

# Representações Sociais do Suicídio pela Comunidade de Dormentes - PE

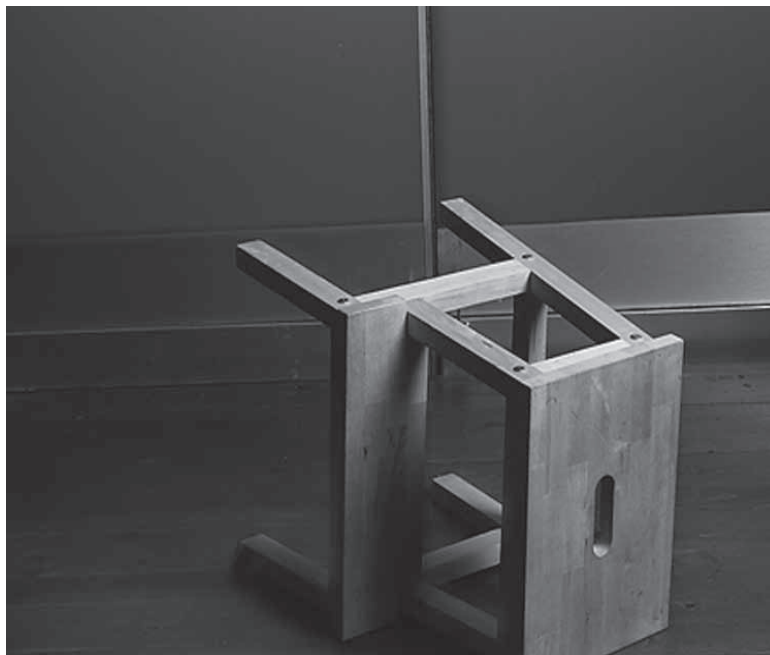
Social Representations of Suicide by the  
Community of Dormentes - PE

Representaciones Sociales del Suicidio  
por la Comunidad de Dormentes - PE

**Sílvia Raquel  
Santos de Morais &  
Geida Maria  
Cavalcanti de Sousa**

Fundação Universidade  
Federal do Vale do São  
Francisco

Artigo



**Resumo:** O fenômeno do suicídio representa um dos comportamentos humanos mais enigmáticos e perturbadores. Este estudo objetivou construir um mapeamento, por meio das representações sociais, dos fatores de risco quanto a esse fenômeno no Município de Dormentes - PE, em 2009. O interesse por essa investigação foi despertado pelo alto índice de suicídio na região. O estudo teve por base uma pesquisa de campo que envolveu a comunidade local, tais como familiares de suicidas, idosos, líderes comunitários, gestores e professores, totalizando 12 pessoas que responderam aos questionários e às entrevistas. Foi feito um levantamento sobre os casos de suicídio em Dormentes relativo ao período de 2006-2008 junto à polícia civil, ao cartório e à Secretaria de Saúde. Os resultados mostraram a ocorrência de 13 casos, predominando o enforcamento. As causas apontadas para o suicídio foram problemas pessoais e financeiros, falta de emprego, depressão, ansiedade, ciúme doentio, excesso de atividades, consanguinidade, falta de vitaminas e de uma alimentação adequada, excesso de *remédios*, profunda tristeza e vontade de acabar com o sofrimento, questões psicológicas e pensamentos repetitivos. Tal trabalho suscita inúmeras reflexões e constitui, também, um registro que poderá fazer parte do planejamento das políticas públicas do Município, especificamente no que se refere à saúde pública.

**Palavras-chave:** Suicídio. Representação social. Intervenção na crise. Saúde mental comunitária.

**Abstract:** The phenomenon of suicide represents one of the most puzzling and disturbing human behaviors. This study aimed to build a mapping by means of social representations of the risk factors on the phenomenon of suicide in the city of Dormentes - PE, in 2009. The interest in this research was due to the high rate of suicide in the region. The field research involved the local community, such as their families, the elderly, community leaders, managers and teachers, an amount of 12 people who answered questionnaires and interviews. A survey was done on the cases of suicide in Dormentes for the period 2006-2008, together with the civil police, the notary's office and the Secretary of Health. The results showed the occurrence of 13 cases of suicide, especially by hanging. The causes of suicide were identified as personal and financial problems, unemployment, depression, anxiety, morbid jealousy, excessive activity, inbreeding, lack of vitamins and of proper feeding, too much "medicine", sadness and desire to stop the pain, psychological issues and repetitive thoughts. This work raises many reflections and is also a record that could be part of the public policy planning in that town, specifically in relation to public health.

**Keywords:** Suicide. Social representation. Crisis intervention. Community mental health.

**Resumen:** El fenómeno del suicidio representa uno de los comportamientos humanos más enigmáticos y perturbadores. Este estudio objetivó construir un mapeado, por medio de las representaciones sociales, de los factores de riesgo en lo referente a ese fenómeno en el Municipio de Dormentes -PE, en 2009. El interés por esa investigación fue despertado por el alto índice de suicidio en la región. El estudio tuvo por base una pesquisa de campo que involucró a la comunidad local, tales como familiares de suicidas, personas de edad, líderes comunitarios, gestores y profesores, totalizando 12 personas que respondieron a los cuestionarios y a las entrevistas. Fue efectuado un levantamiento sobre los casos de suicidio en Dormentes relativo al período de 2006-2008 junto a la policía civil, a la notaría y a la Secretaría de Salud. Los resultados mostraron el acontecimiento de 13 casos, predominando el ahorcamiento. Las causas apuntadas para el suicidio fueron problemas personales y financieros, falta de empleo, depresión, ansiedad, celos enfermizos, exceso de actividades, consanguinidad, falta de vitaminas y de una alimentación adecuada, exceso de medicamentos, profunda tristeza y ganas de acabar con el sufrimiento, cuestiones psicológicas y pensamientos repetitivos. Tal trabajo suscita innumerables reflexiones y constituye, también, un registro que podrá formar parte de la planificación de las políticas públicas del Municipio, específicamente en lo que se refiere a la salud pública.

**Palabras clave:** Suicidio. Representación social. Intervención en la crisis. Salud mental comunitaria.

O sentido da vida é a mais premente das perguntas. Sendo assim, falar de suicídio nos remete, inexoravelmente, a uma questão filosófica. Portanto, buscar responder a essa pergunta é algo fundamental para a Filosofia e tem sido um desafio para diversas áreas de conhecimento. Observa-se que o fenômeno do suicídio é complexo e, ainda, cercado por tabus e mitos; constitui um acontecimento

de natureza delicada e polêmica para a sociedade.

O suicídio representa um dos comportamentos humanos mais enigmáticos e perturbadores, pois parece irremediavelmente destrutivo e traz consigo um conjunto de sentimentos, como culpa e vergonha, perplexidade, medo e revolta, dentre outros. Percebe-se

que a autodestrutividade é característica presente tanto nas tentativas como no suicídio consumado.

