partir de dados secundários, via sistema de notificação fornecidos diretamente pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) propositalmente escolhida de modo a permitir o conhecimento estrutural e a dinâmica espacial da população, garantindo uma visão panorâmica e maior aproximação com o objeto de estudo, reconhecendo suas nuances, bem como seu dinamismo e particularidades do comportamento suicida no Estado da Bahia, no contexto hospitalar público.

Já para o 2º e 3º *manuscrisos*, tratam-se de estudos exploratórios, de abordagem quanti-qualitativa cujo embasamento teórico foi fundamentado na Teoria das Representações Sociais, pela abordagem estrutural (ABRIC, 2003; SÁ, 1996) e processual (JODELET, 2001), respectivamente.

4.2 Local de estudo

Para o 1º *manuscrito*, a fonte de dados foi o Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS), com dados disponíveis no portal do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), cuja abrangência contemplou todas as unidades hospitalares de âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) do Estado da Bahia, dos anos de 2008 a 2016.

Já para o 2º e 3º *manuscrisos*, o campo de estudo foi o setor de emergência de um hospital público localizado na região sudoeste do interior do Estado da Bahia - Brasil, na cidade de Jequié (ver Figura 11), possuindo, em 2017, uma população estimada em 162.209 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2017a). A estrutura hospitalar do município é composta (até o ano de produção dessa pesquisa) por três hospitais privados e um hospital público, sendo esse último o Hospital Geral Prado Valadares, unidade de referência por se encontrar em município gestor da região de saúde conforme classificação a parti da Lei Nº 13.204

(BRASIL, 2014), sendo o campo escolhido para o levantamento das informações que serão aqui discutidas. Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES (BRASIL, 2017b), a instituição possui administração direta do Governo do Estado. Fundado em 1947, possui até a presente data, 276 leitos operacionais internando nas especialidades de clínica médica, clínica cirúrgica, obstetrícia, pediatria, psiquiatria e terapia intensiva, sendo em 2018, a maior unidade hospitalar do interior do Estado da Bahia (SESAB, 2018).

Com a criação dos Núcleos Regionais de Saúde (NRS), Jequié passou a compor uma das 28 regiões de saúde, assumindo a Gestão Municipal dos Serviços de Saúde com a abrangência a atendimento de 25 municípios garantido através do consórcio de Saúde da região, com total de 512.755 habitantes, conforme a Tabela 2 (BRASIL, 2017).



Figura 11: Delimitação geográfica da cidade de Jequié, na região Sudoeste do Estado da Bahia/Brasil.

Fonte: <https://goo.gl/images/BKeAvO>

Tabela 2: Municípios que compõem a base de saúde de Jequié-BA. 2017.

MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO ESTIMADA
Jequié	161.150
Aiquara	4.790
Apuarema	7.780
Barra do Rocha	6.518
Boa nova	14.861
Brejões	15.265
Cravolândia	5.552
Dário Meira	12.190
Ibirataia	18.348
Ipiaú	47.388
Irajuba	7.443
Iramaia	10.809
Itagi	13.448
Itagibá	15.871
Itamari	8.534
Itaquara	8.480
Itiruçu	13.336
Jaguaquara	55.127
Jitaúna	13.636
Lafaiete Coutinho	4.046
Lajedo do Tabocal	8.810
Manoel Vitorino	14.618
Maracás	24.156
Planaltino	9.413
Santa Inês	11.186
Total	512.755 Habitantes

Fonte: <https://goo.gl/NL42N5>

4.3 População

Participaram do 1º *manuscrito*, 4.140 notificações de internações decorrentes de lesões autoprovocadas intencionalmente por pessoas maiores de dez anos e de ambos os sexos (sendo 2.755 do sexo masculino e 1.385 do sexo feminino).

Referente à população do 2º *manuscrito*, foram 104 profissionais de saúde de diferentes especialidades correspondendo a 24 médicos, 52 enfermeiros, 02 psicólogos, 08 assistentes sociais e 18 técnicos de enfermagem que integravam as equipes do setor de emergência do Hospital Geral Prado Valadares. O critério de inclusão para participantes foi ser profissional de saúde atuante na equipe de emergência (independente do vínculo empregatício temporário ou efetivo) daquela unidade hospitalar. Os participantes excluídos foram os profissionais que estavam afastados de suas funções devido liberação por férias (n=05), afastamento por licença maternidade (n=02), profissionais não encontrados após três tentativas em dias alternados de acordo com a escala hospitalar (n=05), e os que se recusassem a responder as questões do formulário proposto (n=12).

Quanto ao 3º *manuscrito*, a população entrevistada foi composta por 30 profissionais.

4.4 Lócus e período

Para o *manuscrito 1*, o levantamento das informações ocorreu durante os meses de fevereiro e março de 2017, sendo solicitado à Secretaria do Estado da Bahia as planilhas das notificações de internações por lesões autoprovocadas intencionalmente e comparadas com os dados disponíveis pelo portal do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), referente ao período de 2008-2016.

Já a coleta de dados do 2º e 3º *manuscritos* foi realizada no período de maio de 2017 nas instalações da unidade hospitalar referida, após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes (APÊNDICE A). Primeiramente, foram solicitadas à Coordenação de todas as especialidades que atuavam no setor de emergência, as escalas com os nomes dos profissionais. Em

seguida, com auxílio de uma secretária da coordenação geral, os participantes foram então identificados e convidados via telefone para seus respectivos setores, ou abordados diretamente e conduzidos para uma sala específica, confortável e com a menor interferência de outras pessoas, a fim de preservar a privacidade da entrevista. Toda a fase de levantamento de dados foi conduzida individualmente e por um único entrevistador, para que fosse mantido o máximo de homogeneidade na condução e obtenção das informações. Após a apresentação do TCLE, procedeu-se a entrevista cujo tempo médio foi de, aproximadamente, 30 minutos por participante.

4.5 Instrumentos de coleta dos dados

O instrumento utilizado no 1º *manuscrito* se baseou na ficha do Sistema de Informação Hospitalar (SIH), para o 2º foi desenvolvido primeiramente questões relacionadas às características pessoais e profissionais como, tempo de atuação no setor de emergência, tipo de vínculo empregatício, especialidade de atuação e adesão às práticas religiosas, seguida da aplicação da Técnica de Evocação Livre de Palavras ou Teste de Associação Livre de Palavras, desenvolvida pelo psiquiatra suíço Jung, na sua prática clínica, e adaptado ao Campo da Psicologia Social por Di Giacomo (1981), visando, nas Representações Sociais, identificar as dimensões latentes nessas representações evocadas a partir de um estímulo indutor (refere-se diretamente ao objeto investigado).

Os pesquisadores ligados à Teoria do Núcleo Central interessam-se em identificar o conteúdo de uma representação e também sua estrutura e organização interna. Para isso desenvolveram o adicional à técnica de pedir que os indivíduos hierarquizem o material verbal por eles mesmos produzido (ABRIC, 1994). Trata-se de uma técnica projetiva que fornece representações daquilo que, no indivíduo e “para o outro”, é desconhecido por outros meios de acesso. Permite que os conteúdos latentes sejam evidenciados, e o material projetado seja, então, analisado (DEGENNE, VERGÈS, 1973; FLAMENT, 1986).

A partir disso, essa investigação se baseou em um termo indutor, sendo o

número máximo de cinco evocações por cada participante. Solicitou-se a evocação de quatro palavras que lhes viessem à mente após os termos indutores serem apresentados, da seguinte forma: Quando falo em termo indutor *SUICÍDIO* o que lhe vem à mente? (APÊNDICE B). A transcrição das palavras ocorreu na forma genérica em que foram expressas pelos profissionais, de maneira a compor o conjunto de sentenças que deram origem à rede semântica resultante das representações sociais do grupo investigado.

Antes da aplicação do teste foi realizada uma explicação da técnica para os participantes, perguntando-lhes, em seguida, se haviam compreendido o funcionamento do mesmo, seguindo, então, para a efetiva aplicação.

Quanto aos instrumentos que fundamentaram o 3º manuscrito, foi considerado um bloco que abordou uma, dentre as questões abertas dirigidas aos participantes, cuja aplicação objetivou interrogar estratégias preventivas, intervencionistas e medidas de posvenção, dentre outros que foram registrados em gravação de áudio. Esse procedimento seguiu o critério da saturação dos dados, na medida em que as respostas começaram a se repetir (MINAYO, 2006). Costuma-se empregar esse critério para chegar a um número-limite não definido previamente, no decorrer da pesquisa. Assim, quando os temas ou argumentos começam a se repetir, significa que entrevistar um maior número de participantes acrescentaria pouco ao conteúdo da representação, podendo-se realizar mais algumas entrevistas e, então, cessar a coleta (SÁ, 1998).

4.6 Análise dos Dados

As informações coletadas foram gravadas por meio de um gravador de Voz Digital Sony® Icd-Px 240 - 4gb, transcritas para o Software Word 2010 por dupla de pesquisadores e submetidas à posterior exame dos coordenadores da investigação para preservação da fidedignidade e validade dos registros compondo o *corpus* de análises do estudo.

Para o 1º *manuscrito* foram calculadas medidas brutas de frequência de interações por tentativa de suicídio, a média de permanência, tipo de lesão e taxa de mortalidade. A análise dos dados deste estudo foi realizada com o auxílio do *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®)* versão 24.0.

O 2º e 3º *manuscritos* foram fundamentados na Teoria das Representações Sociais a partir das abordagens *estrutural* e *processual*, respectivamente, utilizando um modelo para análise cognitiva intitulado de AnCo-REDES. A Análise Cognitiva de Representações Sociais a partir de REDES (AnCo-REDES) é um recurso estratégico, um complexo desenho dentre muitas possibilidades utilizadas para a construção da análise cognitiva das representações sociais de sujeitos pertencentes a um grupo social, acerca de um objeto de estudo específico, nesse caso, o suicídio. Este modelo em questão foi desenvolvido na tese da pesquisadora Dra. Cláudia Ribeiro Santos Lopes, defendida em 2014, em seu doutorado pela Universidade Federal da Bahia – UFBA. Composto de etapas e processos que norteiam os trabalhos dos investigadores, orientando-os por uma perspectiva plural, o modelo oferece resultados cientificamente comprovados (LOPES, 2014), capazes de gerar a compreensão de seu significado, interfaces e conexões entre a Teoria de Redes e Teoria das Representações Sociais.

Em sua estrutura geral, o modelo AnCo-REDES é fundamentado sobre três pilares básicos, os quais darão sustentação a uma análise quanti e qualitativa: a) a Teoria de Redes, a partir de métricas de análise de redes sociais (WASERMAN; FAUST, 1994), e de redes de clique (FADIGAS, 2011; FADIGAS; PEREIRA, 2013), nos quais se buscam elementos para fundamentar a visada quantitativa, sendo possível capturar elementos que levem a uma compreensão das relações que ocorrem em uma estrutura social entre os diversos atores que a compõem; b) a abordagem estrutural das representações sociais proposta por Abric (1994) e ampliada por Sá (1996), na qual se buscam elementos de sustentação para a análise qualitativa proposta no modelo; e c) o conceito de análise cognitiva definido por Fróes Burnham (2012), procurando ir além das expressões, através de imagens, expressões verbais, e físicas, busca interpretar ou inferir a significância a respeito de algo, considerando fundamental o contexto social onde os estudos são desenvolvidos, para explicar a importância do sujeito no processo e toda a complexidade que envolve a existência humana.

Segundo Lopes (2014), o processamento do modelo AnCo-REDES acontece em três níveis, que apesar de possuírem etapas específicas, complementam-se. São eles o **metanível** (em que ocorrem as definições de base epistemológica que sustentarão a análise pretendida), **mesonível** (etapa em que são realizadas as definições conceituais que irão estruturar a análise cognitiva de forma a atender os aspectos quanti e

qualitativos) e o **micronível** (nível de aplicação, no qual, a partir das definições estabelecidas no mesonível, serão realizados os procedimentos de análise). Para compreensão do modelo AnCo-REDES, cabe ressaltar o princípio da adaptabilidade proposta na estrutura do modelo, possibilitando ao analista a chance de desenvolver pesquisas a partir de redes à sua própria escolha, envolvendo outras abordagens (e.g. análise do discurso).

O modelo AnCo-REDES se propõe a identificar a estrutura e conteúdo das representações sociais atribuídas a um objeto, por um conjunto de pessoas pertencentes a um determinado grupo social. A pluralidade se constitui no modelo AnCo-REDES, a partir das teorias de base utilizadas, sendo elas a Teoria de Redes, com ênfase na análise de redes sociais e de redes semânticas, que permite uma análise complexa das interações entre os atores envolvidos, a partir do instante em que haja algum tipo de troca entre eles; a Teoria das Representações Sociais através dos fundamentos que levam à compreensão, em uma perspectiva qualitativa, do que é expresso individualmente pelos sujeitos de um certo grupo social, construído de forma coletiva a partir das relações sociais que ocorrem; e pela análise cognitiva que busca conhecer e traduzir as significações dos sujeitos a partir do princípio de Edgar Morin, captando a complexidade desses significados e compreendendo suas dimensões. A seguir, serão apresentados, com maiores detalhes, os pilares que fundamentam o modelo AnCo-REDES previamente anunciados.

Após o levantamento do banco de dados para análise foi criado um dicionário a partir das palavras evocadas. A análise foi feita observando todas as redes geradas individualmente para identificar possíveis significados atribuídos pelo profissionais da emergência hospitalar, acerca do suicídio.

Conforme estabelecido por Lopes (2014), as métricas e limites que identificam cada elemento que compõe a estrutura de uma representação social são: o **Núcleo central** - vértice com $C_g > k$ e $E_c \geq 0.75$; **Primeira periferia** - vértice com $C_g > k$ e $0.60 \leq E_c < 0.75$; **Elementos de contraste** - vértice $C_g \leq k$, e $E_c \leq 0.45 < 0.60$; **Segunda periferia** - todos os outros vértices com $C_g < k$ ou $C_g \geq k$ com $E_c < 0.45$. A fase de processamento e modelagem do corpus das palavras evocadas foram calculadas. As imagens foram geradas utilizando o software Gephi[®], versão 0.8.2, beta.

4.7 Questões éticas

O presente estudo cumpriu todos os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que trata sobre o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos, respeitando as questões éticas, políticas e religiosas dos entrevistados (BRASIL, 2012). A pesquisa foi submetida e aprovada (ANEXO A) pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, através da Plataforma Brasil, sob CAAE nº 59945416.1.0000.0055 e processo nº: 2.620.152.

Para as investigações pertinentes, a coleta de dados ocorreu após a leitura e compreensão completa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), seguido de sua assinatura. Respeitaram-se os direitos ao anonimato e à privacidade dos (as) “participantes, deixando claro a possibilidade de desistência da participação na pesquisa, a qualquer momento”.

Os possíveis riscos que a pesquisa apresentou estavam descritos no TCLE e associavam-se à possibilidade de alguma pergunta causar constrangimento ou incômodo ao participante, ficando a critério do mesmo, querer respondê-la ou não. A participação seria voluntária e livre de qualquer forma de pagamento.

5 RESULTADOS

Os resultados dessa pesquisa foram apresentados sob a forma de três manuscritos científicos elaborados de acordo as normas dos periódicos (previamente selecionados) para a submissão e serão apresentados nas seções a seguir.

5.1 *Manuscrito 1:*

HOSPITALIZAÇÕES POR LESÕES AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE [2008 – 2016]

HOSPITALIZATION BY INTENSIONALLY SELF-INDUCED INJURIES [2008 - 2016]

Saulo Sacramento Meira¹, Alba Benemérita Alves Vilela²

1 Doutorando em Enfermagem e Saúde. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Jequié, Bahia, Brasil. E-mail: saulo_meira@hotmail.com

2 Doutora em Enfermagem, Professora do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). E-mail: alba_vilela@hotmail.com

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores não possuem conflitos de interesse a serem declarados.

Autor para correspondência: Para quem a correspondência deve ser endereçada: Saulo Sacramento Meira. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Avenida José Moreira Sobrinho, s/n, Jequezinho – 45200-000 – Jequié, Bahia . Telefone: (73) 35289738. E-mail: saulo_meira@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: avaliar as internações hospitalares decorrentes de lesões autoprovocadas intencionalmente no Estado da Bahia-Brasil no período de 2008 à 2016. **Método:** trata-se de um estudo do tipo descritivo acerca das notificações de internações hospitalares no Sistema Único de Saúde, tendo como unidade de análise as notificações de internações por lesões autoprovocadas intencionalmente. **Resultados:** Identificou-se 4.140 internações, sendo 66,5% do sexo masculino e 33,5% do sexo feminino; o maior tempo de permanência foi em idosos, com média de 3,47 dias. Houve predominância de autointoxicações voluntárias por álcool (média de 211,33 internações; DP=53,33), seguido das autointoxicações por pesticidas\produtos químicos (média de 83,44 internações; DP=7,35). A taxa de letalidade foi de 4,05, sendo para homens, 4,2 e para mulheres, 3,2. **Conclusão:** As hospitalizações por lesões autoprovocadas intencionalmente na Bahia nessa série histórica ocorreram em sua maioria em homens, sendo o álcool o mecanismo de lesão predominante; a permanência hospitalar foi maior em idosos e a taxa de letalidade geral por suicídio foi considerada baixa para a população estudada.

Descritores: Violência. Agressão. Suicídio. Estatística. Brasil. Tentativa de Suicídio. Hospitais.

INTRODUÇÃO

O comportamento suicida inclui um conjunto de ideias e\ou ações que giram em torno do autoextermínio e pode ser classificado como ideação do suicídio, que se refere à pensamentos de acabar com a própria vida; plano de suicídio, que se refere à formulação de um método específico através do qual se pretende morrer; e tentativa de suicídio, que se refere a execução de atos potencialmente prejudiciais em que há pelo menos alguma intenção de morte¹.

As tentativas de suicídio são conceituadas como atos intencionais de autoagressão que não apresentam como desfecho a morte². Os principais fatores associados são tentativas anteriores de suicídio que predisõem a progressiva letalidade do método, possuir transtornos mentais (principalmente depressão), apresentar abuso/dependência de álcool e outras drogas, ausência de apoio social, histórico de suicídio na família, forte intenção suicida, eventos estressantes e características sociodemográficas desfavoráveis tais como, pobreza, desemprego e baixo nível educacional³⁻⁴.

A taxa de tentativas de suicídio que terminam em hospitalização são registrados no Brasil pelo Sistema de Informação Hospitalar – SIH, que inclui todas as internações dentro do

Sistema Único de Saúde (SUS), a partir de uma extensa rede de hospitais públicos e contratados em todo o país. A média nacional de cobertura do SIH/SUS é de aproximadamente 80% das internações hospitalares, com variações entre as regiões e os Estados brasileiros, em função da população usuária de planos de saúde privados⁵. A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde na sua 10ª edição (CID-10) considera “lesão autoprovocada intencionalmente” as lesões ou o envenenamento autoinfligido intencionalmente e as tentativas de suicídio, sendo essa última subdividida em códigos referentes às causas mais específicas contempladas entre X60-X80⁶. Estas incluem, entre outras, autointoxicações intencionais por álcool ou por pesticidas e produtos químicos, e lesões autoprovocadas, intencionalmente por arma de fogo ou por arma branca.

A World Health Organization (WHO) estimou em 2014⁷ que uma morte decorrente do suicídio ocorra a cada 40 segundos, e que o número de tentativas de suicídio seja ainda maior, afirmando que para cada suicídio existam pelo menos 25 tentativas. O aumento das taxas mundiais deste fenômeno e suas repercussões fizeram com que a prevenção da tentativa de suicídio fosse estabelecida pela WHO em 2006, como objetivo internacional em saúde mental⁸. Concretamente, no Estado da Bahia, segundo levantamento do Ministério da Saúde⁹, entre 2011 e 2015, 2.685 pessoas tiraram a própria vida, representando um crescimento de 7% no terceiro maior Estado do Brasil. Entre 2011 e 2016, o Brasil registrou 48.204 tentativas de suicídio, pouco mais de uma ocorrência por hora.

Os serviços de urgência e emergência são os primeiros locais onde as pessoas que tentaram suicídio recebem cuidados, por isso estudos que procurem analisar comportamentos de risco para o suicídio como identificação dos meios de perpetração, tempo de hospitalização e distribuição etária são estratégicos para o reconhecimento dos fatores que lhe estão associados. O seu conhecimento permite viabilizar ações sinérgicas através do planejamento, gerenciamento e avaliar os serviços hospitalares, contribuindo para a prevenção de novas tentativas de suicídio. Ressalta-se, ainda, o fato de que internações decorrentes de lesões autoprovocadas intencionalmente oferecerem riscos importantes para a saúde, exigindo atenção de profissionais especializados, monitoramento contínuo e, segundo Silveira, Santos e Ferreira¹⁰ demandam o uso tecnológico de alta complexidade e alto custo, gerando ônus ao sistema público de saúde.

O objetivo do presente estudo foi avaliar as internações hospitalares decorrentes de lesões autoprovocadas intencionalmente no Estado da Bahia-Brasil, no período de 2008 à 2016.

MÉTODO

Estudo observacional, do tipo descritivo, acerca das notificações de internações hospitalares no SUS, tendo como unidade de análise as notificações de internações por lesões autoprovocadas intencionalmente no Estado da Bahia. A fonte de dados foi o Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS), com dados disponíveis no portal do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), correspondente ao período de 2008 a 2016. Cabe ressaltar que o formulário que habilita o internamento hospitalar é a Autorização de Internamento Hospitalar (AIH), como validade de 30 dias, portanto, nos casos em que o paciente permaneça por mais tempo, será gerada uma nova AIH.

As faixas etárias foram classificadas conforme recomendado pela OMS que define como adolescentes a faixa etária compreendida entre 10 a 19 anos, adultos de 20 a 59 anos¹¹ e idosos como 60 anos ou mais¹². As notificações referentes à população infantil, i.e., com idades abaixo dos 10 anos, foram excluídas deste estudo, pois a literatura aponta que suicídios em faixas etárias tão precoce são de difícil caracterização, sendo classificados na maioria das vezes como acidentais¹³.

Para este estudo foram selecionadas as internações que possuíam no diagnóstico primário XX e no diagnóstico secundário causas referentes aos códigos de X60 a X84 da CID-10: autointoxicação intencional por medicamentos e substâncias biológicas não especificadas (X60–X64); autointoxicação intencional por álcool (X65); autointoxicação intencional por pesticidas e produtos químicos (X68-X69); lesão autoprovocada intencional por arma de fogo (X72-X74); lesão autoprovocada intencional por arma branca e objetos contundentes (X78-X79); lesão autoprovocada intencional por enforcamento e estrangulamento (X70); lesão autoprovocada intencional por precipitação de lugar elevado (X80); lesão autoprovocada intencional meio não especificado (X84); e demais categorias (X66, X67, X71, X75-X77, X81-X83).