Com base nos múltiplos fatores envolvidos em tal ação (sociais, psicológicos, orgânicos) e em sua complexa relação com a Psicologia, entende-se que é relevante investigar esse fenômeno no contexto da cidade de Dormentes, PE, a partir das representações sociais de alguns atores envolvidos, com a finalidade de compreender os significados que perpassam os grandes índices de suicídio.

Para a realização da presente pesquisa, parte-se do recorte do Município de Dormentes, localizado a 885 km de Recife, PE e situado na Região Nordeste do Brasil. Esse Município possui 15.595 habitantes e perfaz uma área total de 1.392 km<sup>2</sup>. Ressalta-se que 75% dessa população reside na zona rural. No ano 2001, havia 6.016 pessoas ali residentes com 10 anos ou mais de idade, sem rendimentos no Município (IBGE, 2007), sendo as principais atividades econômicas locais a agricultura e a pecuária (Coelho, 2006). Essa cidade apresenta altos índices de suicídio, 25,65% em 2008, superando a média nacional (Brasil: 4,1 por 100 mil/habitantes), regional (Nordeste: 3,27 por 100mil/habitantes) e estadual (Pernambuco: 3,52 por 100 mil/habitantes) de suicídios registrados (Brasil, 2006).

Coelho (2006) fez uma pesquisa acerca do transtorno depressivo em Dormentes, cujos resultados apontam a existência de um alto índice de depressão acompanhada por uma elevada média de suicídios. Tal estudo se refere ao período 2000-2005, e foi realizado por meio de questionário para gestores da administração direta desse Município e para quatro vereadores, com foco nas causas da depressão e sugestões para solucionar tal problema, além de entrevistas com familiares de suicidas (17 pesquisados).

Os dados sobre suicídio em Dormentes no período 2000-2005 apontam 15 casos. Desses, 73,3% das vítimas eram agricultores; 60%, analfabetos; 58,3%, casados; 80% dos casos pertenciam à população rural (uma vez que 75% da população desse local vive no interior), e a faixa etária se concentrava entre 30 e 50 anos. Os fatores apontados foram: sintomas somáticos (físicos), predisposição biológica para a depressão, prática comum de casamento entre parentes e outros. Os meios utilizados foram enforcamento (53,3%), envenenamento (33,3%), armas de fogo (6,7%) e afogamento (6,7%) (Coelho, 2005).

Os resultados revelaram que muitos casos de doenças depressivas graves não foram diagnosticados em tempo, e que os índices de suicídio local são até 5 vezes superiores à média nacional, considerando a população de 15.314 pessoas (2005). Afirma-se que os acometidos por depressão seriam os únicos responsáveis pelo problema, podendo ser esse o motivo da omissão de cuidados pelo Município. O estudo, assim, mostra a falta de iniciativas do poder público diante de um problema que coloca em risco as gerações vindouras, e revela um sistema de atendimento precário em relação à demanda, e considera, também, que os profissionais do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) não dão conta desse atendimento. Os gestores da administração direta “avaliam que a falta de perspectivas, a seca e a falta de evangelização são causas determinantes do acentuado nível de depressão no Município, e que o Município, por si só, não pode resolver” (Coelho, 2005, p. 54)

Diante desse cenário e da escassez de pesquisas na região é que se pretendeu conduzir o referido trabalho, lançando um olhar mais atento aos dados de uma realidade recorrente e significativa, sobretudo se for considerado que, entre os anos 2000 a 2005, o Município supracitado registrou 15 casos de suicídio, obtendo a média de 16,9 casos

de suicídios consumados para cada 100 mil habitantes, média bem superior àquela apresentada no País, que é de apenas 4 por 100 mil habitantes (Coelho, 2006).

Além disso, a inexistência de pesquisas sobre o tema na região, com exceção do estudo preliminar de Coelho (2006), remete-nos à possibilidade de trabalhar a questão do suicídio sob uma nova perspectiva, destacando: 1) as questões de gênero, uma vez que os resultados do estudo supracitado apontaram uma aproximação entre o número de suicídios consumados entre homens e mulheres; 2) os atravessamentos culturais, que colaboram para a formação das representações que uma dada coletividade constrói sobre seus modos de existência; 3) os sentidos produzidos acerca de um fenômeno recorrente em uma dada realidade (até então inexplorada sob esses aspectos).

Este estudo objetivou construir um mapeamento, por meio das representações sociais, dos fatores de risco quanto ao fenômeno do suicídio no Município de Dormentes, no período de 2006 a 2008, além de realizar um levantamento de casos nesse período.

## Revisão da literatura

Baptista e Borges (2005) realizaram um estudo epidemiológico-documental com o intuito de analisar algumas características demográficas e sociais referentes aos suicidas bem como caracterizar os principais métodos, por meio de laudos do IML de Limeira, SP, entre os anos 1998 e 2002. Os dados indicaram que o suicídio predominou no sexo masculino, atingiu a faixa etária entre 21 e 40 anos em ambos os sexos, que os métodos mais empregados foram enforcamento, arma de fogo e intoxicação para os homens e enforcamento, intoxicação e queimadura para as mulheres, que 4,88/100 mil habitantes, nas oito cidades pesquisadas,

é a taxa da média geral e que o suicídio variou entre a quarta e a sexta causa mais frequente de morte nas referidas cidades, constituindo 6,21% do total de mortes. O estudo sugere que sejam feitas novas pesquisas para se elaborar um mapeamento dos fatores de risco e das situações que antecederam tal ação, a fim de compreender esse fato por intermédio de familiares e amigos de pessoas que se vitimaram.

Outro estudo caracteriza o suicídio no Município de Teresina, PI, no período de 2000-2005, quanto aos aspectos sociodemográficos, aos meios utilizados e ao período de ocorrência. Os dados evidenciaram um alto índice de suicídio entre os homens, sendo a maior incidência na população jovem, com predomínio entre os solteiros. O meio mais utilizado foi o enforcamento, seguido de arma de fogo. O estudo aborda os fatores de risco modificáveis (depressão) e não modificáveis (a história pregressa do indivíduo, a história familiar e os aspectos como sexo e idade, além do desemprego e das dificuldades financeiras). Os fatores de risco se dividem em distais (que são a base sobre a qual se estrutura o pensamento suicida e que contribuem para aumentar a vulnerabilidade dos fatores de risco proximais) e proximais (desencadeantes, como a presença da arma de fogo). A média em Teresina é de 4,5 por 100 mil/hab. Os autores sugerem que sejam feitos novos estudos na perspectiva epidemiológica e sociológica (Parente, Soares, Araújo, Cavalcante, & Monteiro, 2007).

Há um clássico nessa literatura, *O Suicídio*, publicado em 1897/2000, escrito pelo sociólogo francês Émile Durkheim, que merece ser comentado. O autor estudou o suicídio como um fenômeno social e definiu quatro tipos de acordo com a *perspectiva sociológica*: egoísta, altruísta, anômico e fatalista. O primeiro resulta da baixa integração entre o indivíduo e a sociedade, tendo o seu término

de vida pouco impacto para a sociedade. O segundo, o *altruísta*, corresponde ao indivíduo fortemente dependente da comunidade, sem vida própria. O *anômico* está ligado ao desregramento entre o indivíduo e as normas da sociedade, que o impede de achar uma solução específica para os seus problemas, havendo um acúmulo de fracassos e decepções favoráveis ao suicídio. Finalmente, o autor cita o tipo *fatalista*, que decorre do exagero de normas e controle, ficando o indivíduo oprimido, incapaz de reagir aos obstáculos.

Os dados desse estudo apontaram grandes índices de tal ato entre os solteiros, viúvos e divorciados e entre pessoas que não tinham filhos, e entre protestantes, comparados aos católicos. Durkheim (2000) usou de estudos estatísticos para explicar os fatores sociais, as intensas ligações entre o indivíduo e a coletividade. Ele atribuiu, na época, tais fatores à interpretação da morte, uma vez que o suicídio é visto como um pecado mortal e o suicida, como um pecador (católicos). Nessa época, os grupos católicos tinham tendência a mais coesão que os protestantes. O autor concluiu que o nível de articulação entre a sociedade religiosa, familiar e política influenciava a variação sobre o suicídio como fenômeno social. As críticas relativas a tal conclusão repousam no fato de que somente os fatores sociais não explicam, cientificamente, tal fenômeno.

Uma investigação feita no Município de Santa Maria de Jetibá, interior de Espírito Santo, por Macente, Santos e Zandonate (2009) no período de 2001 a 2007, objetivou descrever o perfil das tentativas de suicídio e da mortalidade por suicídio através de um estudo descritivo, observacional e de abordagem quantitativa. Trata-se de uma população majoritariamente rural, e os resultados apontaram um coeficiente médio de mortalidade por suicídio de 12,9/100.000; as tentativas de suicídio foram mais comuns

entre as mulheres, apesar de os homens terem sido mais eficientes, cometendo mais suicídio; o enforcamento foi o meio mais utilizado, seguido de envenenamento.

Um outro estudo, epidemiológico descritivo feito em Itabira, MG, investigou a morbimortalidade dessa população, com dados que indicam o aumento de suicídio entre os homens com idade entre 25 e 39 anos e entre 40 e 59 anos, casados, sendo o enforcamento e a arma de fogo os principais meios. Os problemas de fortes impactos foram: desencanto com as perspectivas de vida e com os projetos futuros e os abusos pessoais e familiares causados pelo álcool, além das doenças mentais. Ocorreram tentativas crescentes de suicídio para as donas de casa, domésticas e estudantes, nesse caso, com a utilização de substâncias não medicinais, drogas e medicamentos (Souza, Minayo, & Cavalcante, 2006).

## Suicídio e seus fatores de risco e de proteção

Para compreender o suicídio, é preciso lançar um olhar atento às singularidades de cada situação, uma vez que a complexidade do fenômeno aponta fatores internos e externos ao suicida. O ato extremo representa uma ruptura radical para se livrar de uma dor psíquica insuportável, decorrente da vivência de situações traumáticas (Macedo & Werlang, 2007). A dor psíquica, por sua vez, corresponde a um sentimento de desagregação de si mesmo, que aproxima o indivíduo da vivência de morte. Nesse sentido, o suicídio é uma resposta autodestrutiva à intensa dor psíquica, isto é, uma saída para pôr fim aos conflitos e à angústia que ameaçam a integridade do eu. Em nome da não dor, a pessoa renuncia à própria vida por meio de um ato-dor (Macedo & Werlang, 2007).

Segundo a ótica psicanalítica de Fischbein

(1999, p. 265, citado em Macedo & Werlang, 2007), esse fato ocorre devido à impossibilidade de *conter* o traumático, de *processar* o circuito da dor psíquica e de dar sentido à violência das experiências via representação simbólica. Portanto, tendo em vista uma leitura mais psicológica e à luz do entendimento da psicanálise freudiana, o ato representa uma identificação com a morte como solução de conflitos, uma vez que as situações intoleráveis e de extremo valor afetivo são vividas com difícil *trâmite* psíquico e deixam danos que traduzem seu poder destrutivo.

Para além de uma compreensão psicanalítica, é preciso considerar a conjuntura de aspectos que envolvem o suicídio, tais como aqueles relacionados à dimensão sociohistórico-cultural.

As ideias suicidas, geralmente, estão associadas aos riscos de tentativas. Silva, Oliveira, Botega, Marin-Leon, Barros e Dalgalarondo (2006) afirmam que 60% das pessoas que se matam possuem uma ideação suicida prévia, correspondendo, assim, ao principal fator de risco, finalizar tal ação. Com isso, fica clara a relação entre pensamento e ato no que tange a esses comportamentos, embora essa relação não seja defendida com unanimidade pela literatura especializada.

Aspectos como insatisfação constante, humor depressivo, morbidade psiquiátrica, uso de psicotrópicos, de drogas e de álcool contribuem para o delineamento do perfil de sujeitos com ideação suicida. A identificação desses fatores é de suma importância para o desenvolvimento de trabalhos preventivos no campo da saúde, contribuindo, assim, para o diagnóstico e a ação em tempo hábil.

Diante disso, esta pesquisa visa a identificar os fatores de risco associados ao alto índice de suicídios em Dormentes incluindo questões e aspectos tais como: variáveis

sociodemográficas (renda média, tipo de ocupação, especificidades da população, gênero, estado civil, idade), ideação suicida prévia (pensamentos, preocupações intensas, relatos espontâneos), rede social (nível de solidariedade dos grupos e da vizinhança, apoio familiar, relações socioafetivas), dificuldades emocionais (sintomas psiquiátricos, atitudes pessimistas, transtornos afetivos e de humor, dificuldades no desempenho de tarefas cotidianas, sofrimento psíquico), características de personalidade (autoimagem), episódios traumáticos (violência, perdas, mortes), fatores culturais (ideologia dominante, costumes e hábitos locais) e práticas religiosas (filiação e frequência) e outros.

Diante da literatura consultada até o momento, é possível inferir alguns fatores de proteção ao suicídio, tais como: filiação religiosa, relação amorosa estável, maior idade, humor não depressivo e história de vida não traumática.