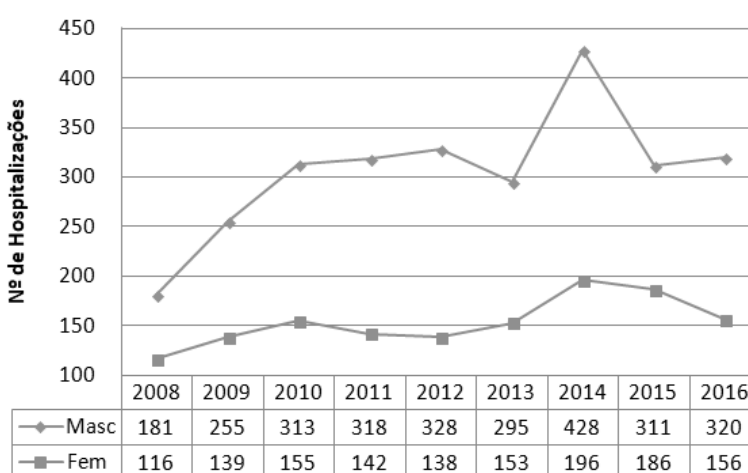
Foi calculada taxa bruta de internamento hospitalar por lesões autoprovocadas, frequência de internações por tentativa de suicídio, a média de permanência, tipo de lesão e taxa de mortalidade hospitalar. A análise dos dados deste estudo foi realizada com o auxílio do *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 24.0.

As bases de dados utilizadas são de acesso público, por meio do sítio do DATASUS, no qual existe a omissão da identificação dos indivíduos respeitando os princípios da ética na pesquisa envolvendo seres humanos, em conformidade com a Resolução nº 466, de 12 dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde¹⁴.

RESULTADOS

Entre os anos de 2008-2016 ocorreram no Estado da Bahia – Brasil 4.140 internações no SUS (um caso por dia) decorrentes de lesões autoprovocadas intencionalmente por pessoas maiores de dez anos, sendo 2.755 (66,5%) do sexo masculino e 1.385 (33,5%) do sexo feminino. As taxas de internações foram de 4,1 para cada 100 mil habitantes no período considerado, sendo 2,7/100 mil habitantes entre os homens e 1,3/100mil habitantes entre as mulheres. Observando a distribuição das taxas de hospitalização no decorrer dos anos, constatou-se a predominância do sexo masculino durante toda a série histórica, com pico de internações para ambos os sexos no ano de 2014 (Figura 1).

Figura 1. Distribuição das internações hospitalares decorrentes de lesões autoprovocadas intencionalmente, segundo sexo e ano, para indivíduos com idades acima de dez anos. 2008-2016. Bahia, Brasil.



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS.

Na evolução temporal estudada, a autointoxicação voluntária por álcool (X65) foi responsável pela maioria das hospitalizações no Estado da Bahia. Essa frequência se manteve elevada nos homens durante todo o período, apresentando queda nos dois últimos anos, acompanhado do crescimento de lesão autoprovocada por arma branca e objetos contundentes

(X78-X79). Já nas mulheres ocorreram variações nesta evolução, sendo que as lesões mais frequentes oscilaram especialmente entre a autointoxicação intencional por medicamentos e substâncias biológicas não especificadas (X60 a X64), autointoxicação voluntária por álcool (X65) e a autointoxicação intencional por pesticidas e produtos químicos (X68-X69). Para os dois sexos no período estudado, as menores taxas de hospitalização se referem a lesões autoprovocadas por enforcamento e estrangulamento (X70), conforme a Figura 2.

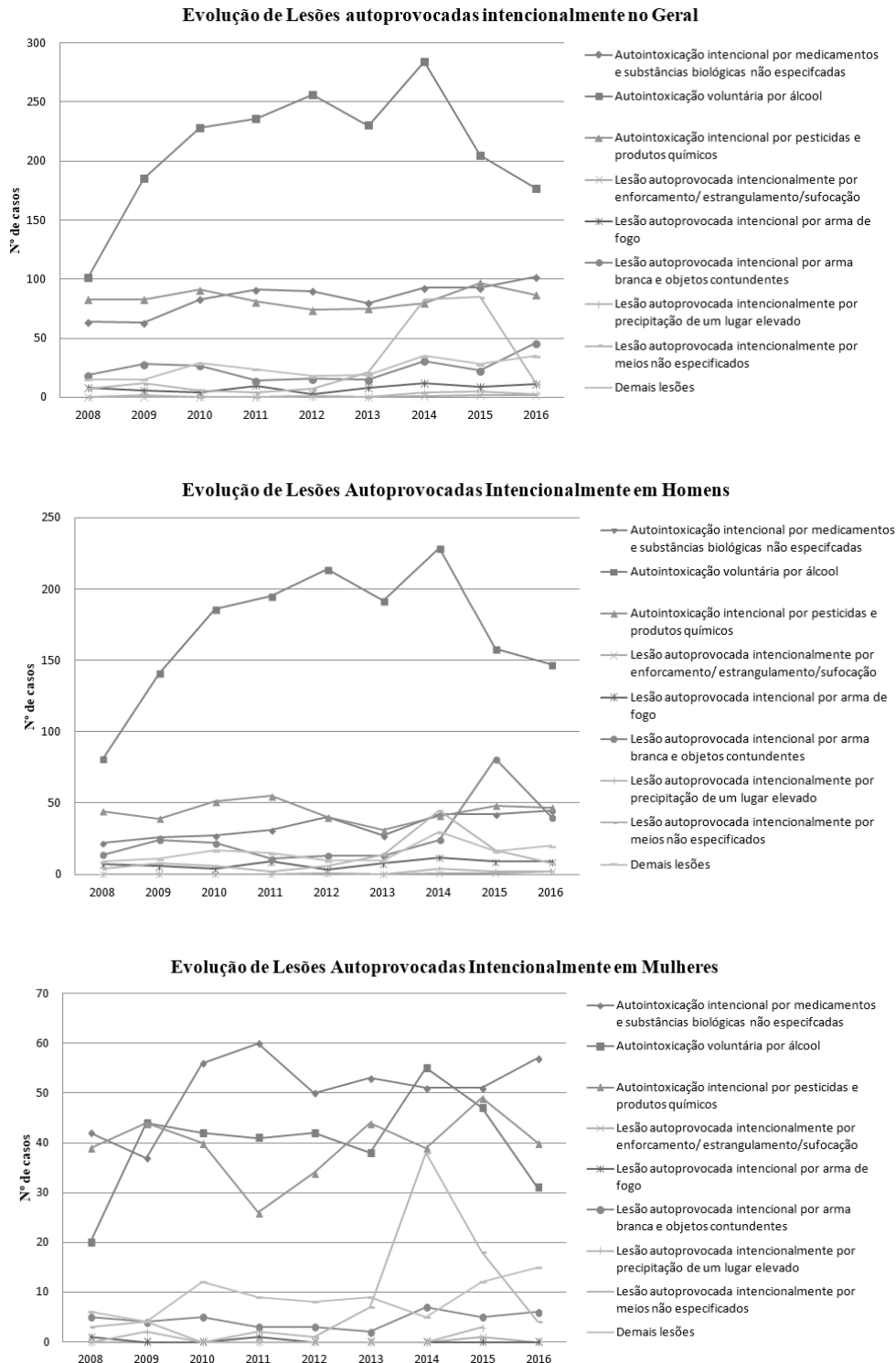


Figura 2. Evolução das internações hospitalares decorrentes de lesões autoprovocadas intencionalmente, segundo sexo. 2008-2016. Bahia, Brasil.

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS.

Em relação ao tempo de permanência hospitalar (por dia) por faixa etária, foram os idosos (60 e mais anos) que apresentaram maior tempo de internação, seguido dos adultos (20 a 59 anos) e dos adolescentes (10 a 19 anos). Acerca da estratificação por sexo, apesar da pequena variação, observou-se que os homens adolescentes apresentam maior tempo de permanência, seguido de mulheres adultas, e uma predominância da masculinização dos idosos hospitalizados na Bahia (Tabela 1).

Tabela 1: Média e desvio padrão (dp) da permanência hospitalar em dias por grupo etário segundo sexo por lesões autoprovocadas intencionalmente. 2008-2016. Bahia, Brasil.

Média de permanência por grupo etário	Geral Média (dp)	Feminino Média (dp)	Masculino Média (dp)
10 a 19 anos	2,92 (0,61)	2,68 (0,61)	3,12 (1,08)
20 a 59 anos	3,34 (0,38)	3,55 (0,95)	3,24 (0,24)
60 e mais anos	3,47 (0,39)	2,99 (0,73)	3,52 (0,48)

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS.

Quanto aos meios empregados, nota-se importante intencionalidade (geral e para o sexo masculino) pela autointoxicação por álcool, seguido pela autointoxicação por pesticidas e produtos químicos, acompanhado das autointoxicações por medicamentos e substâncias biológicas não especificadas. No grupo das mulheres predominou a autointoxicação intencional por medicamentos e substâncias biológicas não especificadas, seguido da autointoxicação por álcool (Tabela 2).

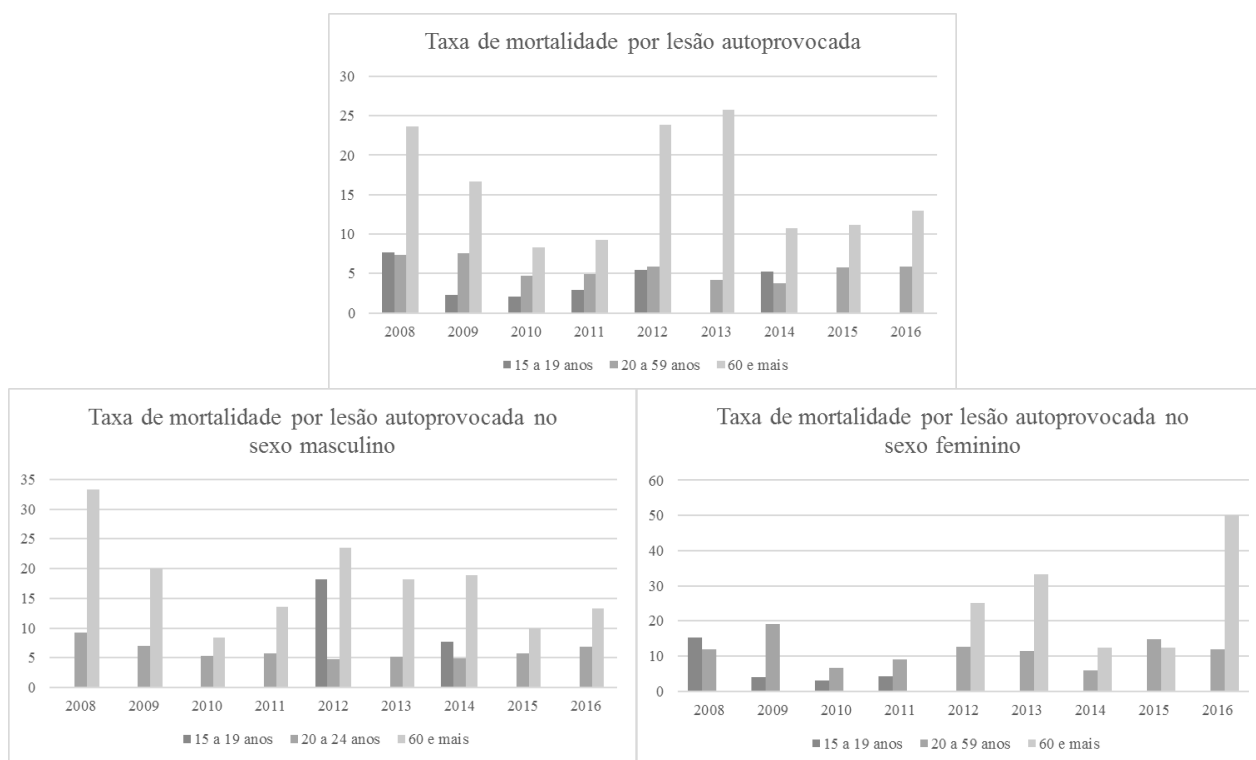
Tabela 2: Média e desvio padrão (dp) masculino, feminino e geral segundo meio de perpetração. 2008-2016. Bahia, Brasil

	Geral	Feminino	Masculino
Tipos de lesão (CID 10)	Média (dp)	Média (dp)	Média (dp)
Autointoxicação intencional por medicamentos e substâncias biológicas não especificadas	83,33 (13,36)	50,78 (7,27)	33,56 (8,65)
Autointoxicação voluntaria p/álcool	211,33 (53,15)	40,00 (9,90)	171,44 (45,00)
Autointoxicação intencional por pesticidas e produtos químicos	83,44 (7,35)	39,44 (6,56)	44,00 (7,19)
Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento ou sufocamento	1,5 (0,57)	1,0 (0)	1,25 (0,50)
Lesão autoprovocada intencional por arma de fogo	7,89 (3,06)	1,25 (0,50)	7,44 (2,79)
Lesão autoprovocada intencional por arma branca e objetos contundentes	24,33 (10,17)	4,44 (1,59)	19,89 (9,04)
Lesão autoprovocada intencional por precipitação de lugar elevado	3,00 (1,58)	2,00 (1,00)	2,25 (1,25)
Lesão autoprovocada intencional meio não especificado	20,78 (25,27)	9,63 (12,66)	12,22 (13,16)
Demais Categorias	24,33 (8,12)	8,89 (3,62)	15,33 (6,67)

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS

A taxa de mortalidade hospitalar para ambos os sexos foi de 4,05, sendo para homens 4,2 e para mulheres 3,2. No que se refere aos grupos etários, observou-se maior taxa de letalidade 12,9 óbitos por mil tentativas, entre a população idosa (≥ 60 anos), seguido de 5,88 dos adultos (20 a 59 anos) e de 5,26 dos adolescentes (15 a 19 anos). No que se refere à letalidade por sexo, o grupo de homens idosos apresentou maior taxa (17,67), e 11,48 para as mulheres adultas, seguido dos homens adolescentes (12,94) (Figura 3).

Figura 3. Evolução temporal das taxas de letalidade, segundo sexo. 2008-2016. Bahia, Brasil.



Fonte: Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS.

DISCUSSÃO

Os resultados permitiram identificar que na evolução histórica estudada as lesões autoprovocadas intencionalmente na Bahia ocorreram em sua maioria em homens, apresentando pico de crescimento em ambos os sexos no ano de 2014, sendo o álcool o mecanismo de lesão predominante; nas mulheres, o tipo de lesão mais frequente foram as intoxicações por medicamentos. A permanência hospitalar foi maior em idosos do sexo masculino e a taxa de letalidade por suicídio foi considerada baixa para população estudada.

Em relação ao predomínio de hospitalizações por lesões autoprovocadas intencionalmente em homens durante todo o período investigado em comparação com as mulheres no Estado na Bahia, estes estão em linha com os resultados encontrados em outro Estado localizado na mesma região Nordeste em 2016¹⁵ identificando a maior prevalência para tentativas de suicídios em homens (62,9% tentativas; e 82,9% óbitos, respectivamente). Apesar desse comportamento de gênero divergir de outras regiões brasileiras^{3,13} que estabelecem as maiores taxas de tentativa nas mulheres e uma maior proporção de suicídios

nos homens, esse paradoxo pode ser explicado pela íntima relação entre a escolha do método e o grau de intencionalidade da tentativa (se a pessoa realmente queria morrer). No geral, os homens que concretizam o ato suicida tendem a usar métodos para o suicídio considerados mais letais^{4,7} (como enforcamento, atirar-se de estruturas elevadas, atropelamento ou armas de fogo), recursos que apresentaram baixas taxas durante o período investigado nessa população. Todavia, é importante a observação cautelosa das realidades econômicas e sociais específicas dos territórios que podem conduzir para comportamentos suicidas heterogêneos.

Analisando o pico de crescimento de internações para o ano de 2014 em ambos os sexos e considerando dados da série histórica da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua), iniciado no ano de 2012 através do Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), destaca-se o agravamento das ofertas de emprego no mercado de trabalho que disseminou por todo o país nos últimos anos. Foi possível verificar como as crises política e econômica, ocorridas no Brasil, desencadearam elevados índices de desemprego nos 22 dos 27 Estados¹⁸, sendo que a taxa da média nacional de desocupação foi de 8,3% entre abril e junho, o maior nível da série em comparação entre os segundos trimestres de 2014 e de 2015. A região Nordeste apresentou crescimento do desemprego em sete dos nove Estados e a Bahia apresentou a maior taxa do país até aquele ano (acima dos 10%), sendo os setores de construção civil e serviços os mais afetados¹⁹, sugerindo a variável econômica como importante fator de risco para o comportamento suicida.

Segundo Babones²⁰, o rendimento *per capita* dos países e a sua distribuição determina o nível de saúde dos mesmos, na medida em que defende evidências acumuladas sobre as consequências dos aspectos financeiros. Os efeitos negativos das crises econômicas sobre a saúde mental manifestam-se rapidamente, revelando-se em curto prazo (ao contrário dos efeitos sobre a saúde física que tendem a ser mais demorados no tempo), podendo ainda ser diretos ou indiretos e de natureza reversível ou irreversível²¹. As crises econômicas variam a distribuição de rendimentos da mesma forma que dinamizam as condições de saúde das populações, sendo potencialmente desestabilizantes.

Nesse sentido, o aumento das taxas de desemprego parece estar associado, nacional e regionalmente, com o aumento do número de suicídios. Um estudo desenvolvido na Inglaterra entre 2008 e 2010 por Barr et al.²² demonstrou evidências quanto à ligação entre o aumento de suicídios e a crise econômica que se iniciou em 2008. Outra pesquisa²³ que buscou analisar a influência das condições econômicas, medidas através do desemprego e os efeitos dos gastos

em proteção social sobre as taxas de mortalidade em 26 países da União Europeia entre 1970 e 2008 concluiu que o aumento da taxa de desemprego está associado a um aumento no número de suicídios, e que quando não consumidos levaram ao desenvolvimento de problemas de saúde mental, especialmente a depressão²⁴. A principal explicação para estas evoluções pode estar relacionada com dificuldade em suportar altos níveis de endividamento pessoal e familiar²⁵. O desemprego, a precariedade no trabalho e a falta de um salário mínimo influenciam negativamente a saúde. As alterações no mercado de trabalho e na regulação laboral que acompanham as situações de crise econômica aumentam as exigências cognitivas e emocionais relacionadas com o trabalho devido a problemas ligados ao stress, ansiedade e depressão²⁶.

No que tange o consumo de álcool como principal motivo das internações nos homens, alguns estudiosos evidenciam que o consumo de substâncias psicoativas, especialmente o álcool, pode potencializar a probabilidade de tentativas de suicídio e do próprio suicídio, principalmente em indivíduos do sexo masculino²⁷⁻²⁸, o que demonstra relação direta entre o abuso dessas substâncias e o comportamento suicida. Trata-se de um hábito social estimulado, principalmente aos meninos desde o final da infância, o que demonstra a influência do grupo social para o consumo. Cardoso²⁹ ressalta uma possível associação entre o consumo excessivo esporádico de álcool “binge drinking” e a existência de comportamentos suicidários. A autora afirma que de todas as mortes por suicídio, 22% podem ser atribuídas ao álcool, o que significa que um quinto dos suicídios não ocorreria caso o álcool não fosse consumido.

O consumo excessivo de álcool e/ou abuso de outras drogas está intimamente associado à tentativa ou consumação de suicídios. De acordo com um estudo realizado entre os anos de 1980 e 2013, que analisou casos de suicídio por enforcamento e intoxicação exógena, foi detectada alcoolemia positiva em 30% dos suicídios por enforcamento (média de 1,39 g/L) e em 36% dos suicídios por intoxicação exógena (média de 1,39 g/L)²⁷.

Para Sundin³⁰ a ideação suicida aumenta mais de três vezes o risco de tentativas de suicídio. Sabe-se que o abuso de álcool prejudica o juízo crítico e o autocontrole e que as pessoas tendem a perder a inibição, tornando-se mais impulsivas, podendo externalizar seu sofrimento psíquico por meio da tentativa de suicídio nos casos em que há predisposição para tal, sendo amplamente conhecido que indivíduos com histórico de abuso de substâncias psicoativas estão subnotificados nas estatísticas de mortalidade³¹⁻³². Ribeiro et al³³ acrescentam que a interação social é um elemento fundamental para a aquisição de vínculos intersubjetivos, que possibilita a aproximação de laços afetivos, sentimentos e afinidades.

Porém, quando o indivíduo se torna abusador de álcool e outras drogas, a interação social pode apresentar-se prejudicada e ocasionar dificuldades nos relacionamentos interpessoais afetando as relações sociais afetivas, contribuindo para o isolamento, importante fator de risco para o comportamento suicida.

Em relação à maior prevalência de “autointoxicação por medicamentos e substâncias biológicas não especificadas” encontrado nas mulheres baianas, pode ser explicado segundo Abrel³⁴ que define como sendo esses, meios menos invasivos e portanto não afetam a estética corporal. Para Bertolote³⁵ trata-se de métodos suicidas mais socialmente aceitos do que são para os homens que para consumir o ato, procuram reafirmar sua virilidade. As Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio declaram que a prevalência de consumo de psicotrópicos tende a ser mais frequente em mulheres³⁶, em decorrência dessas serem mais ansiosas e possuírem uma relação médico-paciente mais frequente, o que aumenta a probabilidade de receber prescrições médicas e maior acesso a este tipo de medicamentos³⁷⁻³⁸.

Um processo educativo dos consumidores de medicamentos, que disponibilize informações suficientes e atualizadas por meio dos profissionais da saúde, prescritores e dispensadores, sobre os fármacos e seus efeitos adversos, também deve cobrir temas como: riscos da automedicação, da suspensão e troca da medicação prescrita e necessidade da receita médica, tomando como base a Política Nacional de Medicamentos. Essa seria uma estratégia importante para reduzir a prevalência do uso abusivo de psicotrópicos³⁹.

Observou-se, também, para os sexos, elevadas taxas de autointoxicação intencional por pesticidas e produtos químicos, dado corroborado por Monteiro et al³⁶ que constatou que o consumo de agrotóxicos tem crescido rapidamente nos países em desenvolvimento, principalmente na América Latina, desde o final da década de 1980. Estados do Nordeste, com destaque para a Bahia, passaram a investir na expansão do agronegócio, estimulando o aumento da utilização em larga escala de agrotóxicos, tanto por parte das grandes empresas agrícolas como pela agricultura familiar e de subsistência. Todavia, a ineficiência de medidas de controle eficazes, acerca da comercialização e manejo das substâncias pela população o que favorece o acesso à pesticidas que poderá desencadear transtornos psiquiátricos importantes⁴⁰.

Em relação ao tempo de permanência hospitalar (por dias) estratificados por faixas etárias, os idosos (60 e mais anos) apresentaram maior tempo de internação, seguido dos adultos (20 a 59 anos) e dos adolescentes (10 a 19 anos). Esse comportamento precisa ser

melhor investigado juntamente com o cruzamento de informações de setores como Instituto Médico Legal da Bahia, pois duas explicações possíveis podem ser feitas, sendo a primeira, uma relação direta entre o meio empregado para tentativa do suicídio pelos idosos, que a depender do mecanismo como autointoxicação por álcool ou pesticidas favorecem maior velocidade de assistência e intervenção médica; A segunda explicação se refere aos meios de perpetração mais violentos e portanto mais letais empregados entre os adultos e os adolescentes nessa região.

De qualquer modo, a teoria durkheimiana⁴¹ aponta uma relação positiva entre o aumento da idade e as taxas de suicídio, em decorrência do processo de envelhecimento se caracterizar pela maior frequência de situações altamente desvitalizadas como a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), a se destacar o predomínio das doenças mentais, como a depressão uma manifestação comum a essa população²⁶, considerada por alguns autores como o mais relevante fator de risco para tentativas de por fim à vida⁴.

A prevalência de depressão entre idosos depende da escala, bem como pontos de corte utilizados e das características sociodemográficas da população estudada. Estudos nacionais que utilizaram a Escala de Depressão Geriátrica Reduzida (EDG-15) instrumento preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil, apontam uma prevalência de depressão na população em geral que varia de 3,0% a 11,0%, duas vezes maior em mulheres do que em homens e essa proporção varia de 15,0% a 30,0% entre idosos, segundo local de moradia, situação socioeconômica e instrumentos utilizados⁴². A maior parte dos idosos que morreram por suicídio tinha algum transtorno mental, sendo que de 71% a 90% deles sofriam algum grau de depressão⁴³. Em estudo realizado no Estado da Bahia a depressão foi diagnosticada em 23,4% dos idosos, especialmente entre os menores de 75 anos⁴⁴.

Segundo Rosa et al¹⁵, o isolamento social, desemprego, aflições econômicas e perda de entes queridos são mecanismos incapacitantes e que impactam diretamente na qualidade de vida da pessoa idosa²⁶. Alerta-se ainda, para um cenário nacional com tendência de acréscimo da expectativa de vida, associado à alteração do perfil epidemiológico da população e a existência de uma relação mais próxima entre tentativas e atos consumados⁴⁵, sinalizando para urgência da importância para ações preventivas nesse grupo etário.

Considerando os coeficientes de mortalidade por suicídio de determinada população estabelecidos pela OMS, verificam-se as seguintes categorias: baixo - menor que 5/100.000 habitantes; médio - entre 5 a 15/100.000 habitantes, alto - entre 15 e 30/100.000 habitantes e

muito alto - acima de 30/100.000 habitantes⁴⁶. Nesta perspectiva, as taxas de letalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente na Bahia, no período em questão, apresentou nível baixo (4,02), o que sugere ser positivo. A pluralidade cultural, as múltiplas possibilidades de acesso ao lazer, os costumes festivos coletivos que dinamizam frequentemente a vida social no Estado da Bahia, parece contribuir para a manutenção de relações interpessoais pelo envolvimento na comunidade e melhor integração social. Evidenciou-se que possuir uma vida social sólida, através de diálogos abertos e apoio emocional se constitui como importante fator protetor para o comportamento suicida³³⁻⁴¹.

A idade é, assim, fator importante na configuração do comportamento suicida. O grupo etário com mais de 60 anos manteve predominância tanto para a evolução geral, quanto nas estratificações por sexo nesse estudo. Resultado aproximado foi encontrado por Minayo et al⁴⁷ no Rio de Janeiro. Como a população acima de 60 anos é a que mais cresce no Brasil, é fundamental maior atenção as taxas de suicídio das pessoas nessa fase da vida. Infere-se que a medida que se envelhece, ocorram diminuições da redução das habilidades físicas e mentais e quando associado ao encerramento da vida profissional, podem potencializar comportamentos agressivos e impulsivos, pois muitos homens idosos associam esse novo momento da vida com a falência do tradicional papel de provedor econômico e de referência familiar, retraindo-se socialmente, o que significa maior risco de isolamento, tristeza, estresse e ideação suicida²⁶⁻⁴⁸.

Ações multidimensionais para o momento pós-trabalho devem ser pensado através do reconhecimento de oportunidades para novas realizações, seja através do fortalecimento das amizades, dos relacionamentos e dos diálogos intergeracionais como elementos protetores para a saúde mental, especialmente contra a depressão e ao comportamento suicida entre idosos baianos.

Os baixos coeficientes de letalidade entre as mulheres idosas pode ser atribuída à menor prevalência de alcoolismo, à religiosidade, às atitudes flexíveis em relação às aptidões sociais e ao desempenho de papéis que culturalmente lhe são característicos, além de possuírem mais facilidade para o autocuidado e reconhecimento precoce dos sinais de risco para depressão, na medida em que busca com maior frequência ajuda e apoio social em momentos de crise⁴⁹.

Limitações do estudo

Dentre as limitações ressalta-se a força do estigma, das conveniências familiares e sociais e das razões políticas que induzem à subnotificação, má classificação e prejudica o entendimento das tentativas de suicídio. Segundo a OMS, existem evidências de que apenas 25% dos que tentam cometer suicídio, entram em contato com hospitais, chegando aos serviços apenas os casos graves e mesmo esses costumam ser tratados apenas de forma emergencial quanto às lesões que causam. Essas limitações dificultam comparações mais complexas de outras regiões e/ou países sobre os fatores associados, hospitalizações e repercussões acerca do perfil de morbimortalidade frente ao comportamento suicida.

CONCLUSÃO

Tentativas de suicídio costumam ser repetidas, constituindo um dos principais preditores para o suicídio e caracterizam esse tema como um importante problema de saúde pública. Esse estudo identificou que as internações hospitalares decorrentes de lesões autoprovocadas, intencionalmente, no Estado da Bahia-Brasil, no período de 2008 à 2016, ocorreram em sua maioria em homens, sendo o álcool o mecanismo de lesão predominante. Nas mulheres o tipo de lesão mais frequente foram as intoxicações por medicamentos. A permanência hospitalar foi maior em idosos do sexo masculino e a taxa de letalidade por suicídio foi considerada baixa para população estudada.

O apoio às pesquisas e ao desenvolvimento de projetos educativos acerca do comportamento suicida permitem identificar os fatores associados para conhecimento do público e dos profissionais de saúde, permitindo maior aproximação dos grupos de alto risco e o desenvolvimento de estratégias de prevenção capazes de ajudar na redução das tentativas de suicídio. Deve-se priorizar a melhora do sistema de saúde para que seja garantido o acesso precoce às avaliações clínicas adequadas, segurança e a efetividade dos serviços na fase posvenção para prevenção de recidivas. Trata-se de um grande desafio, principalmente para países em desenvolvimento, sendo fundamental considerar a diversidade e as especificidades regionais que permitam a elaboração de estratégias de prevenção e atenção para este problema, bem como formas otimizadas de atuação nas urgências e emergências nestas situações.

AGRADECIMENTOS:

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pelo apoio enquanto Bolsista da Capes/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde-PPGES e a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia pelo fornecimento dos dados que subsidiaram essa investigação.

REFERÊNCIAS

1. Guerreiro DF, Sampaio D. Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. Rev Port Saude Publica. 2013;31(2):204-213. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870902513000308>
2. Souza VS, Alves MS, Silva LA, Lino DCSF, Nery AA, Casotti CA. Tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio em um município no interior da Bahia. J. bras. psiquiatr. 2011; 60(4): 294-300. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004720852011000400010&lng=e
3. Overholser, JC, Braden A, Dieter L. Understanding Suicide Risk: Identification of High Risk Groups during High Risk Times. J Clin Psychol. 2012; 68 (3): 349–61. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3379545/>
4. Chan LF, Shamsul AS, Maniam T. Are predictors of future suicide attempts and the transition from suicidal ideation to suicide attempts shared or distinct: A 12 month prospective study among patients with depressive disorders. Psychiatry Research. 2014; 220 (3): 867-73. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25240940>
5. Martins Junior DF, Felzemburgh RM, Dias AB, Caribé AC, Bezerra-Filho S, et al. Suicide attempts in Brazil, 1998–2014: an ecological study. BMC Public Health. 2016;16: 990. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5025588/>
6. World Health Organization (WHO). Tradução: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10º Revisão. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2009. Volume I. Disponível em: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en>
7. World Health Organization (WHO). Mental health action plan 2013-2020. 2014. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf?ua=1

8. World Health Organization (WHO). Prevenção do Suicídio: um recurso para conselheiros. Série: Prevenção do suicídio: uma série de recursos. Genebra, 2006. http://www.who.int/mental_health/media/counsellors_portuguese.pdf?ua=1
9. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde. 2017. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-aten-ao-a-sa--de.pdf>
10. Silveira RE, Santos AS, Ferreira LA. Impactos da Morbimortalidade e Gastos com o Suicídio no Brasil de 1998 a 2007. Rev Pesqui Cuid Fundam Online. 2012; 4(4). Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewarticle/1859>
11. World Health Organization (WHO). Definition of key terms. 2013. Disponível em: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/intro/keyterms/en/>.
12. World Health Organization (WHO). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização PanAmericana da Saúde. 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf
13. World Health Organization (WHO). Departamento de saúde mental. Transtornos mentais e comportamentais. Genebra: OMS; 2000. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67603/8/WHO_MNH_MBD_00.4_por.pdf
14. World Health Organization (WHO). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial da União. 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
15. Rosa MN, et al . Tentativas de suicídio e suicídios na atenção pré-hospitalar. J. bras. psiquiatr. 2016; 65(3): 231-238. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004720852016000300231&lng=en&nrm=iso
16. Lovisi GM, Santos SA, Legay L, Abelha L, Valencia E. Epidemiological analysis of suicide in Brazil from 1980 to 2006. Rev Bras Psiquiatr. 2009;31(supl. 2):S86-93. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462009000600007&lng=en
17. World Health Organization. Preventing suicide. CMAJ. 2014;143(7):609-610. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf
18. Brasil. PNAD - Contínua 3º trimestre de 2015. Disponível em: <http://www.spe.fazenda.gov.br/conjuntura-economica/emprego-e-renda/arquivos/ie-2015-11-24-pnad-continua.pdf/view>
19. IBGE. PNAD Contínua: desocupação vai a 8,9% no terceiro trimestre de 2015. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013->

- agencia-de-noticias/releases/15165-pnad-continua-desocupacao-vai-a-8-9-no-terceiro-trimestre-de-2018.html
20. Babones J. Income inequality and population health: correlation and causality. *Social Science & Medicine*. 2008; 66: 1614-1626. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18222588>
 21. Suhrcke M, Suhrcke D. Will the recession be bad for our health? It depends. *Social Science & Medicine*. 2012; 74: 647-653. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22226605>
 22. Barr B, Taylor-Robinson D, Scott-Samuel A, McKee M, Stuckler D. Suicides associated with the 2008-10 economic recession in England: time trend analysis. *British Medical Journal*. 2012; 345: 5142-5149. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/345/bm>
 23. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*. 2009; 374: 315–323. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19589588>
 24. Gili M, Roca M, Basu S, Mckee M, Stuckler, D. The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centers, 2006 and 2010. *European Journal of Public Health*. 2012; 3 (1): 103-108. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23132877>
 25. Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanikolas I, Basu S, McKee M, Stuckler D. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet*. 2011; 378: 1457-1458. Disponível em: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)61556-0/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)61556-0/abstract)
 26. World Health Organization (WHO). Regional Office for Europe. Impact of economic crises on mental health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. 2011. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/publications/2011/impact-of-economic-crises-on-mental-health>
 27. Gonçalves EMG, Ponce JC, Leyton V. Uso de álcool e suicídio. *Saúde Ética Justiça*. 2015;20(1):9-14. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/sej/article/view/102818/101107>
 28. Lima DD, Azevedo RCS, Gaspar KC, Silva VF, Mauro MFL, Botega NJ. Tentativa de suicídio entre pacientes com uso nocivo de bebidas alcoólicas internados em hospital geral. *J Bras Psiquiatr*. 2010;59(3):167-72. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v59n3/a01v59n3.pdf>.
 29. Cardoso GT. Comportamentos autolesivos e ideação suicida nos jovens. FMUC Medicina [dissertação]. 2016. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/35146>

30. Sundin M, Spak F, Spak L, Sundh V, Waern M. Substance use/abuse and suicidal behavior in young adult women: A population-based study. *Subst Use Misuse*. 2011;46(13):1690-9.
31. Klimkiewicz A, Ilgen MA, Bohnert AS, Jakubczyk A, Wojnar M, Brower KJ. Suicide attempts during heavy drinking episodes among individuals entering alcohol treatment in Warsaw, Poland. *Alcohol Alcohol*. 2012;47(5):571-6.
32. Fudalej S, Ilgen M, Fudalej M, Wojnar M, Matsumoto H, Barry KL, et al. Clinical and genetic risk factors for suicide under the influence of alcohol in a Polish sample. *Alcohol Alcohol*. 2009;44(5):437-42.
33. Ribeiro DB, Terra MG, Soccol KLS, Schneider JF, Camillo LA, Plein FAS. Motivos da tentativa de suicídio expressos por homens usuários de álcool e outras drogas. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2016; 37(1). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472016000100414&lng=en
34. Abreu KP, Lima MAD, Kohlrausch E, Soares JF. Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. *Rev Eletr Enf*. 2010;12(1):195-200. Disponível em: <http://fen.ufg.br/revista/v12/n1/pdf/v12n1a24.pdf>
35. Bertolote JM, Fleischmann A, Butchart A, Besbelli N. Suicide, suicide attempts and pesticides: a major hidden public health problem. *Bull World Health Org*. 2006;84(4):260. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16628293>
36. Monteiro RA, et al. Hospitalizações relacionadas a lesões autoprovocadas intencionalmente - Brasil, 2002 a 2013. *Ciênc. saúde coletiva*. 2015; 20 (3); 689-699. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232015000300689&lng=en&nrm=iso
37. Padilha PDM, Toledo CEM, Rosada CTM. Análise da dispensação de medicamentos psicotrópicos pela rede pública municipal de saúde de Campo Mourão/PR. *Revista UNINGÁ Review*. 2014;20(2):6-14. Disponível em: http://www.mastereditora.com.br/periodico/20141101_092351.pdf
38. Ministério da saúde. Plano Nacional de Prevenção do Suicídio. 2013/2017. Programa Nacional para a Saúde Mental. Portugal. 2013. Disponível em: <https://www.dependencias.pt/ficheiros/conteudos/files/plano%20suicidio.pdf>
39. Lopes LMB, Grigoletto ARL. Uso consciente de psicotrópicos: responsabilidade dos profissionais da saúde. *Brazilian Journal of Health*. 2011;(1):1-14. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/bjh/index.php/bjh/article/viewFile/70/8>
40. Castro MGGM, Ferreira AP, Mattos IE. Uso de agrotóxicos em assentamentos de reforma agrária no município de Russas (Ceará, Brasil): um estudo de caso. *Epidemiol Serv Saude* 2011; 20 (2): 245-54.
41. Durkheim, E. O suicídio: estudo de sociologia. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

42. Maciel ACC, Guerra RO. Prevalência e fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos residentes no Nordeste do Brasil. *J Bras Psiquiatr.* 2006;55(1):26-33.
43. Mitty E, Flores S. Suicide in Late Life. *Geriatr Nurs.* 2008;29(3):160-165.
44. Duarte MB, Rego MAV. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. *Cad. Saúde Pública.* 2007; 23(3): 691-700. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2007000300027&lng=en
45. Minayo MCS, Cavalcante FG. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. *Rev. Saúde Pública.* 2010; 44(4): 750-757. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102010000400020&lng=en
46. Krug EG, et al. Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: OMS. 2002.
47. Minayo MCS, et al. Tendência da mortalidade por suicídio na população brasileira e idosa, 1980-2006. *Rev. Saúde Pública.* 2012; 46(2). Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102012000200012&lng=pt&nrm=iso>
48. Meneghel SN, Victora CG, Faria NMX, Carvalho LA, Falk JW. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Rev Saude Publica.* 2004;38(6):804-10. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000600008
49. Minayo MCS, Cavalcante FG, Souza ER. Methodological proposal for studying suicide as a complex phenomenon. *Cad. saude publica.* 2006;22(8):1587-96. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000800007

5.2 Manuscrito 2:

ANÁLISE COGNITIVA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DA EMERGÊNCIA HOSPITALAR SOBRE SUICÍDIO

COGNITIVE ANALYSIS OF THE SOCIAL REPRESENTATIONS OF HOSPITAL
EMERGENCY PROFESSIONALS ON SUICIDE

Saulo Sacramento Meira¹, Alba Benemerita Alves Vilela¹

¹Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) – Campus de Jequié, BA, Brasil. E-mails: saulo_meira@hotmail.com; albavilela@gmail.com.

Conflitos de interesse: Os autores não possuem conflitos de interesse a serem declarados

Autor correspondente: Saulo Sacramento Meira

Endereço: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Rua José Moreira Sobrinho - CEP: 45206-190. Jequiezinho, Jequié – BA. Brasil. E-mail: saulo_meira@hotmail.com

Resumo: Este estudo tem como objetivo analisar a estrutura das representações sociais de profissionais emergencistas sobre o suicídio, a partir da análise cognitiva de redes. Trata-se de uma pesquisa qualitativa fundamentada na Teoria das Representações Sociais, utilizando a abordagem estrutural, com 104 emergencistas de um hospital regional localizado no sudoeste da Bahia, Brasil durante o primeiro semestre de 2017. Realizou-se o Teste de Associação Livre de Palavras com o termo indutor *suicídio*, resultando em uma rede semântica, analisada a partir do modelo AnCo-REDES. A rede semântica foi composta por 42 vértices representados pelas palavras evocadas por cada profissional e 273 arestas (conexões entre essas palavras), com um grau médio igual a 13. A estrutura representacional foi formada por quatro dimensões (biológica, afetivo-psicológica, social e religiosa) que explicaram a interface entre o possível núcleo central pelos termos: *Desesperança, Depressão, Doença, Tristeza, Morte, Falta de Deus, Fragilidade Familiar*, e os elementos periféricos com os termos: *Solidão, Desamor, Fraqueza, Emocional, Frustração, Conflito, Solução, Errar, Medo, Inconformismo, Ansiedade, Descontrole, Matar*. A estrutura representacional dos profissionais de saúde da unidade hospitalar investigada traduziu, apesar da presença de aspectos reducionistas, o significado e a imagem do suicídio em seus aspectos multidimensionais, o que favorece mudanças nas práticas individuais e coletivas mais eficazes para a compreensão desse ato.

Descritores: Suicídio; Emergências; Serviço Hospitalar de Emergência; Morte; Óbito.

Abstract: This study aims to analyze the structure of social representation of emergency professionals on suicide, based on the cognitive analysis of networks. This is a qualitative

research based on the Theory of Social Representations, using the structural approach, with 104 emergencists from a regional hospital located in southwestern Bahia, Brazil during the first half of 2017. The Free Word Association Test was carried out with the term inducer suicide, resulting in a semantic network, analyzed from the AnCo-REDES model. The semantic network was composed of 42 vertices represented by the words evoked by each professional and 273 edges (connections between these words), with an average degree equal to 13. The representational structure was formed by four dimensions (biological, affective-psychological, social and religious) that explained the interface between the possible central nucleus by the terms: *Despair, Depression, Disease, Sadness, Death, Lack of God, Family Fragility, and the peripheral* elements with the terms: *Loneliness, Lovelessness, Weakness, Emotional, Frustration, Conflict, Solution, Error, Fear, Unconformity, Anxiety, Checking, Killing*. Despite the presence of reductionist aspects, the representational structure of the health professionals of the hospital unit investigated the meaning and the image of suicide in its multidimensional aspects, which favors changes in the individual and collective practices that are most effective in understanding this act.

Descriptors: Suicide; Emergencies: Hospital Emergency Services; death

INTRODUÇÃO

Honroso ou imoral, ato individual ou fato social, o suicídio sempre esteve presente na história da humanidade, entretanto, a compreensão do ato permanece dinâmica e inespecífica em todas as sociedades. Assim como a morte, o suicídio se configura enquanto objeto sobre o qual as pessoas não gostam de comentar e preferem isolá-lo, seja pelo aspecto controverso que a fala venha estimular o ato, ou mesmo, pelo sentido imoral adquirido ao longo do tempo nas sociedades e nas instituições.

Com maior ou menor tolerância, o desafio se faz presente e a relevância do tema vem ganhando cada vez mais centralidade midiática e científica, através de boletins e relatórios evidenciando estimativas preocupantes como o Relatório Global para Prevenção do Suicídio desenvolvido pela World Health Organization (WHO) (2014), em que identificou uma morte por suicídio no mundo a cada 40 segundos, valor que anualmente representa mais de 800 mil atos consumados, estimando-se que a cada pessoa que se suicida, pelo menos outros 20 atentam contra a própria vida.

Dados mais recentes da World Health Organization (2017) anunciam que o suicídio representa 1,4% de todas as mortes no mundo, tornando-se, em 2012, a 15ª causa de mortalidade na população geral, apresentando maior ocorrência nos homens do que nas mulheres em sua série histórica e representando entre os jovens de 15 a 29 anos, a quarta principal causa de morte, sendo os idosos o grupo populacional mais afetado.

As tendências crescentes de dimensões mundiais intrigam diferentes estruturas sociais, políticas e econômicas, enquanto o tema permanece um tabu inclusive entre os profissionais de saúde responsáveis pelo acolhimento, atendimento e prevenção daqueles que experimentam o comportamento suicida.

Os serviços de saúde são responsáveis pelo acolhimento dos casos de suicídio e, nesse contexto, tem-se destaque para o setor de emergência hospitalar, serviço que atende a maioria dos casos de tentativas não consumadas, constituindo-se como um espaço privilegiado para atuação dos profissionais de saúde que lidam diretamente com o paciente suicida (VIDAL; GONTIJO, 2013).

O acolhimento hospitalar representa a mais importante tecnologia de um serviço de emergência, pois, possibilita a escuta ativa pelo profissional, favorecendo a empatia, oferecendo-lhe cuidado integral com respostas adequadas e maior resolutividade no âmbito intra e extra-hospitalar (AZEVEDO; BARBOSA, 2007; FRANÇA, 2005). Apesar desse farto campo de possibilidades, no que se refere ao comportamento suicida, nem sempre é devidamente aproveitado pela equipe, seja pela intensa dinâmica dos serviços de emergência ou por despreparo e dificuldade para lidar com pacientes suicidas. Geralmente, esses indivíduos são vistos como parte de um grupo que exhibe condutas estereotipadas, mais do que como um usuário singular. Diante disso, a tendência da maioria dos profissionais é também apresentar uma conduta estereotipada e caracterizada por hostilidade e rejeição (PATTERSON; WHITTINGTON; BOGG, 2007, TAYLOR et al., 2009).

Ainda é escassa a produção de estudos disponíveis na literatura sobre essa problemática, no entanto, o cotidiano na urgência e emergência hospitalar evidencia a necessidade de intervenções assistenciais, gerenciais, educacionais e efetivas acerca do suicídio, se fazendo necessário investigações dessa natureza para que a partir das delimitações representacionais, e compreensão prática, seja possível subsidiar ações eficazes de acolhimento.

Mediante esse contexto, surgiram os questionamentos: quais as representações sociais do suicídio pelos profissionais da emergência hospitalar? Quais elementos simbólicos se fazem presentes na equipe hospitalar que atende pacientes suicidas? Segundo Moscovici (1961), autor da Teoria das Representações Sociais (TRS), a representação social corresponde a uma organização significativa e não apenas a uma reflexão diminuta da realidade, e por tratar-se de um guia orientado para a ação, a representação norteia as relações sociais e ações, assim como determina comportamentos e práticas intergrupais.

Diante disso, o presente estudo objetivou analisar a estrutura das representações sociais dos profissionais emergencistas sobre o suicídio, a partir da análise cognitiva de redes.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório, de abordagem qualitativa, sustentado pela TRS em sua abordagem estrutural, realizado na emergência hospitalar pública, localizado em Jequié no Estado da Bahia, Brasil. A seleção dos participantes ocorreu de forma não probabilística a partir da escala hospitalar dos profissionais que atuavam no Hospital Geral Prado Valadares (HGPV). O critério de inclusão para participantes foi ser profissional de saúde que atuasse na equipe de emergência (independente do vínculo empregatício temporário ou efetivo) daquela unidade hospitalar. Os participantes excluídos foram os profissionais que estavam afastados de suas funções devido liberação por férias, licença maternidade e aqueles profissionais não encontrados após três tentativas, em dias alternados, de acordo com a escala hospitalar.