Sendo assim, compreende-se que o espaço de escuta e acolhimento à alteridade é algo relevante. Por meio das entrevistas desta pesquisa, espera-se que seja possível construir um espaço útil para a *digestão* de vivências traumáticas, que geram o ato suicida. A conversação possibilita às pessoas olhar mais para si mesmas e, assim, enfrentar e nomear a dor em uma dimensão que transcenda a complexidade e a amplitude de motivos que levam uma pessoa a se matar.

## Representações sociais

As representações sociais tiveram como precursor Serge Moscovici (1978), que, na década de 1960, fez renascer o seu conceito a partir das representações coletivas de Durkheim (Sá, 2002). Nesse caso, porém, ele focalizou a interação entre o individual e o social, ou seja, não se voltou completamente para o aspecto social, conforme Durkheim (Sá, 2002).

As ideias suicidas, geralmente, estão associadas aos riscos de tentativas. Silva, Oliveira, Botega, Marin-Leon, Barros e Dalgalarondo (2006) afirmam que 60% das pessoas que se matam possuem uma ideação suicida prévia, correspondendo, assim, ao principal fator de risco, finalizar tal ação.

Nas últimas décadas, a teoria das representações sociais surge como forma inovadora de interpretar o comportamento individual e social. Moscovici (2003) declara que elas são constituídas por interferências mútuas e por acordos subentendidos no rumo dos diálogos; as pessoas se guiam por padrões simbólicos, imagens e valores, e o conhecimento armazenado pelos indivíduos reflete explicações, explicações, normas e procedimentos possíveis de aplicação na vida diária (Barcelos, Azevedo Jr., De Musis, & Bastos, 2005).

Jodelet (2002, p. 22) define as representações sociais como “uma forma de conhecimento socialmente elaborado e compartilhado, com um objetivo prático que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”. A representação social pode ser considerada como um tipo de saber prático, que une um sujeito a um objeto (Sá, 2002), porém ela não só é uma produção individual, mas também social, de acordo com a sua participação social e cultural. O homem é um ser social que participa diariamente de um intercâmbio de ideias e de apreciações sobre assuntos específicos que aguçam seu interesse e sua curiosidade na relação com os semelhantes. Nesse movimento interacional, cada um apresenta concepções oriundas de uma lógica própria, elaborada pela união de saberes e ajuizamentos valorativos das mais diversas fontes e vivências pessoais e/ou grupais (Barcelos, Azevedo, De Musis, & Bastos, 2005).

São os processos formadores das representações sociais o sentir e o perceber, ou, como diz Moscovici (1978), a objetivação e a ancoragem. Esse autor considera a ancoragem a integração cognitiva do objeto representado por pessoas, ideias, acontecimentos, relações, etc. Ancorar é classificar e denominar. Para Jovchelovitch (1995), a objetivação e a ancoragem são formas específicas pelas quais

as representações sociais estabelecem suas mediações na vida social. Emerge, com isso, a oportunidade de trazer ao conhecimento o desconhecido em uma realidade conhecida e institucionalizada.

A objetivação “consiste em uma operação imaginante e estruturante pela qual se dá uma *forma* (ou figura) específica do conhecimento acerca do objeto, tornando concreto, quase tangível, o conceito abstrato, como que materializando a palavra” (Sá, 2002, p. 47). “Objetivar é descobrir a qualidade icônica de uma ideia ou ser impreciso, reproduzir um conceito em uma imagem” (Sá, 2002, p. 40). As articulações existentes entre a vida social e a individual são observadas por meio da objetivação e da ancoragem, representadas por construções simbólicas produzidas pela aptidão inventiva do psiquismo humano e das demarcações impostas pela vida social (Jovchelovitch, 1995). Nas sociedades contemporâneas, para Moscovici (1978), há duas classes de universo de pensamento: os reificados e os consensuais. Ambos atuam simultaneamente para moldar a nossa realidade. Nos primeiros, muito restritos, são construídas e elaboradas as ciências e o pensamento erudito em geral. As atividades intelectivas de interação social cotidiana se referem aos outros, nos quais a elaboração de significado simbólico se dá, ao mesmo tempo, por um ato de conhecimento e por um ato afetivo, tendo a realidade social como suporte (Sá, 2002).

As representações sociais (RS), para Trindade (1996), têm ampliado seu espaço como instrumento para a compreensão da complexidade e de suas discrepâncias e dicotomias em um fenômeno social, considerando a ação do cotidiano em sua construção. Ressalta que “as pesquisas têm apontado que o conhecimento pré-existente, o sistema de crenças e valores dos indivíduos, as práticas socioculturais, se sobrepõem às características objetivas da informação” (p. 56).

Assim, RS são fundamentais para entender o contexto complexo em que se manifesta o ato suicida presente na região de Dormentes há mais de 30 anos, conforme relatos dos moradores mais antigos.

## Procedimentos metodológicos

A pesquisa foi realizada em Dormentes, em 2009, e envolveu a comunidade local: familiares de suicidas, idosos, líderes comunitários, gestores e professores, totalizando 12 pessoas. A intenção era entrevistar familiares de suicidas e idosos, porém a maioria dos familiares se recusou a falar sobre tal fato, não disponibilizando as cartas deixadas pelas vítimas. A seleção foi feita por meio da chamada amostra *bola de neve*, em que os entrevistados indicavam outro participante.

As pessoas pesquisadas foram convidadas a colaborar com este estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e tiveram a liberdade de participar ou não da pesquisa e de ter garantido o seu anonimato. Assim, os depoimentos não apresentam profissões, idade, nem escolaridade, porque, como se trata de uma cidade pequena, quaisquer informações poderiam conduzir à identificação dos participantes pelos moradores.

Este estudo foi elaborado em uma perspectiva qualitativa, e focaliza as representações sociais por meio de instrumentos que contemplam a análise de conteúdo. As representações sociais constituem um conjunto de instrumentos metodológicos que se aplicam a *discursos* extremamente diversificados. Além disso, é uma hermenêutica controlada, baseada na dedução: a inferência. Como esforço de interpretação, a análise de conteúdo oscila entre os dois pólos: o do rigor da objetividade e o da fecundidade da subjetividade. O investigador tem atração

pelo escondido, pelo latente, pelo não aparente, pelo potencial de inédito (do não dito) retido por qualquer mensagem (Bardin, 1977).

Foi realizado um levantamento sobre os casos de suicídio referente ao período 2006-2008, junto à delegacia local, ao cartório e à Secretaria Municipal de Saúde. Esse constituiu um mapeamento geral do contexto pesquisado, no qual se levantaram dados sobre: sexo, faixa etária, estado civil, nível de escolaridade, fonte de renda, método usado no suicídio e período em que ocorreu, dentre outros que se fizeram necessários. Também foram realizadas entrevistas com os gestores, considerando as especificidades do Município e a inserção social desses sujeitos em meio às políticas públicas.