As entrevistas foram realizadas no primeiro semestre de 2017, nas instalações da mesma unidade hospitalar, após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), individualmente, conduzida por um único entrevistador, para que fosse mantido o máximo de homogeneidade na condução e obtenção das informações, sendo o tempo médio de entrevista de, aproximadamente, 30 minutos por participante.

Os instrumentos utilizados envolveram a Técnica de Evocação Livre de Palavras, utilizando-se como termo indutor *suicídio*, sendo o número máximo de cinco evocações por cada participante. Os vocábulos provenientes da técnica de evocações foram organizados em documento Word, que constituiu o *corpus* de análise. As palavras ou termos foram registrados em formulário próprio na ordem em que foram mencionadas. Antes da aplicação dos instrumentos para a coleta dos dados foi realizada uma explicação da técnica para os participantes, perguntando-lhes, em seguida, se haviam compreendido o funcionamento do mesmo, seguindo, então, para a efetiva aplicação.

Neste estudo, foi utilizado o modelo para análise cognitiva intitulado de AnCo-REDES (LOPES, 2014), com o uso do software Gephi – versão 0.8.2, beta.

O uso de redes, como redes semânticas, permite identificar padrões, representação e modelagem de sistemas complexos como fluxo de informação e conhecimento de sujeitos acerca de um determinado tema presente em suas narrativas, como neste estudo, se busca o significado de suicídio para o conjunto de trabalhadores emergencistas. O modelo AnCo-REDES é baseado na teoria de garfos, onde os vértices representam palavras e as arestas

ligações entre essas palavras, dando origem a uma rede semântica, constituindo um sistema de representação do conhecimento definido como conjunto de palavras ou expressões (vértices) interconectados (arestas), que estão relacionados ao significado da representação para um grupo (LOPES, 2014).

Os parâmetros para a análise a partir de redes foram observados a partir de métricas gerais da teoria de redes, caracterizadas pelo número de vértices ($n=|V|$), número de arestas ($m=|E|$), grau médio ($\langle k \rangle$) e análise de redes sociais como as centralidades de grau (C_g), de autovetor (E_c). O grau médio da rede ($\langle k \rangle$), neste caso, foi utilizado como ponto de corte para a análise, enquanto a centralidade de grau (C_g) foi relacionada ao número de laços que um vértice (palavra) possui com outras palavras na rede, indicando, dessa forma, a centralidade local do vértice. Conforme o modelo AnCo-REDES é possível identificar os elementos de análise cognitiva que são: núcleo central, primeira periferia, elementos de contraste e segunda periferia, ou seja, a estrutura da representação social; a partir do estabelecimento de métricas conforme as seguintes medidas de identificação (LOPES, 2018): Núcleo central \rightarrow vértice que apresente $C_g > k$ e $E_c \geq 0,75$; Primeira periferia \rightarrow vértice que apresente $C_g > k$ e $0,60 \leq E_c < 0,75$; Elemento de contraste \rightarrow vértice que apresente $C_g > k$ e $0,45 \leq E_c < 0,60$; Segunda periferia \rightarrow vértice que apresente $C_g < k$ ou $C_g > k$ com $E_c < 0,45$.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, através do CAAE 59945416.1.0000.0055, processo nº: 2.620.152.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram entrevistados 104 profissionais que possuem suas variáveis sociodemográficas, religiosas e de assistência hospitalar descritas na Tabela 1. Considerando um total de 12 perdas, identificou-se heterogeneidade do grupo quanto a formação profissional em decorrência da natureza de suas práticas no contexto hospitalar, permitindo percepções variadas acerca do objeto de estudo. Assistência prévia ao paciente suicida, bem como ser adepto às práticas religiosas são variáveis importantes e que também podem afetar a representação do suicídio.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos profissionais de saúde que atuam na emergência hospitalar quanto ao sexo, profissão, atendimento do paciente suicida e religião. Jequié/BA, 2017 (n = 104).

Variável	N	%
Sexo		
Feminino	72	69,2
Masculino	32	30,8
Profissão		
Enfermeiro	41	39,4
Médico	29	27,9
Téc. Enf	26	25,0
Psicólogo	02	1,9
Assistente Social	05	4,8
Terapeuta Ocupacional	01	1,0
Atendimento ao paciente suicida		
Sim	91	87,5
Não	13	12,5
Religião		
Sim	90	86,5
Não	14	13,5
Denominação		
Católicos	42	46,7
Evangélicos	28	31,1
Espíritas	12	13,3
Agnósticos	8	8,9

Fonte: arquivos da pesquisa.

A rede semântica apresentada na Figura 1, destaca-se por sua configuração de componente único, ou seja, a existência de conexão entre todos os vértices da rede. Com 42 vértices, representados pelas palavras evocadas por cada profissional (em um total de 104 profissionais) e 273 arestas (conexões entre essas palavras), a rede resultante apresentou grau médio igual a 13. Isso significa que, todos os vértices (termos) que apresentaram $C_g < 13$ foram identificados como elemento da segunda periferia na estrutura das representações sociais estudadas.

Tabela 2. Classificação dos elementos que compõem a estrutura das representações sociais sobre *Suicídio* na rede de palavras evocadas, com os respectivos índices de *Cg* e *Ec* obtidos para cada elemento. Jequié/BA, Brasil. 2017.

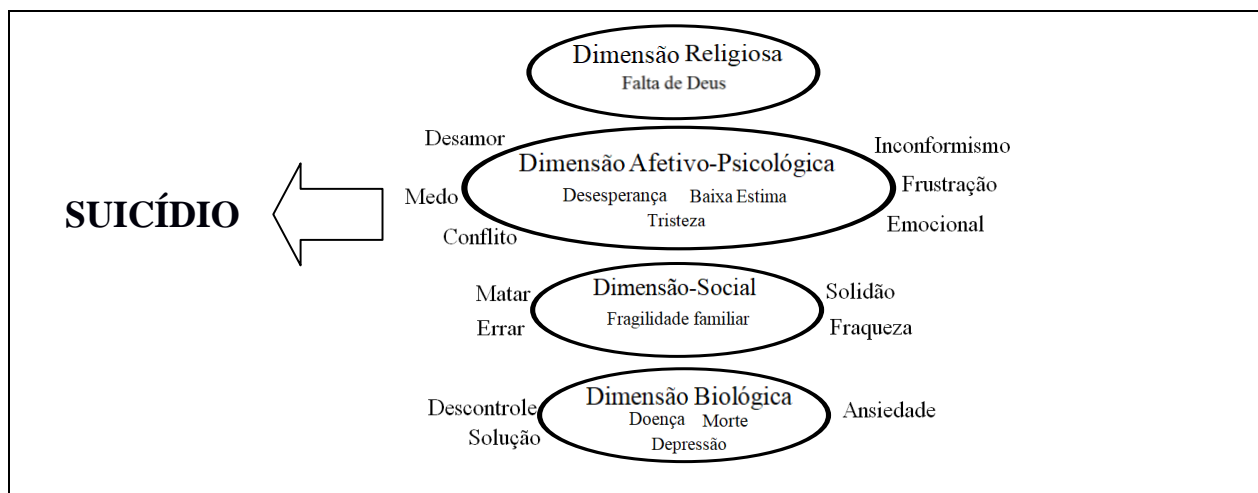
Elementos da representação social	Vértice		
	label	<i>Cg</i>	<i>Ec</i>
Núcleo Central	Desesperança	33	1.0
	Depressão	32	0.97
	Doença	26	0.89
	Tristeza	26	0.89
	Morte	25	0.89
	Falta de Deus	24	0.84
	Fragilidade Familiar	24	0.82
	Baixa Estima	20	0.77
Elemento de 1ª Periferia	Solidão	20	0.74
	Desamor	19	0.61
	Fraqueza	18	0.72
	Emocional	17	0.63
	Frustração	16	0.66
Elemento de Contraste	Conflito	16	0.57
	Solução	15	0.56
	Errar	14	0.54
	Medo	13	0.58
	Inconformismo	13	0.56
	Ansiedade	13	0.46
	Descontrole	11	0.51
Elemento de 2ª Periferia	Demais vértices na rede com $Cg < k$ ou $Cg \geq k$ com $Ec < 0,45$): Medicação, desemprego, fragilidade social, tratamento, preconceito, traição, idiota, droga, mutilação, morte precoce, humano, egoísmo, psicólogo, homem, fé, premeditar, rancor, jovem, inocência.		

Fonte: arquivos da pesquisa.

A estrutura representacional apresenta-se organizada por dimensões que se desdobram desde a biológica à religiosa, perpassando pela afetivo-psicológica e a social conforme a Figura 2. A dimensão biológica foi organizada pelas expressões *doença*, *depressão* e *morte*, e se desdobra na zona de contraste pelos léxicos *ansiedade*, *solução* e *descontrole*. A denominada afetivo-psicológica estruturou-se entre os elementos *desesperança*, *depressão*, *tristeza*, *baixa estima* e em elementos periféricos como *desamor*, *emocional*, *frustração*, *conflito*, *medo* e *inconformismo*. A dimensão social organizou-se ao redor dos léxicos *fragilidade familiar*, na primeira periferia *solidão* e *fraqueza* desdobrando na zona de

contraste pelos elementos *errar* e *matar*. A dimensão religiosa, por sua vez, centra-se na citação da *falta de Deus*.

Figura 2. Estrutura representacional dos profissionais de saúde sobre Suicídio. Jequié/BA, 2017 (n = 104).



Fonte: arquivos da pesquisa.

Dimensão biológica

Essa dimensão assume uma função explicativa da representação, na medida em que expressa os termos do núcleo central (NC) *doença*, *depressão* e *morte*. Ressalta-se que o NC possui um caráter estruturante da representação social, exercendo uma função geradora, produzindo o significado básico da representação, ao mesmo tempo que possui função organizadora ao determinar a distribuição dos elementos (ABRIC, 2003; SÁ, 2015). Neste sentido, os profissionais emergencistas investigados explicam o suicídio enquanto resultado de disfunções orgânicas e, portanto, individuais do modelo biomédico fundamentado na teoria psiquiátrica dos estudos de Pinel e Esquirol, no século XIX, se tornando a primeira a esclarecer as causas do suicídio historicamente associada à loucura, cuja definição patológica, foi alvo de intervenções puramente clínicas, a exemplo de choques violentos para corrigir os “defeitos mentais” (PACHECO, 2003).

O suicídio foi e continua frequentemente associado aos quadros de transtornos psiquiátricos, em conceitos mais recentes, direcionados para a esquizofrenia, ou abuso de álcool e outras drogas (CANTÃO; BOTTI, 2016). Além desse aspecto os profissionais entrevistados reproduzem importante significado à *depressão*, possivelmente pelas

estimativas da WHO (2014), que juntamente com tentativas anteriores do suicídio correspondem aos principais preditores para o risco de suicídio, conceitos advindos da literatura psiquiátrica, bem como reafirmados nos grandes sistemas de saúde como a Classificação Internacional das Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10), o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) ou em escalas e inventários internacionalmente conhecidos como o instrumento para avaliação dos sintomas depressivos, a exemplo do inventário de depressão de Beck (CORRÊA; BARRERO, 2006). Nesse aspecto, é indiscutível a importância da relação entre suicídio e depressão, contudo, conforme Fukumitsu (2014), trata-se de um fenômeno multifatorial, pelo qual devem ser compreendido tanto os fatores de risco (predisponentes) quanto suas causas (precipitantes), transpondo as compreensões individuais e abrangendo do mesmo modo o viés, social e cultural.

O maior significado de *doença* no contexto da representação do suicídio, é sustentado pelos elementos periféricos - sistema que expressa as experiências e histórias individuais, comportando a heterogeneidade do grupo e suas contradições (SÁ, 2015) que, por seu turno, fortalecem as ideias de centralidade ao elencar os demais fatores associados ao uso da *medicação e tratamento* (elementos da 2ª periferia), possivelmente pelo caráter intervencionista dos profissionais diante a dificuldade clínica em prever se o suicídio será um ato efetivado ou não.

A correlação do elemento *morte* (termo da centralidade da representação) com os termos *solução e descontrole* (elemento da 2ª periferia) indica que a ambivalência também exerce uma influência relevante na compreensão sobre o suicídio. Descrita inicialmente como distúrbio das associações do pensamento e incluída enquanto um dos critérios fundamentais para o diagnóstico de esquizofrenia, Bleuler (1950) considerava que o descontrole dos processos humanos poderia desenvolver a ambivalência no indivíduo, sentimento entre o desejo de querer viver e provocar a própria morte enquanto solução para seu sofrimento, uma espécie de decisão para uma nova vida.

Nesse contexto, sustenta-se a ideia e se justifica a presença do elemento de contraste *ansiedade*. Cabe ressaltar que na zona de contraste estão posicionados os termos com baixa frequência, igualmente importantes pelos participantes, haja vista que foram mais prontamente evocados (SÁ, 2015), reafirmando nesse sentido que a ansiedade compõe a estrutura interna das representações, tanto naquele que experimenta o conflito interno provocado pela ambivalência, quanto por parte dos profissionais de saúde, que treinados para

manter e salvar a vida a qualquer custo, sentem suas intervenções terapêuticas questionadas ao defrontar com esses pacientes (ZANA, KOVACS, 2013). Outro processo que reafirma esse elemento é a possibilidade do suicídio ocorrer enquanto aqueles estão sob cuidados médicos, causando grande impacto nos outros pacientes, familiares e equipe assistencial, provocando sentimento de culpa, raiva e ansiedade (BERTOLOTE, MELLO-SANTOS, BOTEGA, 2010).

Nesses processos representacionais aparecem, portanto, elementos centrais, constitutivos do pensamento social, que lhe permitem colocar em ordem e compreender a realidade vivida pelos indivíduos ou grupos (ABRIC, 1994).

Dimensão social

O aspecto social explicitado pelos profissionais emergencistas durante este estudo, evocaram o termo *fragilidade familiar*, e referem a importância do significado da família enquanto conceito presente na estrutura representacional do suicídio, possivelmente pela compreensão da função primária enquanto eixo integrador da dimensão individual e as inter-relações sociais de seus indivíduos. Esse elemento corresponde o que Lemos e Salles (2015) consideram, ao concluir que famílias estruturalmente instáveis podem dificultar o enfrentamento de mecanismos estressores externos, de forma que famílias configuradas em ambientes desconfortáveis e de desvalorização, acabam por desenvolver sentimentos de confusão, inadequação e baixa estima, fortemente relacionados ao suicídio. Ainda é possível estabelecer interligações com os termos da segunda periferia *morte precoce, jovem e inocência*, na medida em que refletem o impacto da fragilidade familiar como importante fator de risco entre crianças e adolescentes, segundo Kølves (2010). A integração familiar parece imprimir nesses profissionais um componente de forte significado para o desenvolvimento nas maneiras de se relacionar, interagir e se comportar, no seio da cultura.

Além da família, a integração social se mantém através de outros mecanismos como cargos de trabalho, no ambiente escolar, além de outras obrigações sociais. Na medida em que essa *coesão social*, conceito postulado por Durkheim (2014), é enfraquecido como através de situações elencadas pelos profissionais de saúde na zona de contraste como *desemprego* e *fragilidade social*, a probabilidade de ocorrência do suicídio aumenta. Essa avulsão social é descrita por Durkheim como *suicídio egoísta* e possui maior chance de ocorrer na medida em

que os indivíduos se sentem completamente excluídos da sociedade e como somos seres coletivos, a própria vida acaba por perder o sentido.

Ainda relacionando à *fragilidade familiar* (elemento de centralidade) ao elemento de contraste *matar*, indica a proximidade com a descrição de Menninger (1970) acerca dos três desejos que poderiam contribuir para o ato suicida. O autor descreve que o desejo de matar pode estar dirigido para um objeto interno, traduzido no extermínio da própria vida, como também o impulso agressivo pode ser dirigido para o mundo exterior, como a destruição de entes queridos, quando essa instabilidade emocional investida em um ou mais objetos, se desprende deles, permite que o impulso homicida, libertado, se aplique "sobre a pessoa de sua origem, como objeto substituto, realizando, assim, um homicídio deslocado", MENNINGER (1970, p.57).

O elemento representacional *solidão* faz referência direta ao elemento *enfraquecimento social*, o que Durkheim (2014) caracterizou como manifestação do suicídio egoísta caracterizado pela baixa integração dos indivíduos com as sociedades, considerando que o aumento de marginalização, voluntária ou não, acompanhada de baixa e/ou ausência da confiança social, desencadeia sentimento de vazio e isolamento atribuído ao suicídio pelos participantes dessa unidade hospitalar. Neste contexto, Durkheim deixa claro que o suicídio se configura, portanto, como um fato social patológico que evidencia profundas disfunções na sociedade moderna.

Dimensão Afetivo-psicológica

Neste aspecto afetivo-psicológico são encontrados aspectos do suicídio enquanto significado emocional regido pela pulsão de sentimentos negativos e pessimistas que revestem o suicídio. O significado dos elementos centrais *desesperança*, *tristeza* e *baixa estima* reproduz um tipo de pensamento dos entrevistados sobre o sentimento do paciente diante o desejo de querer morrer. A correlação entre a *desesperança* e a *tristeza* entendida no contexto do suicídio como a sensação de falta de sucesso e desprazer em relação ao futuro, não esperando satisfação verdadeira (CUNHA, 2001), elementos que desdobram em *frustração* (primeira periferia), se referindo a perspectiva de interrupção da vida enquanto algo precioso e o *inconformismo* diante a uma "morte precoce". Os subtipos de suicídio anômico ou egoísta, parecem ser aqui compreendidos não como punição, mas como uma tentativa de fuga, que acontece quando as forças desagregadoras da sociedade fazem com

que os indivíduos se sintam perdidos ou sozinhos, conforme conceitos postulados por Durkheim (2014).

A representação simbólica da *desesperança*, apesar de abstrata, vem sendo estudada, em maior profundidade, por estudiosos da saúde mental. Anestis, Moberg, Arnau (2014) validam a esperança como uma consideração nas medidas de risco de suicídio, e sugerem que a esperança pode servir como um fator de proteção em relação ao desejo suicida. Corroborando com esse pensamento, O'Connor, Cassidy (2007) complementam que o diagnóstico da desesperança pode ser um recurso valioso na prevenção do suicídio.

Destarte que, Freuchen; Groholt (2015); Martins; Brito (2017) consideram que os aspectos emocionais do indivíduo tendem a permanecer confusos, reafirmados na zona de contraste pelo elemento *conflito e medo*. Esses elementos possuem respaldo na literatura a partir da definição do conceito de *self*. Cassorla (1991) considera que em relações pessoais intensas os limites do *self* se confundem, de modo que a pessoa não sabe mais onde começam e onde terminam os próprios desejos e fantasias, e onde começam os do outro. Diante um rompimento e/ou perda do parceiro, essa relação simbiótica caaaaaaaa como denominado pelo autor, projeta a perda de parte de si. Os profissionais compreendem que muitos daqueles que experimentam o suicídio não querem morrer de fato, mas porque se sentem infelizes com a vida, o que conecta sentimentos intimamente dirigidos ao *medo*, e ao inconformismo proveniente das indecisões e de processos emocionais ansiosos complexos.

Neste contexto, Dutra (1997), refletindo acerca da tentativa de suicídio de jovens, observou que a falta de amor ou *desamor* (enquanto elemento de periferia) provoca a adoção do outro ser amado como referência, afastando-se da capacidade de se autoavaliar e se autocorriger, quando não correspondido, se desdobra na angústia de experimentar a morte. Ainda, nesse sentido, reafirma-se uma função protetiva do *desamor* a um elemento central do suicídio: a *baixa estima*, enquanto avaliação subjetiva que uma pessoa faz de si mesma, referindo-se a baixa capacidade de gostar de si. Sugere-se que para os profissionais de saúde, o suicídio assume componentes psicológicos através de traços identitários que se desdobram nas inter-relações.

Dimensão religiosa

O aspecto religioso foi explicitado pelos profissionais de saúde, a partir da evocação do termo *falta de Deus*, sugerindo significados de interligação entre aspectos extrafísicos e

dogmáticos na representação do suicídio. Segundo Guerreiro (2014), a fim de evitar o horror à finitude humana, o terror da decomposição do cadáver e a obsessão pela vida, a humanidade criou religiões, construindo crenças que lhe garantissem a imortalidade, como forma de fugir, de escapar da perda da individualidade, de tonar-se um nada, do vazio.

Segundo Abric (2000, p. 27) “a realidade é reapropriada pelo indivíduo ou pelo grupo, reconstruída no seu sistema cognitivo, integrada no seu sistema de valores, dependente de sua história e do contexto social e ideológico que o cerca”. Possíveis explicações dessas construções simbólicas presentes nos profissionais de saúde investigados, advêm de um conhecimento consensual através da história, uma vez que a religião teve uma participação importante na formação das representações e atitudes frente ao suicídio. Santo Agostinho e, mais tarde, São Tomás de Aquino definiram a posição da Igreja, entendendo o suicídio como algo pecaminoso e moralmente mau (BARCHIFONTAINE; PESSINI, 1990), uma vez que a vida agregou nas culturas monoteístas a representação do sagrado, adquirindo uma relevância profundamente teológica. Esses componentes simbólicos indicam para importantes influências na construção do conhecimento sobre o suicídio.

Explicações a partir da análise sociológica dos suicídios na França do século XIX por Durkheim (2014), acerca dos fatores sociais e as intensas ligações entre o indivíduo e a coletividade, esvaziam a demonização do suicida ao sugerir que os devotos tendem a se sentir mais integrados em um conjunto, em um grupo social. Essa âncora ajuda as pessoas a sair do isolamento, a encontrar um sentido ou um objetivo para a sua vida.

A correlação da *falta de Deus* (termo da centralidade da representação) com o termo *fé* (elemento da 2ª periferia), exprime pelos profissionais entrevistados aspectos ainda mais genéricos dessa dimensão extrafísica, remetendo à espiritualidade, expressando um sentido mais transcendente do que se é e se vive, desprendido de formas, referências e/ou símbolos (SANTOS et al, 2017), oferecendo uma compreensão da existência sob uma ótica mais ampla e profunda do que a realidade mais imediata. Para um subgrupo representacional a presença da *fé* representa esperança e paciência com relação ao futuro, e sua ausência um componente representacional do suicídio.

A forte relação perpetuada entre a sociedade religiosa, familiar e política materializa-se no ambiente hospitalar e desencadeia para além das percepções, atitudes, práticas, relacionamentos e posicionamentos diante das admissões dos casos de suicídio.

Considerações finais

A estrutura representacional dos profissionais de saúde da unidade hospitalar investigada traduziu, apesar da presença de aspectos reducionistas, o significado e a imagem do suicídio, em suas multidimensões, estruturados a partir de aspectos biológicos, afetivo-psicológico, social e religioso, o que favorecem mudanças nas práticas individuais e coletivas mais eficazes para a compreensão desse ato em sua totalidade.

Neste sentido, as representações sociais foram estruturadas em um núcleo central, que elegeu a *Desesperança, Depressão, Doença, Tristeza, Morte, Falta de Deus, Fragilidade Familiar e Baixa Estima* como elementos de maior significado no contexto da representação do suicídio, sustentados pelos componentes periféricos que, por seu turno, fortaleceram as ideias de centralidade ao elencar os demais aspectos presentes no suicídio.

No que tange às implicações para a prática em saúde, avalia-se que os profissionais de saúde, com suas ideias, convicções e pensamentos analisados podem potencializar o manejo estratégico para o acolhimento e assistência do paciente suicida.

Agradecimentos: À Coordenação de Aperfeiçoamento de pessoal de Nível Superior (CAPES) por auxiliar financeiramente na execução dessa investigação e ao Hospital Geral Prado Valadares (HGPV), localizado no interior do Estado da Bahia, por disponibilizar os espaços e seus profissionais para que colaborassem com as informações contidas nessa pesquisa.

Referências

ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes. In: CAMPOS, P. H. F.; LOUREIRO, M. C. S. **Representações sociais e práticas educativas**. Goiânia, GO: Ed. UCG. p. 37-57. 2003.

_____. **A abordagem estrutural das representações sociais**. In: MOREIRA, A. S. P. (org.), OLIVEIRA, D. C. (org). Estudos interdisciplinares de representação social. Goiânia: AB, 2000.

_____. *Pratiques sociales et représentations*. Paris, Presses Universitaires de France, 1994.

ANESTIS, M.D.; MOBERG, F.B.; ARNAU, R.C. Hope and the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior: replication and extension of prior findings. **Suicide Life Threat Behav.** v. 44, n.2, p.175-87. 2014. Disponível em: <https://goo.gl/X5egRJ>. Acesso em: 27 de jun de 2018.

AZEVEDO, J. M. R.; BARBOSA, M. A. Triagem em serviços de saúde: percepção dos usuários. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 15, n.1, 33-9. 2007. Disponível em: <https://goo.gl/ZL2Vr5>. Acesso em: 27 de jun de 2018.

BARCHIFONTAINE, C.P.; PESSINI, L. **Bioética e saúde**. São Paulo: CEDAS. 1990.

BLEULER, E. **Dementia praecox or the group of schizophrenias**. Monograph series on schizophrenia. v. 1. New York: International University Press. 1950. Disponível em: <https://goo.gl/mg19ND>. Acesso em: 27 de jun de 2018.

BERTOLETE, J. M., MELLO-SANTOS, C. DE; BOTEGA, N. J. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.32, p.87-95. 2010. Disponível em: <https://goo.gl/GiJMXk>

CANTÃO, L.; BOTTI, N.C. L. Comportamento suicida entre dependentes químicos. **Rev Bras Enferm**. v.69, n.2, p. 389-96. 2016.

CASSORLA, R. M. S. **Do Suicídio: Estudos Brasileiros**. São Paulo: Papirus. 1991.

CASSORLA, R. **O que é Suicídio**. São Paulo: Brasiliense.1992.

CORRÊA, H.; BARRERO, S. P. **Suicídio: uma morte evitável**. São Paulo: Atheneu. 2006.

CUNHA, J. **Manual em português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2001.

DURKHEIM, E. **O suicídio**. São Paulo: Martin Claret. 2014.

_____. **O Suicídio: Um Estudo Sociológico**. Rio de Janeiro: Zahar Editores. 1982.

DUTRA, E. Estudo epidemiológico do suicídio no Rio Grande do Norte: 1985/1996. **Anais da VI Semana de Humanidades** [p. 241]. Natal: EDUFRRN. 1997.

FRANÇA, I. G. Reflexões acerca da implantação e funcionamento de um plantão de emergência em saúde mental. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.5, n.1, p. 146-63. 2005. Disponível em: <https://goo.gl/xA6k7F>. Acesso em: 28 Jul 2018.

FREUCHEN, A.; GRØHOLT, B. Characteristics of suicide notes of children and Young adolescents: An examination of the notes from suicide victims 15 years and younger. **Clin Child Psychol Psychiatry**. v.20, n. 2, p. 194-206. 2015. Disponível em: <https://bit.ly/2Oowfre>. Acesso em: 27 jul de 2018.

FUKUMITSU, K. O. O psicoterapeuta diante do comportamento suicida. **Psicologia USP**. v. 25,n. 3,p. 270-275. 2014. Disponível em: <https://goo.gl/7eGV7t>. Acesso em: 11 out 2018.

GUERREIRO, E. A Ideia de morte: do medo à libertação. **Diacrítica**, Braga, v. 28, n. 2, p. 169-197. 2014. Disponível em: <https://goo.gl/ULh8YA>. Acesso em: 13 out. 2018.

KÖLVES, K. Child Suicide, Family Environment, and Economic Crisis. **Crisis**. v. 31, n. 3, p. 115-117. 2010. Disponível em: <https://goo.gl/MZq3mh>. Acesso em: 07 out. 2018.

LEMOS, M. F.de L.; SALLES, A. M.B. Algumas reflexões em torno do suicídio de crianças. **Rev. Psicol. UNESP**, Assis, v. 14, n. 1, p. 38-42. 2015. Disponível em <https://goo.gl/MfJtai>. Acesso em: 06 out. 2018.

LOPES, C.R. S. **AnCo-Redes_modelo para análise cognitiva com base em redes semânticas: uma aplicação a partir da abordagem estrutural das representações sociais**. 152 f. Tese. Programa de Doutorado Multi-institucional e Multidisciplinar em Difusão do Conhecimento (DMMDC). 2014. Disponível em: <https://goo.gl/s7F4ED>. Acesso em: 27 jul de 2018.

LOPES, C.R. S.; VILELA, A.B.A.V.; PEREIRA, H.B.B. **AnCo-REDES: Modelo para análise cognitiva de representações sociais**. Apris editora. 2018.

MARTINS, F.R. S.; BRITO, M. de A. Educação e saúde mental: caminhos para a prevenção do suicídio. **Diálogos e Contrapontos: estudos interdisciplinares**, v. 1, n. 2, p. 18-30, 2017. Disponível em: <https://goo.gl/d9GqT4>. Acesso em: 27 jul de 2018.

MENNINGER, K. **Eros e Tanatos: o homem contra si próprio**. São Paulo: Ibrasa. 1970.

MOSCOVICI, S. **La psychanalyse: son image et son public**. Paris: PUF, 1976 ou 1961.

O'CONNOR, R. C.; CASSIDY, C. Predicting hopelessness: The interaction between optimism/pessimism and specific future expectancies. **Cognition and Emotion**, v.21, n.3, 596-613. 2007. Disponível: <https://goo.gl/W9Jkgw>. Acesso em: 30 Jul 2018.

PACHECO, M. V. P. de C. Esquirol e o surgimento da psiquiatria contemporânea. **Rev. Latinoam. Psicop. Fund**, n. 2, p.152-157. 2003. Disponível em: <https://bit.ly/2LHvURS>. Acesso em: 28 Jul 2018.

PATTERSON, P.; WHITTINGTON, R. BOGG. J. Measuring nurse attitudes towards deliberate self-harm: the Self-Harm Antipathy Scale (SHAS). **J Psychiatr Ment Health Nurs**. v.14, n.5, p.438-45. 2007. Disponível em: <https://goo.gl/NB26tH>. Acesso em: 30 jul 2018.

SÁ, C. P. **Estudos de psicologia social: história, comportamento, representações e memória**. Rio de Janeiro, RJ: EdUERJ. 2015.

SANTOS, C. S. et al. Representações sociais de profissionais de saúde sobre doenças negligenciadas. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, 2017. Disponível em: <https://goo.gl/kT5qrF>. Acesso em: 06 Out. 2018.

TAYLOR, T.L et al. Attitudes towards clinical services among people who self-harm: systematic review. **Br J Psychiatry**. v.194, n. 2, p. 104-10. 2009. <https://goo.gl/QJ5dbF>. Acesso em: 10 mai. 2018.

VIDAL, C. E. L.; GONTIJO, E.D. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 108-114. 2013. Disponível em: <https://goo.gl/smF9fF>. Acesso em: 21 Set. 2018.

WAI, C. M. et al. Hope and Its Relation to Suicidal Risk Behaviors among Malaysian Adolescents. **Asian Social Science**, v. 10, n. 12, 2014. Disponível em: <https://bit.ly/2LHQBNE>. Acesso em: 28 Jul 2018.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide: a global imperative**. Geneva: World Health Organization; p. 88. 2014. Disponível em: <https://bit.ly/1xeMtl7>. Acesso em: 27 jul de 2018.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental health. Suicide data**. 2017. Disponível em: <https://bit.ly/2NLT6vq>. Acesso em: 27 jul de 2018.

ZANA, A. R. de O.; KOVACS, M. J. O Psicólogo e o atendimento a pacientes com ideação ou tentativa de suicídio. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 897-921, dez. 2013. Disponível em: <https://goo.gl/MsqG7k>. Acesso em: 30 Jul 2018.

5. 3 Manuscrito 3:

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DE EMERGENCIA HOSPITALAR SOBRE PREVENÇÃO DE READMISSÕES POR TENTATIVA DE SUICÍDIO

SOCIAL REPRESENTATIONS OF HOSPITAL EMERGENCY PROFESSIONALS ON
PREVENTION OF READMISSIONS FOR SUICIDE ATTEMPT

Saulo Sacramento Meira¹, Alba Benemérita Alves Vilela¹

¹Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) – Campus de Jequié, BA, Brasil. E-mails: saulo_meira@hotmail.com; albavilela@gmail.com.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores não possuem conflitos de interesse a serem declarados

Autor correspondente: Saulo Sacramento Meira

Endereço: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Rua José Moreira Sobrinho - CEP: 45206-190. Jequiezinho, Jequié – BA. Brasil. E-mail: saulo_meira@hotmail.com

Resumo: Neste artigo, pretendemos analisar as representações sociais de profissionais emergencistas sobre a prevenção das readmissões por tentativa de suicídio, utilizando como recurso analítico o modelo AnCo-REDES (Análise Cognitiva de Redes). Trata-se de uma pesquisa qualitativa, fundamentada na Teoria das Representações Sociais na abordagem processual, como preconizado por Jodelet. Participaram desse estudo 30 emergencistas de um Hospital Regional localizado no Sudoeste da Bahia-Brasil, no ano de 2017. O questionamento fundamentou-se sobre o entendimento desses profissionais acerca da prevenção das reincidências de tentativa de suicídio, cujos dados foram processados e analisados a partir do modelo de Análise Cognitiva de Redes. A rede semântica dos profissionais foi composta por um total de 260 vértices e 431 arestas com grau médio igual a 2.61. Os principais termos que irradiaram sentido para o discurso do grupo social foram: *Acompanhamento, psicólogo e Paciente*, demonstrando uma percepção da prevenção para readmissões por tentativas de suicídio de modo positivamente complexo e pluridisciplinar, entendem como um fenômeno que possui demandas particulares e que exigem tanto transformações intra-hospitalares, seja pelo estímulo à desmistificação e combate ao preconceito do paciente com risco de morrer por suicídio, reestruturação do manejo, triagem e monitoramento durante a permanência da internação, quanto extra-hospitalar evocando o trabalho entre os diferentes níveis de atenção e de redes de apoio, além de reconhecer o dinamismo e a integralidade da assistência como recurso para prevenir readmissões desses pacientes.

Descritores: Tentativa de Suicídio; Acolhimento; Serviço Hospitalar de Emergência; Representações sociais; AnCo-REDES.

In this article, we intend to analyze how the emergency professionals perceive the readmissions prevention by suicide attempt, using as an analytical resource the model Brazil in the year 2017 participated in this study. The questioning was based on the understanding of the professionals of a hospital unit about the prevention of recidivism of suicide AnCo-REDES (Cognitive Analysis of Networks). It is a qualitative research, based on the Theory of Social Representations in the procedural approach, as advocated by Jodelet. Thirty emergents from a Regional Hospital located in the Southwest of Bahia- attempt, whose data were processed and analyzed from the AnCo-REDES model. The semantic network of the professionals was composed by a total of 260 vertices and 431 edges with an average degree equal to 2.61. The main terms that radiated meaning for the discourse of the social group were: Accompaniment, psychologist and Patient, demonstrating a perception of the prevention for readmissions by suicide attempts in a positively complex and pluridisciplinar way, I understand them as a phenomenon that has particular demands and that require both intra-hospital transformation and the encouragement to demystify and combat the prejudice of patients at risk of dying from suicide, management restructuring, screening and monitoring during hospitalization, and extra-hospital evocation of work between different levels of attention, and support networks, recognizing the dynamism and integrality as a resource to prevent readmissions of this phenomenon.

Keywords: Attempted Suicide; Reception; Emergency Hospital Service; Social representations; AnCo-NETWORKS.

INTRODUÇÃO

O comportamento suicida é uma causa global de mortes e incapacidades individuais, bem como coletivas, ao considerarmos suas consequências, direta e indireta nos sobreviventes. Em todo o mundo, o suicídio é a 15ª causa de morte, representando 1,4% do total e responsável por mais de 800.000 casos a cada ano (WHO, 2014), se configurando, assim, como importante desafio para saúde pública, por se tratar de um fenômeno complexo nos diferentes grupos populacionais e que pode ser prevenido.

Assim, como o ato, a tentativa de suicídio merece igual ou maior atenção. É definida pelo Centro dos Estados Unidos da América para Controle e Prevenção de Doenças – CDC (CDC 2015) como um comportamento não fatal, autodirigido e potencialmente prejudicial, na presença ou não de lesões e com intenção de morrer. É considerado importante preditor para as mortes autoprovocadas voluntariamente, ou podendo resultar em consequências negativas graves, como lesões e hospitalizações, causando além do ônus financeiro de bilhões de dólares na sociedade (CDC 2010; WHO 2014), modificações nas relações íntimas e coletivas.

No contexto mundial, o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio Português indica que as tentativas de suicídio representam a 6ª causa de déficit funcional, estimado pela World Health Organization - WHO (2014) entre 10 a 20 vezes mais frequentes que o suicídio em si. Estudos realizados como o do Multicêntrico de Intervenção no Comportamento Suicida (SUPRE-MISS) da WHO (2002), demonstraram que o registro e seguimento cuidadoso de casos de tentativas de suicídio pode diminuir o número de atos consumados, entretanto, os desafios para prevenção são enormes à exemplo do tabu em torno do tema, das subnotificações e a predominância das estratégias intervencionistas em detrimento do acolhimento integral ao paciente e a família.

Apesar de restritas informações atuais na literatura acerca das tentativas de suicídio, Bertolote et al (2005), destacam que o risco proveniente dessas ações aumenta na proporção do número de tentativas realizadas e, também, está associado aos intervalos de tempo menores entre essas recidivas. Dentre os pacientes atendidos em setores de emergência por tentativa de autoextermínio, o autor estimou que de 30% a 60% realizaram tentativas prévias e que de 10% a 25% tentarão novamente no prazo de um ano, descrevendo uma taxa de prevalência para as tentativas de suicídio ao longo da vida variando de 0,4% a 4,2%.

Para a WHO, através do Plano de Ação para Saúde Mental (2013-2020), as tentativas de suicídio podem ser prevenidas e para superar esse desafio, propõe reduzir as taxas de

suicídio nos países para 10% até 2020. Para alcançar esse objetivo, sinaliza para a prioridade do desenvolvimento de ações preventivas, articuladas com intervenções eficazes de caráter intersetorial (WHO, 2014).

Diante do aumento expressivo nas taxas de tentativas de suicídio nas últimas décadas, é crescente a demanda por atendimento desses casos no setor saúde, em particular no contexto das urgências e emergências do ambiente hospitalar, por ser o local de maior direcionamento para atendimento daqueles pacientes que tentaram suicídio quando algum socorro ainda fosse possível (FREITAS; BORGES, 2014). É importante considerar a necessidade de sensibilizar os profissionais de saúde para identificação e avaliação daqueles casos com risco de morte por suicídio, pois devido ao seu potencial de recidiva, a prevenção apenas se tornará eficiente à medida que se reconheça que o fenômeno do suicídio transpõe a abordagem estritamente hospitalar e quando fragmentada, favorece a chances de reincidências, causando novas internações, custos e, principalmente, novos sofrimentos para esses indivíduos.

Diante do impacto das tentativas de suicídio não apenas para o setor de saúde, mas também nos mais diversos setores sociais, é urgente a necessidade do desenvolvimento de estratégias de acolhimento e prevenção do suicídio (ZADRAVEC; GRAD, 2013). Mediante esse contexto e do fato de que segundo Bertolote et al (2005) a frequência de tentativas de suicídio aumenta proporcionalmente a chance de consumir o ato, questiona-se: como os profissionais emergencistas entendem a prevenção de sua reincidência das tentativas de suicídio?

A partir desse contexto, no presente estudo objetivamos analisar as representações sociais de profissionais emergencistas sobre a prevenção das readmissões por tentativa de suicídio, utilizando como recurso analítico o modelo AnCo-REDES (Análise Cognitiva de redes).

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, sustentado pela abordagem processual da Teoria das Representações Sociais (TRS), definida por Jodelet (2001) como um conhecimento socialmente elaborado e compartilhado com um objetivo prático e que contribui para a construção de uma realidade comum a um determinado grupo social, sendo observadas as representações sociais no cotidiano, que circulam nos discursos através dos elementos informativos,

cognitivos, ideológicos, normativos, crenças, valores e imagens midiáticas, cristalizadas nas condutas e agenciamentos materiais ou espaciais.

Essa investigação foi realizada com 30 profissionais emergencistas de diferentes áreas, de um hospital público de abrangência regional, localizado em Jequié, no Estado da Bahia-Brasil. O critério de inclusão utilizado para a inserção dos profissionais na pesquisa foi atuar na equipe de emergência (independente do vínculo empregatício temporário ou efetivo) daquela unidade hospitalar, sendo excluídos os profissionais que estavam afastados de suas funções devido às férias, licença maternidade e profissionais não encontrados após 03 três tentativas ocorridas em dias alternados de acordo a escala hospitalar.

Após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), pelos profissionais, as entrevistas foram realizadas individualmente e conduzidas por um único entrevistador, a fim de preservar ao máximo a homogeneidade do levantamento das informações, sendo realizadas no primeiro semestre de 2017 em sala reservada na unidade hospitalar, com duração aproximada de 30 minutos, cada.

Os profissionais entrevistados responderam ao questionário contendo dados pessoais, profissionais e o seguinte questionamento: *O que o(a) senhor(a) entende de prevenção para readmissões por tentativa de suicídio na unidade hospitalar?* Os produtos das entrevistas foram registrados em áudio e foi considerado o critério da saturação dos dados (RHIRY-CHERQUES, 2016). As informações coletadas foram transcritas e arquivadas por meio de um gravador de Voz Digital Sony® Icd-Px 240 - 4gb e transcritas para o *Software* Word 2010 por dupla de pesquisadores e submetidas à posterior exame da coordenadora da investigação para preservação da fidedignidade e validade dos registros que compuseram o *corpus* de análises do estudo.

A análise foi realizada utilizando o modelo AnCo-REDES (LOPES, 2018), o qual baseia-se na teoria de redes com ênfase na análise de redes sociais e de redes semânticas, através do uso do software Gephi – versão 0.8.2, beta. As redes semânticas, utilizadas como um sistema de representação do conhecimento, são capazes de identificar as significações dos elementos de análise com base nas ligações estabelecidas entre eles, que são concebidos como vértices e arestas. Os vértices representando as palavras e as arestas ligações entre essas palavras (LOPES, 2018).

Com o modelo AnCo-REDES a ênfase é dada à análise de rede sociais com uso de conceitos e métricas de redes simples e complexas, aplicadas à análise das redes semânticas,

construídas a partir de representações sociais de sujeitos que compõem um mesmo grupo social (LOPES, 2018). Desta forma, foi possível alcançar os elementos de análise, a partir dos termos que irradiam sentidos e dos termos complementares que identificam os conteúdos das representações.

Segundo Lopes (2018), os parâmetros para a análise foram observados a partir de métricas gerais da teoria de redes- caracterizadas pelo número de vértices ($n=|V|$), número de arestas ($m=|E|$), e, o grau médio da rede ($\langle k \rangle$), utilizado como ponto de corte para a análise- e da análise de redes sociais através das seguintes métricas: *centralidade de grau* (C_g) - que está relacionada ao número de ligações que um vértice (palavra) possui com outros vértices (outras palavras) na rede e indica a centralidade local do vértice; a *centralidade de autovetor* (E_c) - que indica a importância/influência do vértice mais central da rede a partir das ligações que possuem com outros vértices que também encontram-se em posição central na rede e da *centralidade de intermediação* (C_i) – que indica a importância de um vértice na produção de significações nos conjuntos das representações, de maneira que, quanto mais alto for o grau de intermediação, maior é a importância do vértice (elemento da representação social) na produção dos sentidos que circulam na rede.

Foi utilizado como medida de identificação dos termos que irradiam sentidos, os vértices que apresentaram $C_g > \langle k \rangle$ e $E_c > 0,45$ e, considerando uma ordem crescente da *centralidade de intermediação* (C_i). Desta forma, os discursos do grupo social foram analisados a partir da importância/influência das palavras que os mesmos expressaram e, também, considerando o quanto essa palavra foi capaz de representar significados e suas relações no discurso.

Ressaltamos que este estudo foi realizado após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia através do processo nº 2.620.152.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 30 participantes da pesquisa identificou-se uma população majoritariamente composta por mulheres, totalizando 63% (19). No que tange a atuação profissional, 42% (13) dos respondentes eram enfermeiros, 27% (8) médicos, 17% (5) técnicos de enfermagem, 7% (2) assistentes sociais e 7% (2) psicólogos; 87% (26) se autodeclararam religiosos, dos quais 47% (14) eram católicos, 18% (5) evangélicos, 13% (4) espíritas e 9% (3) agnósticos. Dos

A seguir, na Tabela 1 estão apresentadas as métricas dos elementos de análise que compõem a representação dos profissionais da emergência hospitalar agrupadas a partir dos termos que irradiam sentidos aos discursos dos sujeitos.

Tabela 1. Classificação dos elementos de análise que compõem os conteúdos representacionais da prevenção das readmissões por tentativas de suicídio. Jequié-BA. Brasil. 2017.

Elementos de análise	Vértice			
	Label	C_g	E_c	C_i
Termos que irradiam sentidos	Acompanhamento*	18	0.99	0.096
	Psicólogo*	18	0.91	0.090
	Paciente*	24	1.0	0.089
	Melhorar	15	0.62	0.083
	Serviço	15	0.82	0.067
	Hospital	14	0.52	0.065
	Rede	12	0.49	0.059
	Profissional	13	0.57	0.056
	Acolhimento	11	0.63	0.055
	Família	11	0.50	0.054
	Suicida	14	0.61	0.043
	Unidade	09	0.48	0.035
	Específico	09	0.48	0.031
	Trabalhar	09	0.47	0.028
	Existência	11	0.51	0.025

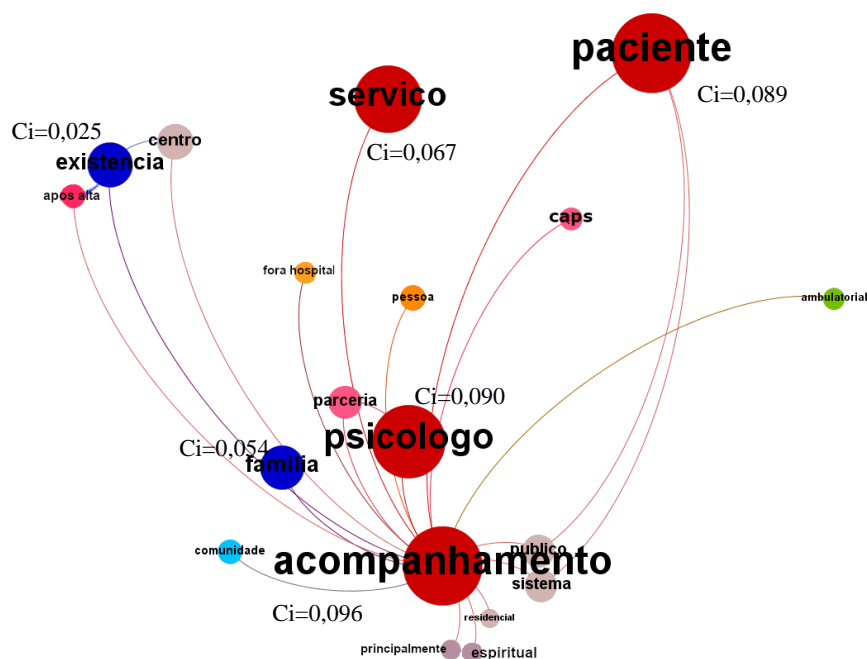
* Termos que irradiam sentidos com maior C_g , E_c e C_i .