As entrevistas foram gravadas com a permissão dos pesquisados, seguindo-se as transcrições, a leitura flutuante e a apreensão dos aspectos gerais. A escrita das transcrições tentou se aproximar da fala, não considerando a forma padrão da língua. Não houve intenções de atacar ou criticar os atores, uma vez que os depoimentos foram registrados sem cortes ou censura.

Ressalta-se que, na coleta de dados, alguns estudantes do Programa de Graduação em Pedagogia do referido Município contribuíram com a aplicação de questionários, e também uma professora desse curso ajudou na realização de entrevistas, isso pelo fato de serem naturais de Dormentes, o que facilitou o acesso e tornou mais espontâneo esse momento de fala perpassado pelo tema em questão.

Para o mapeamento da pesquisa, foi utilizado o método de *análise do conteúdo*, que permite inferências pela identificação sistemática e objetiva de características específicas da mensagem, com a elaboração de listas de categorias temáticas, o que caracteriza a pesquisa como predominantemente qualitativa.



As etapas desse método seguiram as orientações de Laville e Dionne (1999, p. 216): o *recorte dos conteúdos* (unidades de análise), a *definição das categorias analíticas* (classificação dos dados) e a *categorização final das unidades de análise* (análise final).

## Resultados e discussão

Em 2009, realizou-se um levantamento sobre os casos de suicídio em Dormentes junto à polícia civil, ao cartório e à Secretaria de Saúde referente ao período de 2006 a 2008. Os casos de suicídios ocorridos em 2006 foram de agricultores, do sexo masculino; em 2007, foram agricultores, 5 do sexo masculino e 2 do sexo feminino; em 2008, foram 3 do sexo masculino: 2 agricultores e 1 estudante, e 1 do sexo feminino, também agricultora. A média dos anos representa quase 7 vezes mais que a média nacional. A Tabela 1 apresenta informações complementares.

**Tabela 1.** Suicídio no Município de Dormentes, PE, no período de 2006 a 2008

Ano	Suicídios absolutos	Suicídios relativos / 100 mil hab.	Relação com a média nacional
2006	2	12,82	3,12
2007	7	44,89	10,94
2008	4	25,65	6,26
Média dos anos	4,33	27,79	6,77

Fonte: polícia civil, cartório e secretaria de saúde de Dormentes, PE, 2009

O ano de maior incidência (7 casos, todos agricultores) em Dormentes foi 2007. Com isso, recordam-se alguns relatos de moradores, que revelaram um acontecimento importante: a cobrança bancária encaminhada aos agricultores, referente aos empréstimos contraídos anteriormente, e algumas famílias que não se mobilizaram para renegociar os débitos.

Os métodos utilizados foram enforcamento (8 casos), envenenamento e intoxicação (3 casos), instrumento cortante (1 caso) e indeterminado (1 caso). Essa informação corrobora os dados de Coelho (2006) ao destacar a autora que, de 2001 a 2005, o enforcamento foi utilizado por 53,3% dos suicidas em Dormentes.

Questiona-se o predomínio do método enforcamento. O que esse fenômeno poderia estar ocultando, já que se perpetua por mais de 30 anos? De que espaços a comunidade local dispõe para elaboração e ressignificação das experiências? Parece que a religião ainda é a única via para isso, mas qual seria o seu papel, afinal? O depoimento abaixo explicita essa dúvida, uma vez que a suicida frequentava a igreja: "(...) *Eu não entendo se os padres mesmo vão explicar sobre isso e diz, que não, que não entende, a gente também não sabe. Fazer parte, fazer parte sempre da igreja, frequentava, ter a sua vida em oração e infelizmente, a gente fica sem explicação*" (sujeito 6). Quando o suicídio toma proporções consideradas acima da média (4 casos para cada 100 mil habitantes), passa a constituir um problema de saúde pública. Diante disso, qual o papel do Município?

Outro fragmento apresenta essa questão: "*O poder público em si, junto com a religião, pode ajudar, pode ajudar a conscientizar, porque resolver, eu acredito que não. Quando vem uma carga*

*negativa em cima de uma pessoa, que é pela ambição, pela ganância, pelo estresse, é difícil um controle social maior” (gestor 1).*

Por outro lado, ao se questionar sobre o papel do poder público do Município na contribuição de possibilidades para amenizar tal situação, os demais gestores apontam como estratégias a realização de palestras com psicólogos e assistentes sociais, sugerindo um trabalho de conscientização de modo a articular escolas, comunidade e associações, embora o situem como um trabalho difícil:

*“(...) O poder público pode contribuir muito, embora seja muito difícil, considerando que este trabalho deve ser um trabalho de conscientização, principalmente entre o poder público. Um trabalho em que envolvam as famílias, principalmente da cidade, e um trabalho entre as escolas, a comunidade, as associações, exatamente focando os bons exemplos” (gestor 3).*

De modo geral, os dados apontam a presença de três grandes categorias no campo representacional do suicídio: significados do suicídio, causas do suicídio e percepção e compreensão da comunidade sobre o suicida.

## 1-Significados do suicídio

Fraqueza de espírito/carne e falta de fé em Deus são elementos centrais que se destacam no discurso: *“Bem, eu acho que é uma fraqueza de carne muito grande, uma falta de fé e confiança em Deus (sujeito 9).*

Alguns componentes parecem constituir o núcleo dessa representação, tais como: mistério, tristeza, constrangimento, tragédia, falta de orientação e diálogo familiar, fim dos problemas: *“Olha, isso é uma coisa que eu não sei, é, eu não sei, é eu não sei explicar, eu não entendo, eu não entendo é, eu não entendo porque é que é leva as pessoas a fazerem é, esse tipo de coisa” (sujeito 6).*

*“Aqui no Município de Dormentes, o suicídio não é só na família só, geralmente ela tá ocorrendo, geralmente em toda parte do Município. Mais essas pessoas que acontece o suicídio, em meu ponto de vista, é falta de pessoas que não tá crendo em Deus, acha que viver aqui nesse planeta Terra não serve mais para nada pra ele. A importância dele é se matar, acha que ele vai vencer tudo na vida. Só que tá vencendo nada. Tá precisando mais das famílias ter mais um pouco de orientação e conversar com ele sobre esses problemas, que a maior parte, quando a família sabe, não sabe que ele tá querendo cometer essa parte de suicídio, né, quando sabe, já tem acontecido, não tem mais jeito, depois que acontece, não tem mais jeito, só Deus é que pode amparar as famílias por causa do suicídio”(sujeito 7).*

*“Eu, sinceramente, eu não sei é definir, é dar uma definição de suicídio, dessa palavra, não. A palavra, eu acho uma coisa tão misteriosa, assim que eu não sei definir” (sujeito 6).*