Fonte: arquivos da pesquisa.

Considerando os termos que irradiam sentido com maiores valores de métricas C_g , E_c e C_i , surgiram três categorias, com significado de ações em torno dos vértices *acompanhamento*, *psicólogo* e *paciente*, apresentadas por suas respectivas subredes semânticas, capazes de expressar os conteúdos representacionais do objeto desse estudo.

A primeira subrede (Figura 2), constituída por 19 vértices e 25 Arestas, foi denominada *Acompanhamento* porque esta palavra apresentou-se como um vértice que irradia sentidos e estabelece conexão com outros termos de importante significado, além de termos complementares do conteúdo representacional.

Figura 2. Subrede do termo que irradia sentidos a partir de *Acompanhamento*. Jequié-Ba. Brasil. 2017.



Demais termos apresentaram $C_i = 0,00$, definidos enquanto termos complementares devido ao baixo sentido.

Fonte: arquivos da pesquisa.

Dos significados dispostos nesta subrede da Figura 2 foi possível identificar que a representação da prevenção pelo elemento de sentido *Acompanhamento* ($C_i=0,096$) está conectada ao vértice *psicólogo* ($C_i=0,090$) e suas ações junto ao *paciente* ($C_i=0,089$). Percebe-se, ainda, a presença do elemento de sentido *serviço* ($C_i=0,067$), possivelmente de saúde, que apesar de presente na subrede, à exemplo do CAPS (Centro de Apoio Psicossocial) e do elemento *ambulatorial*, apresentaram baixo valor de centralidade de intermediação e portanto, um sentido vago, além de disperso para os profissionais entrevistados. O grupo evoca também a prevenção das readmissões através de um vínculo entre o *acompanhamento* e a *família* ($C_i=0,054$) e sua articulação com a *existência* ($C_i=0,025$) de *centro* de apoio, expressando um conceito de desdobramento *após a alta*, inferências que são reafirmadas através dos relatos dos entrevistados, como se pode ver a seguir:

Eu acho que devem ser ações diferenciadas, capazes de oferecer acompanhamento para esse paciente, assistir sua evolução, pra ver o que é que tá acontecendo. Mas não acho que seja função do hospital, nem da emergência, não. (Enfermeiro 05).

Depois da emergência, algum atendimento secundário, uma continuidade do atendimento na rede básica. Assistindo o doente. Cabe ao hospital o quadro agudo, de instabilidade, entendendo como o surto. E cabe a rede básica prosseguir o acompanhamento ambulatorial. O atendimento do hospital não satisfaz, a contrarreferência poderia ser uma estratégia. (Médico 09).

[..] e estou falando de um acompanhamento fora do hospital. Porque o suicida vai ter o primeiro atendimento aqui, mas a vida dele continua, lá fora...os problemas continuam, a questão emocional continua e é preciso encaminhar (Enfermeiro 17)

É necessário um suporte a família, as famílias sofrem e não sabem lidar com o paciente suicida. Não monitora, não sabe compreender, não acompanha e não sabe o que está acontecendo e isso dificulta a detecção precoce do problema (Psicólogo 6).

O elemento de sentido, que se faz presente nas 3 subredes geradas e irradia sentidos a partir da análise desse estudo, diz respeito ao termo *acompanhamento*, evocado positivamente pelos profissionais ao se discutir prevenção das readmissões de tentativas de suicídio no ambiente hospitalar e sugere uma compreensão do cuidado ampliado em saúde, reafirmando para um sentido de prevenção que transponha as medidas iatrogênicas voltadas para estabilização das funções vitais, ou mesmo incluindo a internação compulsória.

O sentido do *acompanhamento* sugere a presença do conceito de cuidado ampliado que, segundo Pitiá; Furegato (2009), requer mais que a atenção aos sinais, sintomas e prescrição de tratamentos; nessa perspectiva os profissionais da atenção psicossocial (psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, assistentes sociais, médicos) também precisam compreender no sujeito os aspectos do cotidiano, do tempo, do espaço, do trabalho, do lazer, do prazer e da organização de atividades coletivas, enfatizando as potencialidades do indivíduo. Essa forma de perceber o outro pode representar uma importante conquista dos esforços da reforma psiquiátrica que busca superar a herança asilar do antigo modelo que, segundo Vasconcelos e Mendonça filho (2013), é iatrogênica, carcerária e separatista.

Acerca do elemento *psicólogo* que irradia produção de sentidos acerca da prevenção, Fukumitsu (2014) considera que as potencialidades desse profissional são marcantes e estratégicas para a prevenção do comportamento suicida, por serem profissionais que são voltados não para evitar a morte, mas para oferecer significações nas quais o paciente possa se sentir vivo, dirigindo seu papel para um acolhimento e não para cura, conduta essa que facilita a compreensão e, conseqüentemente, o enfrentamento do sofrimento experimentado pelo paciente. As habilidades do psicólogo tendem a estimular o desenvolvimento da intimidade terapêutica e aproximação interpessoal o que fortalece o vínculo de confiança entre paciente e o profissional, essencial para os pacientes suicidas, por se tratar de um comportamento carregado de representações negativas, imorais, pecaminosas e, portanto, desconfortáveis,

tanto para as relações sociais, quanto para a equipe de saúde e pelo próprio indivíduo que experimenta esse sofrimento.

Foi possível identificar também na subrede o elemento *serviços*, expressando sentidos que sugerem que a prevenção seja também compreendida pelo aparceramento entre profissionais ou espaços terapêuticos. Nota-se pelo conteúdo das falas, que apesar dos profissionais de saúde mencionarem a importância da articulação entre serviços extra-hospitalares para o acompanhamento dos pacientes que tentaram suicídio, acabam por reforçar a hierarquização dos serviços de saúde, desconsiderando, por exemplo, a corresponsabilidade hospitalar frente às funções de ordem preventiva, conforme previsto pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 1.876, de 2006, que define a partir das Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, propostas para organizar linhas de cuidados integrais (promoção, *prevenção*, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas (BRASIL, 2015), bem como os de estratégias já em vigor, como a instituída pela Portaria n.º 3088/2011 denominada de Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) uma das estratégias da Política Nacional de Saúde Mental.

A RAPS propõe-se ao oferecimento de atendimento aos diferentes graus de complexidade para promoção de assistência integral para diferentes demandas, das simples às mais complexas/graves, através da criação, ampliação e articulação de diferentes pontos de atenção (Serviços) para pacientes com sofrimento psíquico (BRASIL, 2017). Essa rede é contida pela Atenção Básica, pelo CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) em suas diferentes modalidades, as Comunidades Terapêuticas; Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental; Serviço Residencial Terapêutico (SRT) e a unidade de Acolhimento (adulto e infanto-juvenil), incluindo ainda as Enfermarias Especializadas em Hospital Geral, os Hospitais Psiquiátricos, o Hospital-Dia e a Urgência e Emergência. Dessa forma, o conhecimento dessas estratégias pelos profissionais é imprescindível para seu fortalecimento e cuidado com o paciente que poderia ser estrategicamente encaminhado.

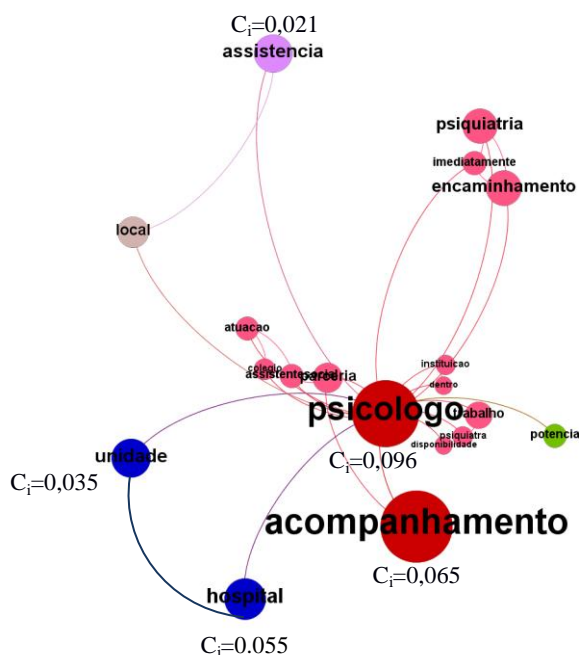
Outro resultado identificado na subrede gerada expressa o sentido da *família* enquanto elemento de sentido para a prevenção, possivelmente devido a sua função enquanto ambiente de convivência e que dispõe de sistema de controle e vigilância que podem perceber motivações do sujeito que apresentam riscos para a tentativa de suicídio. Ressalta-se para a importância da existência e fortalecimento do vínculo entre as práticas no serviço ofertado

pelo CAPS e as famílias, sugerindo segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP (2014), um elo importante na rede de proteção ao usuário com risco de suicídio.

Considerando ainda o sentido da *família* enquanto sentido da prevenção, é imperativo o trabalho articulado com a equipe de saúde para que o comportamento suicida seja melhor compreendido no contexto intrafamiliar, possibilitando condições para que a família desenvolva e elabore estratégias de acompanhamento, especialmente o acolhimento ao membro familiar em sofrimento psíquico (PEGORARO; CALDANA, 2008). De acordo com a cartilha *Suicídio: informando para prevenir*, o contexto familiar diante desses casos é inevitavelmente abalado e necessita ser reestruturado para garantir a atenção necessária e se tornar capaz de promover extensão e completude das ações realizadas junto a outros serviços à exemplo do CAPS (ABP, 2014).

A segunda subrede denominada *Psicólogo* (Figura 3), constituída por 19 Vértices e 30 Arestas apresentou o Psicólogo como um vértice que irradia sentidos e estabelece conexão com o núcleo de sentido *Acompanhamento, hospital, unidade e assistência* além de novos termos complementares do conteúdo representacional.

Figura 3. Subrede do termo que irradia sentidos *Psicólogo*. Jequié-BA. Brasil. 2017.



Demais termos apresentaram $C_i = 0,00$, definidos enquanto termos complementares devido ao baixo sentido.

Fonte: arquivos da pesquisa.

Na subrede acima percebe-se um sentido de prevenção com ênfase no papel do *psicólogo* ($C_i=0,096$) e no *acompanhamento* ($C_i=0,065$), e diferentemente da primeira subrede, expressa maior sentido de ações realizadas, também, no contexto intra-hospitalar sugerido pelos elementos *unidade* ($C_i=0,035$) e *hospital* ($C_i=0,055$), ainda na prestação da *assistência* ($C_i=0,021$), conforme presente nos relatos dos entrevistados:

[...]penso que cada vez que entrasse uma tentativa de suicídio, a gente deveria acionar o serviço intra-hospitalar como a psicologia, até a saída junto a assistência social em sua mudança de rede, empenhando em dar assistência a essa pessoa, para ela sentir-se fortalecida e não rejeitada como ela é [...] inclusive pelos profissionais do hospital que negligenciam muitas vezes a forma de cuidar por se tratar de paciente suicida. (Enfermeiro 07)

A unidade precisa investir mais em instrumentos na triagem no serviço, na avaliação, o paciente que tentou suicídio não declara por vergonha e a equipe não está pronta para atender esse paciente. (Enfermeiro 08).

O serviço deveria ter eu não sei se é um protocolo, um questionário específico com as informações que ele trouxe, naquele momento da avaliação (Médico 06).

O contexto hospitalar é representado de maneira potencial para ampliar as possibilidades preventivas do suicídio no mínimo sinérgicas, seja pela avaliação de risco daqueles pacientes admitidos, ou por meio de estratégias como aconselhamentos durante sua permanência que previnam a continuidade de novas tentativas. Shneidman (1993, p. 27), renomado estudioso da suicidologia, afirma que: “os psicoterapeutas podem prestar atenção aos sentimentos, especialmente aos mais estressantes, tais como, culpa, vergonha, medo, raiva, frustrações, desesperança, sensação de desamparo, solidão”.

No atendimento à pessoa que tentou suicídio no contexto da emergência cabe ao profissional psicólogo, segundo Macchigivaerni (2012) a avaliação do risco para o suicídio, realização de psicoterapia, prover apoio aos pacientes, orientar membros familiares e, encaminhar os pacientes a outros serviços de saúde de acordo com as necessidades. O acolhimento e a informação se constituem como intervenções que podem auxiliar para reorganização do sistema e o restabelecimento de mecanismos preventivos para novas tentativas de suicídio, além da promoção da saúde mental (SILVA; COSTA, 2010).

Sendo assim, *encaminhar* possui um significado de envolvimento, orientação e direcionamento do cliente, da família e de outros profissionais que poderão contribuir para o acolhimento e minimização dos riscos de consumação da morte por suicídio. A interdisciplinaridade, somada à articulação com a rede de serviços disponíveis no território,

trazem bons indicativos para a oferta de um cuidado integral às pessoas que tentaram suicídio (GUTIERREZ, 2014; SÁ et al., 2010).

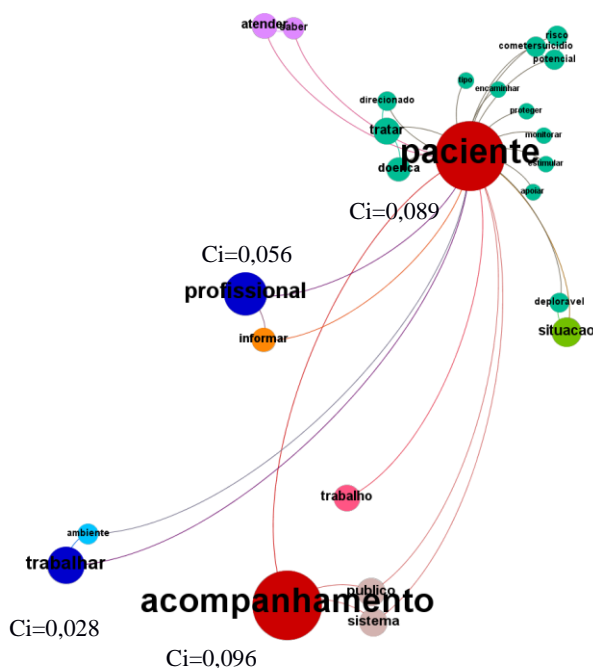
Para Leavell; Clarck (1976), o significado de prevenção em saúde é de realizar ações antecipadas, a partir do conhecimento da história natural com o objetivo de tornar improvável o progresso posterior de uma determinada doença ou quadro clínico. As ações preventivas são compreendidas, portanto, como intervenções orientadas para evitar o surgimento de eventos específicos, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. Mezzomo (2003) cita que segundo a WHO, o hospital é parte integrante desse sistema de saúde, cuja função é dispensar à comunidade completa assistência médica preventiva e curativa.

A partir desse contexto, os profissionais apresentam ainda uma representação de prevenção intra-hospitalar nos termos que irradiam sentidos *unidade* e *hospitalar*, sugerindo possivelmente para estratégias de avaliação do risco para novas tentativas de suicídio na rotina dos serviços de urgência e emergência antes da alta médica, o que requer da equipe competência técnica e manejo de instrumentos adequados para avaliação de riscos do paciente enquanto ainda estiver no ambiente hospitalar. Todavia, sem a triagem específica o trabalho em rede é, conseqüentemente, enfraquecido já que especialidades importantes, como a Psicologia, podem não ser acionadas, impedindo sua atuação. Segundo Bertolote; Mello-Santos; Botega (2010), não é garantido prever se o paciente tentará suicídio novamente; contudo, a partir dos conhecimentos dos fatores de risco e de proteção avaliados durante a entrevista clínica, é possível aferir o risco individual que o paciente apresenta naquele momento.

Destarte que, Van Der Linden et al (2012) informam que nas últimas décadas os hospitais passaram a adotar nos sistemas de triagem com o objetivo de identificar os pacientes com condições mais urgentes e maior risco de morte, oferecimento de atendimento rápido e com menor tempo de espera. Existem protocolos ou escalas para avaliar risco de suicídio à exemplo da Escala de Desesperança (BHS), Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI), entre outras ferramentas pertinentes (razões para viver) com diferentes níveis de complexidade (CUNHA, 2011). Entretanto, há uma lacuna diante do paciente suicida que consciente do seu interesse em tirar a própria vida o conduz a omissão ou negação do ato que somado a uma triagem padronizada, sem os instrumentos específicos de detecção, impedem mecanismos de alerta para outros profissionais e serviços importantes para acompanhamento desse paciente.

Os significados expressos pela última subrede denominada *paciente* (Figura 4), evidenciam uma estrutura constituída por 25 vértices e 36 arestas que irradia maior sentido de prevenção em torno do *acompanhamento*, *profissional* e irradiação para o vértice *trabalhar*. Destaca-se nessa rede a menor centralidade de intermediação (C_i) das estratégias preventivas em torno do paciente como *apoio*, *monitorar*, *estimular*, *proteger*, *entender*, e *potencial*, *risco de suicídio* sendo definidos como termos complementares e, portanto, caracterizam o sentido no discurso dos profissionais.

Figura 4. Subrede do termo que irradia sentidos *paciente*. Jequié-BA. Brasil. 2017.



Demais termos apresentaram $C_i = 0,00$, definidos enquanto termos complementares devido ao baixo sentido.

Fonte: arquivos da pesquisa.

A prevenção na subrede da Figura 4 faz referência direta aos elementos *acompanhamento* ($C_i=0,096$) e *profissional* ($C_i=0,056$), o que permite pressupor uma relação direta entre assistência e o *paciente* ($C_i=0,089$) com destaque para o vértice *informar* (elemento complementar) na prevenção de novos eventos autolesivos. Nota-se, ainda, que os sentidos dos elementos *trabalhar* ($C_i=0,028$) e *ambiente*, fazem irradiar sentidos na rede e sugerem demandas diante das particularidades do paciente suicida naquele contexto. Essas possibilidades podem ser verificadas nas falas dos entrevistados seguintes:

[...]os profissionais não sabem lidar com esse problema, têm medo, têm vergonha, não sei. (Enfermeiro 14)

É urgente possuir um acolhimento maior pois muitas vezes é bonito na teoria mas na prática o cara chega lá: declara que vai se matar, liga para o serviço e ninguém dá atenção. (Médico 25)

O suicídio é muito mistificado, ninguém quer falar, ai ninguém reconhece quando aparece os casos. Ninguém sabe avaliar direito porque sempre acha que é outra doença, menos o suicídio. Então fica difícil de agir nesses casos. Há muito desconhecimento sobre o suicídio (Enfermeiro 20)

Aqui a gente não tem meios pra libertar totalmente o cara, infelizmente, aqui não tem. Acho que deveria ser tomadas medidas para o paciente se sinta mais acolhido[...]. (Médico 08)

Percebe-se pelo relato dos entrevistados a necessidade de superar dificuldades presentes nos profissionais em relação aos pacientes admitidos por tentativa de suicídio. Nota-se no grupo entrevistado o predomínio de conhecimentos ainda estigmatizados e, por vezes, preconceituosos que reproduzem em suas práticas, de acordo Botega et al. (2009), estigmas clínicos limitados e também do senso comum, provocando consequências em diferentes âmbitos da vida do paciente, mantendo-o na condição de marginalizado. Para Bertolote; Mello-Santos; Botega (2010) e Crepaldi (2012), os membros da equipe acabam por adotar também sentimentos ambivalentes entre o dever de tomar as medidas necessárias de prevenção da morte e se deparar com a demanda do paciente que nem sempre corresponde ao desejo de permanecer vivo, percebendo-se em uma situação impossibilitada de realizar seu trabalho. Desse modo a assistência se torna uma intervenção frustrada e impotente, provocando rejeição ao usuário o que torna o atendimento uma atividade complexa.

Rever as atitudes do profissional de saúde se faz tão necessária diante o desencadeamento de novas tentativas ou do ato consumado que o Ministério da Saúde por meio das Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio (BRASIL, 2015), estabeleceu a promoção de educação permanente dos profissionais de saúde incluindo os das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização como recurso estratégico que se não realizado, influencia direta ou indiretamente a adesão do paciente ao tratamento. A necessidade de instrumentalização, bem como a ausência de capacitação institucional para lidar com as tentativas de suicídio do cotidiano das urgências e emergências hospitalares, já foi identificada por outros estudos dessa natureza (GUTIERREZ, 2014; VIDAL; GONTIJO, 2013)

Para Gutierrez (2014), o sucesso do tratamento do paciente possui importante relação com estratégias de acolhimento de qualidade realizado no serviço de saúde na medida em que

oferece cuidados resolutivos às necessidades do indivíduo e mantém um trabalho articulado com outros serviços. Somado ao atendimento e aos encaminhamentos, estes três momentos constituem um fluxo de trabalho cuja tarefa é dar conta das diferentes necessidades de saúde/doença trazidas pelo paciente.

Outro sentido presente na subrede acerca da prevenção, se refere a *Trabalhar o ambiente* hospitalar reafirmando para as exigências das particularidades do paciente que tenta suicídio. Segundo Fukumitsu (2005) na presença de potencial de suicídio, é importante não deixar o paciente sozinho, tornando-se necessário o acompanhamento durante seu período de permanência. O trabalho de acompanhantes terapêuticos ou internação em instituições especializadas pode ser necessário. Estas precauções incluem: revistar o paciente e recolher possíveis instrumentos que podem ser utilizados como armas, comprimidos e outros recursos potencialmente perigosos da área próxima ao paciente (agulhas, lâminas, vidro); não deixar o paciente ir a qualquer lugar (por exemplo: o banheiro) desacompanhado, buscando manter esse paciente sob uma observação cuidadosa.

Considerações finais

As tentativas de suicídio além de importantes preditores para o ato consumado, apresentam consequências graves provenientes das incapacidades individuais, bem como coletivas. O potencial das recidivas deve ser motivo de preocupação entre os profissionais da emergência hospitalar uma vez que readmissões aumentam o sofrimento do indivíduo que as experimenta, além de gerar custos decorrentes das reinternações. A multidimensionalidade que rege o comportamento suicida é a mesma afetada pelas consequências de tentativas de suicídio, sendo imperativo garantir além de acolhimento adequado, medidas preventivas eficazes que transponham as práticas iatrogênicas e ultrapassadas, ainda presentes nas experiências profissionais.