## 2-Percepção e compreensão da comunidade sobre o suicida

As RS dessa categoria são marcadas pela maior ocorrência das seguintes palavras/expressões: pessoa fraca de mente, triste, depressiva, que nega a vida por covardia, egocêntrica, fracassada, com problemas, introvertida, que precisa de ajuda, que não confia em Deus e não faz oração, não acolhida socialmente, que precisa tomar vitaminas e que deveria fazer aquilo de que gosta:

*“O que vem na memória é que essa pessoa precisava de ajuda, que ela precisava... em primeira mão ela ter amor à vida, lutar quando começar a ver os primeiros sintomas da depressão começasse a procurar... a tomar uma vitamina, procurar se enturmar, se envolver com as pessoas, fazer o que gosta, ver a vida numa nova perspectiva (...) Há uma*

*frequência muito grande de depressão, muito, muito grande mesmo. A pessoa é... eu acho que elas levam muito pelo lado delas mesmas, por exemplo, às vezes querem muito uma coisa e devido às coisas não acontecerem como elas querem, aí começam a ver as coisas como se não tivesse sentido... tão egocêntricas! Eu acho isso porque querem tudo do seu jeito e quando veem que as coisas não são do seu jeito, aí não compreendem que as coisas têm que ser numa visão geral, que nem tudo tem que ser como a gente quer, como a gente gosta, e que muitas vezes a gente é quem precisa buscar iniciativas para outro rumo” (sujeito 8).*

*“O suicídio de Dormentes é um ato, bem, eu diria que o suicídio é a negação da vida pela covardia, pelo medo de enfrentar o sofrimento” (gestor 1).*

*“É... eu sinto que precisa de um acolhimento entre a parte social e a parte religiosa. Tem esses grupos religiosos, tem que estar sempre ao lado das pessoas... que muitos fazem isso por uma fraqueza humana, uma falta de fé, uma falta de preparação religiosa e de acolhimento social dentro da cidade” (sujeito 3).*

*“Essa pessoa era uma pessoa fraca de mente, que ela não quis falar de seus problema pra alguém que podia lhe ajudar, ajudar a resolver, aconselhando, pedindo pra essa pessoa ir a alguma igreja...” (sujeito1).*

Diante disso, têm-se alguns questionamentos que até então permanecem ao longo deste estudo: até que ponto o suicida demonstra pensar mais em si do que nos demais de seu convívio (familiares e amigos)? O suicida considera sua vida independente da dos outros, desconsiderando o sofrimento que pode causar com tal ato? Até que ponto há covardia ou egoísmo nessa ação? Quem atribui sentido a quê? A ausência da fé implicaria uma pessoa ser potencialmente

propensa a esse ato? O que há, além da presença ou ausência da fé, que poderia ajudar na compreensão desse fenômeno?

Infere-se que o afastamento da fé está atrelado ao envolvimento maior com as coisas do mundo (uso de drogas, prostituição, gravidez indesejada, consumismo), à intransigência com os acontecimentos, à dificuldade e/ou intolerância, às frustrações relacionadas à condição financeira, à ambição pelo ter e ao acúmulo de débitos financeiros.

*“A maior parte vem a condição financeira; quando termina a condição financeira dele, ele acha que tá passando por um momento difícil, não tem como cobrir aquelas dívidas dele, ele achando que fazendo isso pra ele tá fazendo tudo, e acaba duma vez, e a maior parte é a parte do alcoolismo e droga. O homem está muito envolvido nessa parte, aí a sociedade quando sabe, ele quer dá um basta de vez. O basta deveria é ele se matar” (sujeito 7).*

Nota-se que existe uma representação social do suicida que implica julgamento moral, depreciação e estigmatização, e que está intrinsecamente associada à falta de fé em Deus e de religiosidade e à depressão.

Embora os dados da pesquisa de Coelho (2006) indiquem um número maior de suicídios entre os homens, os colaboradores dessa pesquisa relatam que as mulheres se mataram mais. Infere-se que isso ocorre devido ao número atual, que é crescente, de suicídios entre mulheres (2005 em diante), uma vez que, no período de 2001 a 2004, não há registro de suicídio em mulheres. Consideram a fragilidade da mulher e o estigma social: *“Eu acho que é a mulher, devido ela ficar mais tempo em casa e ela se preocupar mais com os filhos e devido à falta de emprego, e também a mulher é um pouco depressiva” (sujeito 1).*

*“Penso que seja mais ou menos iguais. No*

caso da mulher, talvez aconteça mais por ser uma pessoa que tem mais facilidade de entrar em depressão, é de se sensibilizar com os problemas existentes, né, na família, na própria comunidade”(sujeito 2).

Quando apontaram o homem, justificaram: “Homem. Porque eles bebem, leva a bebida e não se cuidam” (sujeito 3).

### 3-Causas do suicídio

Os principais elementos desse campo representacional foram: problemas pessoais e financeiros, falta de emprego, depressão, ansiedade, ciúme doentio, excesso de atividades e consanguinidade:“(…) Todas essas pessoas estão passando por problemas que, muitas vezes, não são revelados, causando assim, depressão, que é uma doença que, nos últimos anos, tem afetado a nossa população dormentense, provocando o suicídio” (sujeito 2).

“Aqui em Dormentes os casos que eu tenho observado até o momento, incluindo pessoas da minha família, é que são pessoas desesperadas, pessoas que sofrem de depressão, pessoas que sofrem de uma doença chamada de ansiedade e tem pressa de resolver tudo a tempo e a hora, e não vê uma saída (...) As pessoas que estão envolvidas nessa situação têm sempre uma dificuldade ou um ciúme doentio” (sujeito 4).

“As pessoas se enfraquecem e se matam (...) Fica preocupando com as coisas, vai indo, vai indo e enfraquece... pronto! Faz besteira, né? Bom, às vezes, eles enfraquece, às vezes, porque tem dívidas sem saber o que se faz” (sujeito 5).

“Ou é o cansaço de tanto viver trabalhando, não tem tempo pra viver com a família, tudo pode acontecer” (sujeito 7).

“Problemas pessoais, até mesmo financeiramente, falta de emprego, depressão e etc” (sujeito 1).

“Eu vejo por dois, duas coisas, eu vejo o lado de problema genérico, parente, parentes com parentes casado, e também vejo o lado que, que muita gente depressiva, de pessoas da família, e ao mesmo tempo, eu vejo, hoje, depois que vem se usano as drogas, nas roças, nas, as, os tóxicos, tá acontecendo mais ainda. E eu converso muito com os médicos, e eles acham que tem alguma coisa genérica ou é isso aí também”(gestor 2).

“Todo mundo aqui ser parente próximo ou longe, existe o mesmo laço sanguíneo” (sujeito 1).

Outros elementos também circulam na RS do suicídio: falta de vitaminas e de uma alimentação adequada, excesso de remédios, profunda tristeza e vontade de acabar com o sofrimento, questões psicológicas e pensamentos repetitivos: “Eu acho que o que leva muito é a carência de vitaminas, eu acho que às vezes as pessoas tomam muitos remédio, muitos remédios... e aí, sem perceber, elas terminam se deprimindo, e aí vive aquela carência e aí vai se entristecendo e não sabe a razão, mas quem sabe não é a falta de vitaminas e de uma alimentação adequada. Eu acredito muito nisso” (sujeito 8).

“O que motivaria é a profunda tristeza e a vontade de acabar com o sofrimento, né? (...) A questão está no psicológico da gente, né? Quando a gente coloca uma coisa na cabeça que não consegue mais se livrar dela e não consegue mais ver solução pensando só naquele problema, só naquele problema... termina fazendo uma besteira dessa, e não tem mais solução” (sujeito 8).

“Todo mundo aqui ser parente próximo ou longe, existe o mesmo laço sanguíneo” (sujeito 1).

Com relação ao excesso de remédios, a Secretaria Municipal de Saúde informou, em novembro de 2008, conforme solicitação desta pesquisa, que 441 (2,9%) pessoas consomem psicotrópicos. Os mais utilizados são: Fenobarbital (anticonvulsante, hipnótico, sedativo) – 110 pessoas; Carbamazepina (epilepsia) – 89; Clorpromazina (antipsicótico – esquizofrenia) – 32; Diazepam (transtornos de ansiedade) – 33; Haloperidol (agitações, perturbações mentais) – 31; Clonazepan (anticonvulsante, tranquilizante) – 28.

Mais uma vez aparecem as expressões falta de fé, de preparação religiosa e ausência de acolhimento social: *“Eu sinto que precisa de um acolhimento entre a parte social e a parte religiosa. Tem esses grupos religiosos, tem que estar sempre ao lado das pessoas... que muitos fazem isso por uma fraqueza humana, uma falta de fé, uma falta de preparação religiosa e o acolhimento social dentro da cidade”* (sujeito 3).

Observou-se que o suicídio se encontra ligado a conotações de cunho moralista e religioso, o que poderia estar contribuindo para reforçar uma ideia/crença sobre as causas e os valores de quem, porventura, venha a cometer esse ato: *“Vai chegar o momento da gente chegar diante de Deus e Deus vai... e a gente vai pagar tudo o que a gente fez, e as pessoas aqui em Dormentes estão muito distantes de Deus; é pouquinho o número de pessoas que tem que está realmente fiel a Deus”* (sujeito 9).

Outro aspecto considerado como causa do suicídio é o uso de drogas na zona rural: *“Acho que é porque eles se sentem muito quando a sociedade sabe que ele tá usando uma droga, acha que o importante dele é se matar pra ninguém mais resolver o problema dele, ele mesmo resolver de uma vez”* (sujeito 7).

*“Também são muitos os casos de pessoas drogadas que se matam”* (sujeito 4).

## Considerações finais

Os objetivos deste trabalho foram alcançados, tendo em vista o teor e a implicação dos dados para uma discussão mais aprofundada do tema e as possíveis reconfigurações no planejamento de políticas públicas no sertão do Nordeste brasileiro.

Vale salientar que os dados encontrados se aproximam da literatura especializada, ao apontar o suicídio como um comportamento humano complexo, perturbador, destrutivo e capaz de evocar o julgamento moral de quem discorre sobre esse fenômeno. Além disso, é um evento que, não raro, despertou nos entrevistados perplexidade, raiva, tristeza e angústia. É impressionante o poder de comoção que o evento desperta, mesmo naqueles que não possuem vínculos afetivos com os suicidas. Isso ocorreu inclusive durante algumas entrevistas, nas quais os participantes expressaram tristeza, pesar e lágrimas.

Os dados encontrados coincidem com os achados na literatura referente ao assunto, que informa haver maior número de suicídios consumados entre homens. De modo semelhante, em Dormentes, a maior parte de suicidas também foram do sexo masculino. Diante disso, questiona-se: que expectativa ou projetos de vida essas pessoas dispõem efetivamente onde residem?

Corroborando dados mundiais de que houve um aumento de 60% na média de suicídios nos últimos 50 anos nos países em desenvolvimento, esta pesquisa aponta um número crescente em Dormentes principalmente nos últimos dois anos, em virtude de dívidas, depressão, problemas existenciais (insatisfação com a vida, baixa tolerância a frustração) e uso de substâncias psicotrópicas.

Considera-se que esta pesquisa representou um passo importante no ciclo do silêncio sobre o suicídio, uma vez que os participantes revelaram modos de pensar e de agir que podem coincidir com as visões de mundo das demais pessoas dessa comunidade. Falar do assunto, *a priori*, não constitui tarefa conclusiva ou resolutive; entretanto, não deixou de ser uma oportunidade de fazer as pessoas se apropriarem da magnitude do evento, a fim de que novos sentidos sejam produzidos e partilhados. Encarar o suicídio como fenômeno da esfera humana é, também, uma forma de conferir sentido mais digno à própria vida, uma vez que esse tema nos lembra a própria condição do homem como ser finito e de possibilidades.

A autodestrutividade foi uma característica marcante dos treze casos durante os anos 2006 a 2008, corroborando os dados da literatura especializada. Considerando a média nacional de 4,1 por 100 mil/habitantes, em Dormentes (15 mil hab.), no ano 2006, o índice representa três vezes mais que a média nacional; em 2007, quase 11 vezes mais que a média, e, em 2008, mais de 6 vezes.

As leituras sobre o suicida congregaram diferentes registros, tais como: “pessoa fraca de mente”, triste, depressiva, covarde, egocêntrica, fracassada, com problemas, introvertida, descrente em Deus e que não faz oração, excluída socialmente, carente de vitaminas e que deveria fazer aquilo de que gosta. Tais registros apontam uma visão que revela os valores apreciados na comunidade investigada, a exemplo do exercício da religiosidade como fator de proteção contra tal ato.

Segundo os entrevistados, as causas desse fenômeno em Dormentes se devem à existência de problemas pessoais e financeiros, à falta de emprego, depressão, ansiedade, ciúme doentio, excesso de atividades,

consanguinidade, falta de vitaminas e de uma alimentação adequada, excesso de *remédios*, profunda tristeza e vontade de acabar com o sofrimento, questões psicológicas e pensamentos repetitivos. Tais dados sugerem as crenças dos entrevistados a respeito dos fatores de risco. Destaca-se a *falta de vitaminas* como um elemento que não aparece como fator de risco para o suicídio na literatura especializada, caracterizando e exemplificando a representação social como ela é: uma *visão de mundo* inerente a uma dada cultura e a um dado contexto social.