Os principais termos que irradiaram sentido para o discurso do grupo social acerca do suicídio, investigados na unidade hospitalar selecionada, demonstraram uma percepção da prevenção para readmissões por tentativas de suicídio de modo positivamente complexo e pluridisciplinar, entendendo-o como um fenômeno que possui demandas particulares e que exigem modificações intra-hospitalares, através da desmistificação e combate ao preconceito do paciente com risco de morrer por suicídio, reestruturação das formas de manejo, cuidados na triagem e monitoramento durante a permanência da internação. Essa compreensão de

prevenção também se estende aos mecanismos extra-hospitalares evocando o trabalho entre os diferentes níveis de atenção, fortalecimento com as redes de apoio e priorizando a integralidade do acompanhamento como recurso estratégico para prevenir readmissões de tentativas de suicídio. Nota-se, através dessas reflexões, representações que reforçam a transição da lógica hospitalocêntrica para uma estrutura de serviços de base territorial, apesar das reconhecidas dificuldades ainda presentes nesse processo.

Como limites do estudo, considera-se a restrição do campo de estudo que pode não refletir uma compreensão universal do suicídio. No que tange às implicações para a prática em saúde, avalia-se que os profissionais de saúde, com suas ideias, convicções e pensamentos analisados podem potencializar o manejo estratégico para o acolhimento e assistência do paciente suicida.

Agradecimentos: À Coordenação de Aperfeiçoamento de pessoal de Nível Superior (CAPES) por auxiliar financeiramente na execução dessa investigação e ao Hospital Geral Prado Valadares (HGPV), localizado no interior do Estado da Bahia por disponibilizar os espaços e seus profissionais para que colaborassem com as informações contidas nessa pesquisa.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP). Comissão de Estudos e Prevenção do Suicídio (2014). Suicídio: informando para prevenir. Brasília: CBM/ABP. Disponível em: <https://goo.gl/gLboU2> . Acesso em: 11 out 2018.

BERTOLETE, J. M. et al. Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: The WHO SUPRE-MISS community survey. **Psychological Medicine**, v.35, p.1457-65. 2005.

BERTOLETE, J. M., MELLO-SANTOS, C. DE; BOTEGA, N. J. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.32, p.87-95. 2010. Disponível em: <https://goo.gl/GiJMXk>

BRASIL. Ministerio da Saúde. **Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas**. 2017. Disponível em: <https://goo.gl/bhVSQS>. Acesso em: 11 out 2018.

_____. **Portaria n.2542, de 22 de dezembro de 2015**. Aprova as diretrizes sobre a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio. Ministério da Saúde. 2015. Disponível em: <https://goo.gl/MgsNCT> . Acesso em: 20 ago. 2018.

CDC (Cent. Dis. Control Prev). **Definitions: Self-Directed Violence**. Atlanta, GA: CDC. 2015. Disponível em: <https://goo.gl/fmEPQq> . Acesso em: 11 out 2018.

_____. Nonfatal Hospitalized Injuries, Both Sexes, All Ages, United States, 2010. Disponível em: <https://goo.gl/9MGbAH>. Acesso em: 11 out 2018.

CUNHA, J. A. **Escala beck - BSI - inventário beck de ideação suicida**. Departamento de Psiquiatria da Pennsylvania. 2011.

CREPALDI, M, A. Prefácio. In: M. E. Maliska; A. Wallauer. **Suicídio: um desafio para profissionais de saúde**. Florianópolis, SC: Pandion. 2012.

FREITAS, A. P. A. de; BORGES, L. M. Tentativas de suicídio e profissionais de saúde: significados possíveis. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 2, p. 560-577. 2014. Disponível em: <https://goo.gl/jao3Ch>. Acesso em: 11 out 2018.

FUKUMITSU, K. O. O psicoterapeuta diante do comportamento suicida. **Psicologia USP**. v. 25,n. 3,p. 270-275. 2014. Disponível em: <https://goo.gl/7eGV7t>. Acesso em: 11 out 2018.

_____.**Suicídio e psicoterapia: uma visão gestáltica**. Campinas: Editora Livro Pleno, 2005.

GUTIERREZ, B. Assistência hospitalar na tentativa de suicídio. **Psicologia USP**, v.25, n.3, 262-269. 2014. Disponível em: <https://goo.gl/u1Zb6y>. Acesso em: 11 out 2018.

JODELET, D. As Representações Sociais. Rio de Janeiro (RJ): EdUERJ; 2001. 420p.

MACCHGIVAERNI, J. **Elaboração de um instrumento para registro de atendimento psicológico a tentativas de suicídio**. Monografia. [Residência Integrada Multiprofissional em Saúde] - Universidade Federal de Santa Catarina; 2012.

MEZZOMO, A. A. et al. **Fundamentos da Humanização hospitalar: uma visão multiprofissional**. São Paulo: Local; 2003.

PEGORARO, R. F.; CALDANA, R. H. L. Sofrimento psíquico em familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, v.12, n. 25, p. 295-307. 2008. Disponível em: <https://goo.gl/DHFC9v>. Acesso em: 11 out 2018.

PITIÁ, A. C. A.; FUREGATO, A. R. F. O Acompanhamento Terapêutico (AT): dispositivo de atenção psicossocial em saúde mental. **Interface** (Botucatu), v.13, n. 30, p. 67-77. 2009. Disponível em: <https://goo.gl/obgfNy>. Acesso em: 11 out 2018.

SÁ, N. N. B. et al. Atendimentos de emergência por tentativas de suicídio, Brasil, 2007. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 20, n. 2,p. 145-152. 2010. Disponível em: <https://goo.gl/uZ4ApM>. Acesso em: 20 ago. 2018.

SILVA, M.N.R.M. de O.; COSTA, I.I. A rede social na intervenção em crise nas tentativas de suicídio: elos imprescindíveis da atenção. **Revista Tempus Actas Saúde Coletiva**, v.4, n.1, p. 19-29, 2010.

VAN DER LINDEN C, et al. Managing patient flow with triage streaming to identify patients for Dutch emergency nurse practitioners. **Int Emerg Nurs**. v. 20, n. 2, p. 52-7. 2012. Disponível em: <https://goo.gl/kg26Tt>

VIDAL, C. E. L.; GONTIJO, E. D. Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. **Cadernos Saúde Coletiva**, v.21, n. 2, p. 108-114. 2013. Disponível em: <https://goo.gl/6Sjv88>. Acesso em: 20 ago. 2018.

WHO. World Health Organization. **Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours SUPRE-MISS: Protocol of SUPRE-MISS**. Geneva: WHO. 2002.

_____. **Preventing suicide: a global imperative**. Geneva: WHO. 2014. Disponível em: <https://goo.gl/obNf1y>. Acesso em: 11 out 2018.

ZADRAVEC, T.; GRAD, O. Origins of suicidality: Compatibility of lay and expert beliefs: Qualitative study. **Psychiatria Danubina**, v.25, n.2, 149–157. 2013. Disponível em: <https://goo.gl/8PqcPL>. Acesso em: 11 out 2018.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O comportamento suicida é assunto indigesto não apenas para os segmentos populares, mas também para os profissionais habilitados para atuar no processo saúde-doença, que devido à particularidade - voluntária - do fenômeno diante da finitude humana, faz desse comportamento um dos mais enigmáticos e, por isso mesmo, de difícil compreensão, podendo causar grandes questionamentos e inquietações.

Os resultados permitiram concluir primeiramente que as hospitalizações por lesões autoprovocadas intencionalmente na Bahia na série histórica estudada, ocorreram em sua maioria em homens, sendo o álcool o mecanismo de lesão predominante, cuja permanência hospitalar foi maior em idosos e a taxa de mortalidade geral por suicídio foi considerada baixa para a população estudada. Essas informações permitiram entender os componentes das lesões autoprovocadas realizadas de modo voluntário na perspectiva socioespacial, contribuindo para uma percepção preliminar das variáveis que melhor definem o perfil dos pacientes atendidos nesse contexto, subsidiando a compreensão das crenças e práticas presentes no cotidiano dos profissionais.

Acerca do pressuposto teórico definido de que na atualidade apesar do tabu no comportamento suicida, os profissionais de saúde da unidade hospitalar investigada estariam mais conscientes acerca dos aspectos multidimensionais do fenômeno, foi confirmado nesse estudo, uma vez que os significados e as imagens do suicídio para os profissionais emergencistas foram compreendidos em suas multidensões, estruturados a partir de aspecto biológico, afetivo-psicológico, social e religioso, evidenciando para uma compreensão positivamente complexa acerca do suicídio, o que favorece enquanto campo fértil de possibilidade para o planejamento e melhora da assistência e acompanhamento dos pacientes que procuram o serviço.

O pressuposto se confirmou ainda ao ser analisado o entendimento dos profissionais emergencistas acerca da prevenção das readmissões de tentativas de suicídio, compreendida enquanto um conceito mais amplo, inclusivo e coparticipado, percebido no contexto intra-hospitalar, enquanto potencialidades, direta ou indireta, relacionados à importância de avaliação estratégica, melhores condições de manejo, monitoramento e atuação intersetorial e participação da família. Sopra, ainda que suave, um horizonte de esperança acerca do cuidado humano, sugere uma transição do caráter iatrogênico e carcerário, proveniente de práticas reducionistas e limitadas, historicamente associada à representação do paciente com

comportamento suicida, especialmente em situações de tentativa de suicídio, admitidos em unidades hospitalares.

No que tange às implicações para a prática em saúde, considerando a urgência do crescimento das internações decorrentes do comportamento suicida e sua característica multicausal e polimórfica, avalia-se que os profissionais de saúde da emergência hospitalar devem ser estimulados no cotidiano de suas práticas à ressignificação do fenômeno, no âmbito hospitalar e intersetorial, melhorando a comunicação entre os setores competentes, equipe, paciente e família, oferecendo condições capazes não apenas de prevenir mortes, mas comprometidas em promover possibilidades que justifiquem o sentido para se permanecer vivo.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes. In: CAMPOS, P. H. F.; LOUREIRO, M. C. S. **Representações sociais e práticas educativas**. Goiânia, GO: Ed. UCG; 2003. p. 37-57.

_____. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P. (org.), OLIVEIRA, D. C. **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB; 2000.

_____. *Pratiques sociales et représentations*. Paris, **Presses Universitaires de France**, 1994.

BUSCHINI, F. **Les Méthodes des Sciences Humaines**. 2003. p. 375-392.

ALMEIDA, A. M. de O. Abordagem societal das representações sociais. **Soc. estado**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 713-737, Dec. 2009. Disponível em: <https://goo.gl/WuXfhV>. Acesso em: 01 Dez. 2018.

ALVAREZ, A. **O Deus Selvagem: um estudo do suicídio**. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

ARAGAO, S. R. **História do suicídio: Aspectos culturais, socioeconômicos e filosóficos**. [S.I.]. 2014. Disponível em: <https://goo.gl/wV5eWv>. Acesso em: 31 jul de 2017.

BACA, E. Intervenciones sobre poblaciones de riesgo. In: BOBES, J; GINER, J; SAIZ, J. **Suicidio y psiquiatria**. Madrid (ES): Triacastela; 2011. p. 143-61. Disponível em: <https://goo.gl/Nzut6H>. Acesso em: 31 mar de 2018.

BAILEY, S. Critical care nurses and doctors attitudes to parasuicide patients. **Aust J Adv Nurs**, v. 11, n. 3, p. 11-7, 1994. Disponível em: <https://goo.gl/6nrZs3>, Acesso em: 16 de abr 2017.

BALLARD, E. D. et al. Aftermath of suicide in the hospital: Institutional response. **Psychosomatics**, n. 49, p. 461-469, 2008. Disponível em: <https://goo.gl/EMm3E2>. Acesso em: 26 de abr 2017.

BARCIFICONTAINE, C.P.; PESSINI, L. **Bioética e saúde**. São Paulo: CEDAS. 1990.

BARZILAY, S. et al. Bullying Victimization and Suicide Ideation and Behavior Among Adolescents in Europe: A 10-Country Study. **Journal of Adolescent**. v. 61, n. 2, p. 179-186. 2017. Disponível em: <https://goo.gl/HkeMMh>. Acesso em: 15 out 2018.

BIDDLE, L., et al. Suicide and the internet. **BMJ**. v. 336, p.800-802. 2008. Disponível em: <https://goo.gl/ndHi9q>. Acesso em: 15 out 2018.

BLASCO-FONTECILLA, H. et al. Worldwide impact of economic cycles on suicide trends over 3 decades: differences according to level of development. A mixed effect model study. **BMJ Open**, v. 2, p. 3, 2012. Disponível em: <https://goo.gl/YxqpRs>. Acesso em: 26 de abr 2018.

BORGES, V. R.; WERLANG B. S. G. Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. **Estudos de Psicologia**, v. 11, p. 345-351, 2006. Disponível em: <https://goo.gl/HNegBM> Acesso em: 26 de abr 2018.

BOTEGA, N. Comportamento suicida em números. In: **Debates – Psiquiatria hoje**. Ano 10, n.1, 2010.

_____. Suicídio e Tentativa de Suicídio. In: LAFER, B. et all. **Depressão no Ciclo da Vida**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

_____. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicologia USP**, v. 25, n. 3, p. 231–236, 2014. Disponível em: <https://goo.gl/sSme9m> Acesso em: 26 de abr 2018.

_____. Suicídio e Tentativa de Suicídio. In: LAFER, B. et al. **Depressão no Ciclo da Vida**. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.

BRANAS, C. C. et al. The impact of economic austerity and prosperity events on suicide in Greece: a 30-year interrupted time-series analysis. **BMJ Open**, v. 5, p. 1–10, 2015. Disponível em: <https://goo.gl/tLW85N>. Acesso em: 26 abr 2018.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2013). **Tábuas completas de mortalidade - 2006**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 26 abr 2018.

_____. Departamento de Informação do SUS (DATASUS). Informações de saúde. Óbitos por causas externas. Ministério da Saúde (BR). 2016. Disponível em: em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/ext10uf.def>. Acesso em: 26 abr 2018.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades – IBGE -2017**. Disponível em: <https://goo.gl/Htvk9t>. Acesso em: 26 abr 2018.

_____. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos da Saúde – CNES. Estabelecimentos da saúde. 2017**. Disponível em: <https://goo.gl/Zz1pgK> . Acesso em: 26 abr 2018.

_____.Lei nº 13.204 de 11 de dezembro de 2014. **Regiões de Saúde no Estado da Bahia**. 2014. Disponível em: <https://goo.gl/pgZcWA>. Acesso em 22 abr 2018.

_____.Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, 2012. **Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 13 jun. 2013. Seção 1 p. 59. Disponível em: <https://goo.gl/SQRpoS>. Acesso em: 17 jan 2018.

_____.Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS**. (2012, 20 de Agosto). Saúde Pública em Alerta: No Brasil, mortes por depressão crescem mais de 700% em 16 anos mostram dados do DATASUS. Disponível em: <https://goo.gl/X14f5s>. Acesso em: 17 jan 2018.

BROMBERG, M.H.P.F. et al. **Vida e Morte: Laços da Existência**. Casa do Psicólogo, 1996.

BROWN, G. K. et al. The internal struggle between the wish to die and the wish to live: a risk factor for suicide. **Am J Psychiatry**, v. 162, p. 1977–1979, 2005. Disponível em: <https://goo.gl/QJSCSe>. Acesso em: 09 mai 2018.

CAEIRO, V. S. R. **Morte Voluntária - Sui Caedes**. 2011. 107 f. Dissertação (Medicina Legal) - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar ICBAS - Universidade do Porto, Porto, Portugal, 2011. Disponível em: <https://goo.gl/MA2YWv>. Acesso em: 09 mai 2018.

CASSORLA, R. Suicídio e autodestruição humana. In: BOTEGA, N. J.; WERLANG, B. S. G. (Orgs.). **Comportamento Suicida**. Porto Alegre: Artmed; 2004, p. 21-33.

_____. **O que é suicídio**. São Paulo: Abril Cultural – Brasiliense, 1985.

CONTE, M. et al. Programa de Prevenção ao Suicídio: estudo de caso em um município do sul do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2017-2026, 2012. Disponível em: <https://goo.gl/5ZfsFu>. Acesso em: 09 mai 2018.

CORREA, H.; BARRERO, S. P. O suicídio ao longo dos tempos. In: CORREA, H.; S. P. BARRERO (Orgs.) **Suicídio uma morte evitável**. São Paulo: Atheneu; 2006. p. 3-10.

COSTA, I. A. N. C. **Adolescência: Ideação suicida, depressão, desesperança e memórias autobiográficas**. 2012. 149 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - ISPA - Instituto Universitário das Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida – Portugal, 2012. Disponível em: <https://goo.gl/ZCWh68>. Acesso em: 09 mai 2018.

COSTA, S. P. da. et al. Internações e gastos relacionados ao suicídio em um hospital público de ensino. **Rev Enferm Atenção Saúde**, v. 4, n. 2, p. 20-32, 2015. Disponível em: <https://goo.gl/Vgyk4s>. Acesso em: 09 mai 2018.

COUTINHO, M. P. L.; SALDANHA, A. A. W. Desenvolvimento sociohistórico da depressão e representações sociais. In: COUTINHO, M. P. L.; SALDANHA, A. A. W. (Orgs.), **Representações sociais e práticas de pesquisa** (pp. 11-37). João Pessoa: Ed. Universitária UFPB. 2005.

COUTINHO, A. H. S. de A. Suicídio e laço social. **Reverso**, Belo Horizonte, v. 32, n. 59, p. 61-69, jun. 2010. Disponível em: <https://goo.gl/Ag7tZK>. Acesso em: 15 out. 2018.

CROSBY, A. E.; CHELTENHAM, M.P, SACKS, J.J. Incidence of suicidal ideation and behavior in the United States. **Suicide Life Threat Behav**, v. 29, p. 131–140, 1999. **de Sociologie**, v. 14, n. 4, p. 471-521, 1973. Disponível em: <https://goo.gl/RqGyT2>. Acesso: 24 abr 2018.

DEGENNE, A.; VERGÈS, P. Introduction à l'analyse de similitude. **Revue Française de Sociologie**, v.14, n. 4, p. 471-521, 1973. Disponível em: <https://goo.gl/yGQnXr>. Acesso: 24 abr 2018.

DONNE, J; SULLIVAN E. W. **Biathanatos**. Newark, Dela-ware: University of Delaware Press, 1984.

DURKHEIM, E. **O suicídio: texto integral**. Coleção a obra-prima de cada autor, 1897.

_____. **O suicídio**. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

_____. **O suicídio: estudo de sociologia**. São Paulo: Editora Edipro. 2014 (Trabalho publicado originalmente em 1897).

FADIGAS, I. de S. **Difusão do conhecimento em educação matemática sob a perspectiva das redes sociais e complexas**. Tese de Doutorado. Programa de Doutorado Multiinstitucional e Multidisciplinar em Difusão do Conhecimento – DMMDC, com sede na Universidade Federal da Bahia – UFBA, Salvador. 2011.

FADIGAS, I. de S.; PEREIRA, H. B. de B. **A network approach based on cliques**. *Physica A: Statistical Mechanics and its Applications*. v.362, n. 10, 2013.

FENSTERSEIFER, L.; WERLANG, B. S. G. Suicídio na infância: será a perda da inocência? **Psicologia Argumento**, v. 21, n. 35, p. 39–46, 2003.

FERREIRA JUNIOR, A. O comportamento suicida no Brasil e no mundo. **Revista Brasileira de Psicologia**, v.2, n. 01, 2015. Disponível em: <https://goo.gl/iVeB9>. Acesso: 09 abr 2018.

FLAMENT, C. Aspects périphériques des représentations sociales. In: GUIMELLI, C. (Ed.). **Structures et transformations des représentations sociales**. Lausanne: Delachaux et Niestlé, 1994.

_____. **Estrutura e dinâmica das representações sociais**. In: Jodelet, D. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: UERJ; 2001. p. 173-186

FRAZER, J. G. **The Golden Bough**. Londres, edição resumida, 1960.

FREITAS, E. O suicídio em Portugal no século XX: elementos empíricos para uma pesquisa. **Finisterra, XVII**. v.34, p. 267-300. 1982.

FREMOUW, W. J.; PERCZEL, M.; ELLIS, T. E. Suicide Risk: assessment and response guidelines. USA, Pergamon Press, 1990. Disponível em: <https://goo.gl/wr46XD>. Acesso em: 09 abr 2018.

FRIEDRICH, S. **Tentativas de suicídio na infância**. Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina da Universidade. Universidade de São Paulo, 1989.

FREUCHEN, A.F.; KJELSBERG, E.E.; GRØHOLT, B.G. Suicide or accident? A psychological autopsy study of suicide in youth under the age of 16 compared to deaths labeled as accidents. **Child Adolesc Psychiatry Ment Health**; v. 6, n. 1, p. 1-12. 2012. Disponível em: <https://goo.gl/ra43qt>. Acesso: 24 abr 2018.

GOMES, R, et al. **Êxitos na prevenção da violência**. Brasília, São Paulo: Hucitec, 2010.

GUILLON, C.; LE BONNIEC, Y. **Suicídio: Modo de usar**. São Paulo: EMW Editores, 1984.

GUTIÉRREZ, A.; CONTRERAS, C.; OROZCO, R. El suicídio conceptos actuales. **Salud Mental**, v. 29, n. 5, p. 66-74, 2006. Disponível em: <https://goo.gl/DF8qvY>. Acesso: 24 abr 2018.

HETEM, L. A. Prevenção do suicídio. Comportamento suicida em números. In: **Debates – Psiquiatria hoje**, v. 10, n.1, 2010.

JOBES, D.A.; NELSON, K.N. Shneidman's contributions to the understanding of suicidal thinking. In: ELLIS, A. (Ed.). **Cognition and Suicide: Theory, Research and Practice**. Washington, D.C.: American Psychological Association. (2006).

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**, Rio de Janeiro: EdUER; 2001. p.17-44.

JODELET, D. Représentation sociale: phénomène, concept et théorie. In: MOSCOVICI S. (Ed.): **Psychologie sociale**. Paris: Presses Universitaires de France, 1990.

JOINER, T. E. et al. Scientizing and routinizing the assessment of suicidality in outpatient practice. **Professional Psychology: Research and practice**, v. 30, n. 5, p. 447-453, 1999. Disponível em: <https://goo.gl/zRQgwe>. Acesso: 14 abr 2018.

KESSLER, R. C. et al. Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States, 1990–1992 to 2001–2003. **JAMA.**, v. 293, p.2487–2495, 2005. Disponível em: <https://goo.gl/sB6cuW>. Acesso: 04 abr 2018.

KING, R. A. et al. Psychosocial and Risk Behavior Correlates of Youth Suicide Attempts and Suicidal Ideation. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 40, n.7, p.837, 2001. Disponível em: <https://goo.gl/SJvWr1>. Acesso: 24 abr 2018.

KOVACS, M; BECK, A. T. The wish to die and the wish to live in attempted suicides. **J Clin Psychol**, v. 33, p. 361–365, 1977. Disponível em: <https://goo.gl/RJpPwA>. Acesso: 18 jan 2018.

KRÜGER, L. L. WERLANG, B. S. G. A dinâmica familiar no contexto da crise suicida. **Psico-USF**, v. 15, n. 1, p. 59-70, 2010. Disponível em: <https://goo.gl/vUT17D>. Acesso: 18 jan 2018.

KUTCHER, S.; CHEHIL, S. **Manejo do risco de suicídio: um manual para profissionais de saúde**. Massachusetts, USA: Lundbeck Institut. 2007.

LAW, G.U.; ROSTILL-BROOKES, H.; GOODMAN, D. Public stigma in health and non-healthcare students: Attributions, emotions and willingness to help with adolescent self-harm. **Int J Nurs Studies.**; p. 46. p. 108–19.2009. Disponível em: <https://goo.gl/LKGySB>. Acesso: 18 jan 2018.