As representações sociais estiveram associadas a significados de fraqueza de espírito/carne e a falta de fé em Deus, mistério, tristeza, constrangimento, tragédia, falta de orientação e diálogo familiar, fim dos problemas. Essas representações se aproximam das considerações recentes de Dutra (2008). Para ela, o ato voluntário de tirar a vida revela, não obstante, desespero perante uma série de tormentas acumuladas, principalmente em uma época marcada pela banalização da morte e da vida, pela ditadura da felicidade, pelo consumismo desenfreado e pela falta de perspectivas reais de vida.

Diante disso, poderíamos indagar: será que em Dormentes essas marcas da época atual exercem um impacto ainda maior que em outras cidades do Brasil? Será que as perspectivas reais de vida condizem com as perspectivas idealizadas pelos seus habitantes? Respostas não nos ocorrem. Apenas questionamentos que, por ora, poderão nos lançar em uma nova etapa de construção de conhecimento, na qual os fenômenos religiosidade, espiritualidade, desesperança e projetos de vida possam ser observados e capturados com mais propriedade.

Consideramos este trabalho passível de se tornar um veículo para reflexões que engendram discussões e ações de caráter

ético-político e socio-sanitário para além da Psicologia, podendo constituir peça integrante e coadjuvante no planeamento das políticas públicas do Município, especificamente no que se refere à saúde mental e à educação.

Conhecendo-se mais as representações sociais e o contexto que conduz as pessoas a *não quererem viver*, será possível empreender

estudos com desdobramentos práticos que produzam impactos na comunidade local; a exemplo disso, estratégias educativas e de saúde em escolas, unidades básicas de saúde, programas de saúde da família, associações comunitárias, instituições filantrópicas junto a profissionais especializados e à população em geral, no intuito de informar, desmistificar fantasias, acolher angústias e preocupações pertinentes à temática problematizada.

**Sílvia Raquel Santos de Morais**

Mestra em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN, Doutoranda em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo/UFES, Psicóloga e docente com atuação na área clínica e hospitalar, desenvolve trabalhos de ensino, pesquisa e extensão universitária em instituições de saúde da região do Vale do São Francisco, Pernambuco – PE – Brasil.

E-mail: silviamorays@yahoo.com.br

**Geida Maria Cavalcanti de Sousa**

Mestra em Educação, Doutoranda em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo/UFES. Professora de Comunicação e Expressão nos cursos de Administração de Empresas e Engenharias da Universidade Federal do Vale do São Francisco.

Pernambuco – PE – Brasil.

E-mail: geida.cavalcanti@univasf.edu.br

**Endereço para envio de correspondência:**

Av. Gilberto Freire 283, Bloco D apt 103, Vila Mocó, Petrolina – PE - Brasil CEP: 56306-355

Recebido 18/3/2010, 1ª Reformulação 19/10/2010, Aprovado 29/10/2010

## Referências

- Baptista, M. N., & Borges, A. (2005). Suicídio: aspectos epidemiológicos em Limeira e adjacências no período de 1998 a 2002. *Estudos de Psicologia*, 22(4), 425-431.
- Barcelos, P. A. O., Azevedo Jr., S. M., De Musis, C. R., & Bastos, H. F. B. N. (2002). As representações sociais dos professores e alunos da Escola Municipal Karla Patrícia, Recife, Pernambuco, sobre o manguezal. *Ciência & Educação*, 1(2), 213-222.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Brasil (2006). Ministério da Saúde. *Indicadores de Mortalidade: C.9 Taxa de mortalidade específica por causas externas*. Recuperado em 27 maio, 2008, de <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?idb2006/c09.def> - 2004.
- Coelho, V. P. R. (2006). *A relação da administração pública na solução da patologia depressiva no município de Dormentes, PE*. Monografia do Curso de Especialização em Auditoria, Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas, Campina Grande, PB.
- Durkheim, E. (2000). *O suicídio: estudo de sociologia*. São Paulo: Martins Fontes (Trabalho original publicado em 1897).
- Dutra, E. (2008, 27 de abril). Suicida emite sinais. É importante estar atento. *Diário de Natal*, pp. 11 e 12. [Caderno Cidades]. Natal, RN.
- IBGE. (2007). *Dados sobre os municípios brasileiros*. Recuperado em 30 janeiro, 2009, de <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>.
- Jodelet, D. (1989/2002). Loucura e representações sociais. Representações sociais : um domínio em expansão. In D. Jodelet (Org.), *As representações sociais* (pp.17-44). Rio de Janeiro: Eduerj.
- Jovchelovitch, S. (1995). Vivendo a vida com os outros. Intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In P. A. Guareschi, *Textos em representações sociais* (2a ed., pp. 63-85). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Laville, C., & Dionne, J. (1999). *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. (Monteiro, H.; Settineri, F., Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas
- Macedo, M. M. K., & Werlang, B. S. G. (2007). Tentativa de suicídio: o traumático via ato-dor. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23(2), 185-194.
- Macente, L. B., Santos, E. G., & Zandonade, E. (2009). Tentativas de suicídio e suicídio em município de cultura pomerana no interior do estado do Espírito Santo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58(4), 238-244. Recuperado em 03 outubro, 2010, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852009000400004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852009000400004).
- Moscovici, S. (1978). *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Moscovici, S. (2003). *Representações sociais: investigações em psicologia social* (2a ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Parente, A. C. M., Soares, R. B., Araújo, A. R. F., Cavalcante, I. S., & Monteiro, C. F. S. (2007). Caracterização dos casos de suicídio em uma capital do Nordeste brasileiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(4), 377-81.
- Sá, C. P. (2002). *Núcleo central das representações sociais* (2a ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Silva, V. F., Oliveira, H. B., Botega, N. J., Marin-Leon, L., Barros, M. B. A., & Dalgalarrodo, P. (2006). Fatores associados à ideação suicida na comunidade: um estudo de caso controle. *Caderno de Saúde Pública*, 22(9), 1835-1843.
- Souza, E. R., Minayo, M. C. S., & Cavalcante, F. G. (2006). O impacto do suicídio sobre a morbimortalidade da população de Itabira. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11, 1333-1342. Recuperado em 03 outubro, 2010, de [www.scielo.org/pdf/csc/v11s0/a22v11s0.pdf](http://www.scielo.org/pdf/csc/v11s0/a22v11s0.pdf).
- Trindade, Z. A. (1996). Representação social: "modo de conhecer" no cenário da saúde. In Z. A. Trindade & C. Camino (Eds.), *Cognição social e juízo moral* (Cap. 4, pp. 45-59). Rio de Janeiro: ANPEPP.