LE GOFF, J. **O nascimento do purgatório**. Tradução portuguesa. Lisboa: Estampa, 1993.

LEMASTER, P.L. et al. The prevalence of suicidal behaviors among Northern Plains American Indians. **Suicide Life Threat Behav**, v. 34, p. 242–254, 2004. Disponível em: <https://goo.gl/fvnkET>. Acesso em: 08 ago 2018.

LINDEN, M.; BARNOW, S. The Wish to Die in Very Old Persons Near the End of Life: A Psychiatric Problem? Results From the Berlin Aging Study. **Int Psychogeriatr**, v.9, p. 291–307, 1997. Disponível em: <https://goo.gl/E5MXkD>. Acesso em: 08 ago 2018.

LOPES, C.R. S. **AnCo-Redes_modelo para análise cognitiva com base em redes semânticas: uma aplicação a partir da abordagem estrutural das representações sociais.** 152 f. Tese. Programa de Doutorado Multi-institucional e Multidisciplinar em Difusão do Conhecimento (DMMDC). 2014. Disponível em: <https://goo.gl/s7F4ED>. Acesso em: 27 jul de 2018.

LOVISI, G. M. et al. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. **Rev Bras Psiquiatria.** v.31, Supplementum 2, p. S86-94, 2009. Disponível em: <https://goo.gl/pLEcQu>. Acesso em: 08 ago 2018.

LUKASCHEK, K. et al. No correlation between rates of suicidal ideation and completed suicides in Europe: Analysis of 49,008 participants (55+ years) based on the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). **European Psychiatry.** v. p. 874-879. 2015. Disponível em: <https://goo.gl/qkDTpR>. Acesso em: 15 out 2018.

MARIS, R. W; BERMAN, A. L.; SILVERMAN, M. M. **Comprehensive textbook of suicidology.** New York, USA: The Guildford Press. 2000

MARUSIC, A.; FARMER, A. Genetic risk factors as possible causes of variation in European suicide rates. **The British Journal of Psychiatry,** v. 179, p. 194-196, 2001. Disponível em: <https://goo.gl/HmyUvc>. Acesso em: 08 ago 2018.

MARX, K. **Sobre o suicídio.** São Paulo: Boitempo; 2006.

MCCANN, T et al. Accident and emergency nurses' attitudes towards patients who self-harm. **Accident Emergency Nurs.** v.14, p. 4–10, 2006. Disponível em: <https://goo.gl/xUEcnF>. Acesso em: 28 ago 2018.

MCGIRR, A. et al. An examination of DSM - IV depressive symptoms and risk for suicide completion in major depressive disorder: a psychological autopsy study. **J Affect Disord.,** v. 97, p. 203-209, 2007. Disponível em: <https://goo.gl/6CSYAu>. Acesso em: 28 ago 2018.

MEDEIROS, M. M. Concepções históricas sobre a morte e o morrer. **Outros Tempos,** v.5, n.6, p.152-172, 2008. Disponível em: <https://goo.gl/33V8Jj>. Acesso em: 28 ago 2018.

MELEIRO, A. M. A. S; TENG, C. T; WANG, Y. P. **Suicídio: estudos fundamentais.** São Paulo: Segmentofarma; 2004. 220p.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde.** 9ª edição revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec; 2006. 406 p.

MINOIS, G. **Histoire du Suicide.** Librairie Arthème Fayard, Paris, 1995.

MITCHELL, A. M. et al. Suicide assessment in Hospital Emergency Departments – Implications for patient satisfaction and compliance. **Topics in Emergency Medicine,** v. 27, n. 4, p. 302-312, 2005. Disponível em: <https://goo.gl/xTbDhj>. Acesso em: 08 ago. 2018.

MONTAIGNE, M. E. **Ensaio.** São Paulo: Abril Cultural, 1972.

MOSCOVICI, S. **La psychanalyse: son image et son public**. Paris: PUF, 1976 ou 1961.

_____. O fenômeno das representações sociais. In: MOSCOVICI, S. (Ed.). **Representações sociais: investigações em psicologia social** (pp. 29-109). Petrópolis: Vozes, 2003.

_____. **A Representação Social da Psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

NAVARRO, M. C. C.; MARTÍNEZ, M. C. P. Atitudes do profissional de enfermagem em relação ao comportamento suicida: influência da inteligência emocional. **Rev Lat Am Enfermagem**; Ribeirão Preto, v. 6, n.20, p.1161-1168, 2012. Disponível em: <https://goo.gl/n3TfzZ>. Acesso em: 19 ago 2018.

NÓBREGA, S. M. da. Sobre a Teoria das Representações Sociais. In: MOREIRA, A. **Representações sociais: teoria e prática**. João Pessoa: Universitária, 2001, p.55-87.

NOCK, M. K. et al. Suicide and suicidal behavior. **Epidemiologic Reviews**, v.30, p. 133-154. 2008. Disponível em: <https://goo.gl/eYKY16>: Acesso em: 19 ago 2018.

_____. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. **Br J Psychiatry**. v, 192, p. 98-105.2008. Disponível em: <https://goo.gl/srLh1p>. Acesso em: 15 out 2018.

O'CARROLL, P.W. et al. Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. **Suicide Life Threat Behav**, v. 26, p. 237-252, 1996. Disponível em: <https://goo.gl/liyXUq>. Acesso em: 19 ago 2018.

PALLARES, P. A.; BAHLS, S. O suicídio nas civilizações: uma retomada histórica. **Revista Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal**, v. 97, p. 84-85, 2003. Disponível em: <https://goo.gl/EkosGR>. Acesso em: 11 ago 2018.

PATTERSON, P.; WHITTINGTON, R; BOGG, J. Measuring nurse attitudes towards deliberate self-harm: the Self-Harm Antipathy Scale (SHAS). **J Psychiatr Ment Health Nurs**.v.14, n. 5, p. 438-45, 2007. Disponível em: <https://goo.gl/LhSNQK>. Acesso em: 11 ago. 2018.

PERAL, J.E.M. El suicidio a lo largo de la historia y las culturas. In: ANSEÁN, A.A. (org). **Suicidios. Manual de prevención, intervención y postvención de la conducta suicida**. Cap. 3, p. 35-60.

PINTO, L. L. T. et al . Tendência de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente no Brasil no período de 2004 a 2014. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro , v. 66, n. 4, p. 203-210. 2017. Disponível em: <https://goo.gl/fLaV2U>. Acesso em: 14 out 2018.

RAPELI, C. B.; BOTEAGA, N. J. Severe suicide attempts in young adult: Suicide intent is correlated to the medical lethality. São Paulo, **Medical Journal**, v.123, p. 43-46, 2005. Disponível em: <https://goo.gl/8VdoDK>. Acesso em: 10 mai 2018.

RAUE, P.J. et al. Suicidal ideation among elderly home care patients. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 22, p. 32-37, 2007. Disponível em: <https://goo.gl/sUrrWc>. Acesso em: 10 mai 2018.

REINHERZ, H. Z. et al. Adolescent suicidal ideation as predictive of psychopathology, suicidal behavior, and compromised functioning at age 30. **Am J Psychiatry**, v. 163, p.1226-1232, 2006. Disponível em: <https://goo.gl/cKWszs>. Acesso em: 10 mai 2018.

ROCHA, F. F. Onde estão sendo publicados os estudos sobre suicídio no Brasil? Carta aos Editores. **Rev Bras Psiquiatr**. v. 29, n.4, p. 380-5, 2007. Disponível em: <https://goo.gl/zeTFSU>. Acesso em: 10 mai 2018.

RUESCH, H. **No país das sombras longas**. Rio de Janeiro; Record,1974.

SÁ, C. P. Representações sociais: teoria e pesquisa do núcleo central. **Temas psicologia**, Ribeirão Preto, v.4, n.3, 1996. Disponível em: <https://goo.gl/eZNU4B>. Acesso em: 10 mai 2018.

_____. C. P. A Construção do objeto de pesquisa em Representações Sociais. **Revista de Ciências Humanas**, p.11-31, 2000. Disponível em: <https://goo.gl/aKQxFG>. Acesso em: 10 mai 2018.

SARAIVA, C.B.; PEIXOTO, B.; SAMPAIO, D. **Suicídio E Comportamentos Autolesivos**. 1. ed. Lidel, 2014.

SCHULBERG, H.C. Suicidal ideation and risk levels among primary care patients with uncomplicated depression. **The Annals of Family Medicine**, v. 3, p. 523-528, 2005. Disponível em: <https://goo.gl/5SvDMR>. Acesso em: 10 mai. 2018.

SERRA, J. O suicídio como uma das belas artes. Covilhã: **LusoSofia Press**. 2008.

SESAB. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Disponível em: <https://goo.gl/M2mmVr>. Acesso em: 01 dez. 2018.

SHNEIDMAN, E. S.; FARBEROW, N. L. Some comparisons between genuine and simulated suicide notes in terms of Mowrer's concepts of discomfort and relief. **Journal of General Psychology**, v. 56, p. 251-256, 1957. Disponível em: <https://goo.gl/RPgcW6>. Acesso em: 10 mai. 2018.

SHNEIDMAN, E.S. **Lives and Deaths: Selections from the Works**. Psychology Press. 1999. p. 541. Disponível em: <https://goo.gl/rs7Kxm>. Acesso em: 15 out. 2018.

_____. The psychological autopsy. **Suicide Life-Threat Behav**, v.11, p. 325-340, 1981.

SILVA, M. M. da. **Suicídio – trama da comunicação**.Dissertação de Mestrado, 1992, Psicologia Social, PUC-SP.

SILVERMAN, M. M. et al. Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 1: Background, rationale, and methodology. **Suicide Life Threat Behav**, v. 37, p. 248–263, 2007. Disponível em: <https://goo.gl/PzpzMV>. Acesso em: 10 mai 2018.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE SUICIDOLOGIA. 2013. Disponível em: <https://goo.gl/PvPKEK>. Acesso em: 10 mai. 2018.

SOOLE, R.; KOLVES, K.; DE LEO D. Suicide in Children: A Sys-tematic Review. **Arch Suicide Res.**; v.19, n.3, p. 285-304.2015.

STINSON, J. D.; GONSALVES, V. Suicide attempts and self-harm behaviors in psychiatric sex offenders. **Sex Abuse.** v. 26, n. 3, p. 252–270, 2013. Disponível em: <https://goo.gl/Fd1W83>. Acesso em: 10 mai 2018.

STOLZ, E.; FUX, B.; MAYERL, H.; Rásky É.; FREIDL, W. Passive Suicide Ideation Among Older Adults in Europe: A Multilevel Regression Analysis of Individual and Societal Determinants in 12 Countries (SHARE). **J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.** V.71, n.5, p. 947–958. 2016. Disponível em: <https://goo.gl/VJZ6Mv>. Acesso em: 15 out 2018.

TAVARES, M.; DINIZ, D.; CAMAROTTI, J. Suicídio: possível prevenir, impossível remediar. **Jornal Constituição e Democracia**, v. 13, 2007. Disponível em: <https://goo.gl/AudL78>. Acesso: 10 mai. 2018.

TAVARES. M.; MONTENEGRO, B.; PRIETO, D. Modelos de prevenção do suicídio: princípios e estratégias. In: GUNTHER, M.; BUCHER-MALUSCHKE, J. S.; HERMANN, K. (Org). **Direitos humanos e violência: desafios da ciência e da prática**. Fortaleza: UNIFOR, 2004.

TAYLOR, T. L. et al. Attitudes towards clinical services among people OMS self-harm: systematic review. **Br J Psychiatry**, p.194:104-10, 2009. Disponível em: <https://goo.gl/McZVjG>. Acesso: 10 mai 2018.

TORRES, W. da C. O conceito de morte na criança. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 31, n. 4, p. 9–34, 1979. Disponível em: <https://goo.gl/HcTwGb>. Acesso: 10 mai. 2018.

VENEU, M.G. **Ou Não Ser. Uma introdução da história do suicídio no ocidente**. Brasília: UnB; 1994.

VIDAL, C. E. L.; GONTIJO, E. C. D. M.; LIMA, L. A. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. **Cad. de Saúde Pública**, v. 29, n. 1, p. 175-187, 2013. Disponível em: <https://goo.gl/R6jVJy>. Acesso: 10 mai. 2018.

VILHJALMSSON, R.; KRISTJANSDOTTIR, G.; SVEINBJARNARDOTTIR, E. Factors associated with suicide ideation in adults. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v. 33, p. 97-103, 1998. Disponível em: <https://goo.gl/J1gMYZ>. Acesso: 10 mai. 2018.

WASELFSZ, J. J. **Mapa da violência 2014. Os jovens do Brasil**. Brasília, 2014. Disponível em: <https://goo.gl/F33mqt>. Acesso: 10 mai. 2018.

WASSERMAN, D. **Suicide: An Unnecessary Death**. Danuta Wasserman, 2001.

WASSERMAN, S.; FAUST, K. **Social network analysis: methods and applications**. Cambridge University Press, Cambridge, 1994. WERLANG, B. S.; BOTEGA, N. J. **Comportamento suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

WHITMER, D. A, WOODS, D. L. Cost Effectiveness of a Suicide Barrier on the Golden Gate Bridge. *Crisis*, v. 34, p. 98, p. 106, 2013. Disponível em: <https://goo.gl/1HU8jp>. Acesso: 10 mai 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Preventing suicide – a global imperative**. Organização Mundial da Saúde, 2014. Disponível em: <https://goo.gl/TV9N8o>. Acesso em: 19 ago 2018.

_____. **Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária**. Genebra: OMS, 2000. Disponível em: <https://goo.gl/2uwrey>. Acesso em: 18 ago. 2018.

_____. **OMS Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption**. 2007. Disponível em: <https://goo.gl/2TaSVi>. Acesso em: 19 ago 2018.

_____. **Preventing suicide: a global imperative**. Disponível em: <https://goo.gl/FbsNvM>. Acesso em: 18 ago 2018.

YIP, P. S. F. et al. A prevalence study of suicide ideation among older adults in Hong Kong SAR. *Int J Geriatr Psychiatry*, v. 18, n. 11, p. 1056-1062, 2003. Disponível em: <https://goo.gl/WQLUJ6>. Acesso: 10 mai 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – (TCLE), utilizado para autorização da entrevista no Hospital Geral Prado Valadares (HGPV), Jequié/BA - Brasil. 2017.

Prezado (a) senhor (a),

Sou Saulo S. Meira, doutorando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia em Jequié – BA e juntamente com a Dr.^a Alba B. A. Vilela estamos realizando uma pesquisa intitulada “**REDES DE ATENÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO**” e estamos convidando o (a) senhor (a) para participar. Trata-se de um estudo importante, pois surge como uma estratégia para compreender o comportamento suicida no contexto na unidade de emergência em hospitais públicos na Bahia, através da representação que os profissionais desse setor possuem acerca do suicídio. Esperamos que os resultados e as discussões dessa pesquisa contribuam para a qualidade de manejo do paciente com comportamento suicida, contribuindo ainda para a potência dos serviços oferecidos a esses pacientes.

Ao concordar em participar, precisará responder algumas perguntas simples. Conversar sobre violência autoprovocada e a morte proveniente desses comportamentos é socialmente desconfortante e pode provocar ansiedade ao falar sobre esse tema. Durante a aplicação desse instrumento existe o risco de alguma pergunta lhe causar incômodo e /ou constrangimento, ficando o (a) senhor (a) à vontade para deixar de responder a pergunta que lhe causar tal incômodo ou mesmo desistir de continuar a entrevista. Estamos trabalhando em parceria com uma equipe de psicólogos e psicanalistas localizados na *Clínica Integrare*, localizados na sua cidade e caso o senhor (a) necessite poderá procurá-los através do Tel.: 73-3525-9750.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer forma de pagamento, podendo desistir a qualquer momento sem qualquer prejuízo e/ou penalidades. Os registros da sua participação nesse estudo **serão mantidos em total sigilo**. Nossa entrevista possui uma média de 50 min. de duração e guardaremos os registros de cada pessoa, e somente o pesquisador responsável terá acesso a estas informações. Se qualquer relatório ou publicação resultar deste trabalho, a identificação do participante **NÃO SERÁ REVELADA**.

Caso necessite entrar em contato, fale com **Saulo Sacramento Meira** através dos seguintes meios: Tel.: **(73) 98844-1990**, através do e-mail: saulo_meira@hotmail.com, como poderá se dirigir a Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Av. José Moreira Sobrinho, S/N, Jequié, Bahia, no Programa de Enfermagem e Saúde. Ainda poderá entrar em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UESB** pelo telefone **(73) 3528 9727** e/ou e-mail: cepuesb.jq@gmail.com / cepjq@uesb.edu.br

Se o (a) senhor (a) aceitar participar livremente deste estudo, por favor assine comigo este termo de consentimento em (02) duas vias.

Assinatura do Participante _____

Assinatura da Pesquisadora: **Alba Benemérita Alves Vilela**

Jequié/BA, Data: ____/____/____

APENDICE B: Roteiro de entrevista da tese utilizado para autorização da entrevista no Hospital Geral Prado Valadares (HGPV), Jequié/BA - Brasil. 2018.

FORMULÁRIO

INSTITUIÇÃO HOSPITAL GERAL PRADO VALADARES (JEQUIÉ)		Nº DA ENTREVISTA _____	
PROFISSÃO			
1- MÉDICO (A)	3- FISIOTERAPEUTA	5-ASSIST. SOCIAL	7-OUTROS
2- ENFERMEIRO (A)	4-TÉCNICO DE ENFERMAGEM	6-PSICÓLOGO (A)	
SEXO 1-M 2-F			
ADEPTO ÀS PRÁTICAS RELIGIOSAS? QUAL?		TEMPO DE ATUAÇÃO NO SETOR (em meses):	
1- Quando falo em SUICÍDIO , o que lhe vem à mente? (Fale 5 palavras)			
1. _____ 2. _____ 3. _____			
4. _____ 5. _____			
2 - Quando falo em INTEGRALIDADE À SAÚDE , o que lhe vem à mente?			
1. _____ 2. _____ 3. _____			
4. _____ 5. _____			
5- Para você, quem é o paciente suicida?			
6- Para você, o que é o suicídio?			
7-Como percebe as práticas religiosas e o suicídio?			
8- Descreva histórias de pacientes de suicídio			
9- Se você fosse comparar outros quadros clínicos, como esquizofrenia, AVE e IAM, com o do suicídio, o que você poderia falar para mim? (Quando comparados a outros quadros clínicos, O SUICIDA necessita de cuidados diferenciados? Justifique)			
10- Quais os desafios para o atendimento ao suicida?			
11- Existem diretrizes/normatizações para o cuidado nos casos de suicídio?			
13-O serviço oferecido por esse hospital tem sido suficientes para integralidade do cuidado para esses casos? Justifique sua resposta.			
14- O que o (a) senhor (a) entende de prevenção para readmissões por tentativa de suicídio na unidade hospitalar?			

ANEXO

ANEXO A: Parecer Consubstanciado aprovado Pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB, Jequié/BA - Brasil.2017.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: REDES DE ATENÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA PREVENÇÃO DO SUICÍDIO EM IDOSOS

Pesquisador: SAULO SACRAMENTO MEIRA

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 59945416.1.0000.0055

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.620.152

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma notificação com o seguinte:

"A fim de atender sugestões da banca de qualificação do projeto de pesquisa, solicitamos retificações referentes a EXCLUSÃO das nomenclaturas "idoso(s)"; idosa(s)" "pessoas idosas" "acima de 60 anos" ao longo do parecer emitido. Essa emenda não afeta o desenho metodológico proposto e permite ampliar para outros grupos etários; Quanto a solicitação de inclusão de objetivo específico, afirmamos que não haverá mudanças de abordagem metodológico metodológica e aperfeiçoará os resultados esperados".

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar as redes de prevenção ao suicídio de idosos nos diferentes níveis de atenção à saúde no Estado da Bahia

Objetivo Secundário:

- Identificar através das Autópsias Psicológicas de amigos e familiares, as circunstâncias e nuances do autoaniquilamento de idosos suicidas no Estado da Bahia;
- Avaliar a implantação de serviços de proteção ao suicídio de idosos pelos trabalhadores e gestores da Atenção Primária a Saúde.

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n

Bairro: Jequiezinho

CEP: 45.208-510

UF: BA

Município: JEQUIÉ

Telefone: (73)3528-9727

Fax: (73)3525-6883

E-mail: cepuesb.jq@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



Continuação do Parecer: 2.620.152

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Conversar sobre suicídio é muito difícil e pode provocar ansiedade ou desconforto ao se falar dele. Durante a aplicação desse instrumento existe o risco de alguma pergunta causar desconforto ou incômodo.

Benefícios:

COMPREENDER O CONTEXTO, OS MECANISMOS PREDITORES E A PARTIR DESSE PANORAMA, SUBSIDIAR ESTRATÉGIAS DE SUICÍDIO DE IDOSOS, CAPAZES DE AGIR DE MODO EFICAZ NO RASTREIO, E INTERVENÇÃO E PREVENÇÃO DO SUICÍDIO.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto já aprovado pelo CEP/UESB, trata-se de um projeto de pesquisa de um doutorando e que após a análise da banca de qualificação foram sugeridas algumas modificações e acréscimo de um objetivo específico mas que não modifica as questões metodológicas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos apresentados.

Recomendações:

Nada a declarar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Encaminhado para aprovação a notificação solicitada.

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado ad referendum o parecer do relator, em 25/04/2018.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1041246_É1.pdf	10/04/2018 23:45:49		Aceito
Declaração de Pesquisadores	alteracao.pdf	10/04/2018 23:34:35	SAULO SACRAMENTO MEIRA	Aceito
Outros	solicitacao.pdf	10/04/2018 23:32:23	SAULO SACRAMENTO MEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e	HOSPITAL_ILHEUS.pdf	10/04/2017 14:31:09	SAULO SACRAMENTO	Aceito

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n

Bairro: Jequiezinho

CEP: 45.206-510

UF: BA

Município: JEQUIE

Telefone: (73)3528-9727

Fax: (73)3525-6883

E-mail: cepuesb.jq@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



Continuação do Parecer: 2.620.152

Infraestrutura	HOSPITAL_ILHEUS.pdf	10/04/2017 14:31:09	MEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	HOSPITAL_ILHEUS.jpg	10/04/2017 14:27:57	SAULO SACRAMENTO MEIRA	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	ERRATA.pdf	10/04/2017 14:27:04	SAULO SACRAMENTO MEIRA	Aceito
Outros	PROJETOCEP_RETIFICADO.docx	10/04/2017 14:20:45	SAULO SACRAMENTO MEIRA	Aceito
Outros	Declaracoes.pdf	12/09/2016 15:13:57	SAULO SACRAMENTO MEIRA	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	12/09/2016 15:12:07	SAULO SACRAMENTO MEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCEPSuicidio.docx	12/09/2016 12:40:04	SAULO SACRAMENTO MEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	12/09/2016 12:39:41	SAULO SACRAMENTO MEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JEQUIE, 25 de Abril de 2018

Assinado por:
Ana Angélica Leal Barbosa
(Coordenador)

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n
Bairro: Jequiezinho CEP: 45.206-510
UF: BA Município: JEQUIE
Telefone: (73)3528-9727 Fax: (73)3525-8683 E-mail: cepuesb.jq@gmail.com