

Representações sociais sobre suicídio
Social representations about suicide
Representaciones sociales acerca del suicidio

Recebido: 17/11/2020

Aprovado: 21/03/2021

Publicado: 14/04/2021

Otávio Henrique Braz de Oliveira Calile¹
Daniela Scheinkman Chatelard²

Essa é uma pesquisa quali-quantitativa, realizada em 2019, em Brasília, DF, com objetivo de verificar e descrever as representações sociais de estudantes de psicologia sobre o suicídio. Utilizou-se questionários de evocação com justificativas em campo livre. Os dados foram interpretados com procedimentos estatísticos propostos pela Análise Prototípica. Participaram 170 acadêmicos do segundo ao quarto período, de uma universidade privada. Os estudantes tinham entre 18 e 50 anos, sendo 89% mulheres e 11% são homens. Dentre os principais valores: Classe 1: 19,6%; Classe 2:14,44; Classe 3:26,1; Classe 4:26,8 e Classe 5:13,1); e, os dados provenientes de entrevistas permitiram a construção de duas categorias: *Depressão e suporte social* e *Sofrimento e fraqueza*. As representações sociais do suicídio para os estudantes de psicologia são estruturadas com fundamento nos seguintes elementos do núcleo central: *morte, dor, sofrimento, depressão, medo, pressão* e *tristeza*. Entretanto, quando os participantes são instados a evocar termos que atribuem aos colegas, os elementos *pressão* e *medo* não aparecem mais, surgindo, então, a palavra *fraqueza*.

Descritores: Suicídio; Psicologia Social; Depressão.

This is a qualitative-quantitative research, carried out in 2019, in Brasília – DF, Brazil. It aimed to verify and describe the social representations of psychology students about suicide. Evocation questionnaires with justification in the free field were used. The data were interpreted with statistical procedures proposed by the Prototypical Analysis. The participants were 170 academics from the second to the fourth period, from a private university. The students were between 18 and 50 years old, 89% were women and 11% were men. Among the main values: Class 1: 19.6%; Class 2: 14.44; Class 3: 26.1; Class 4: 26.8 and Class 5: 13.1); and, the data from interviews allowed the construction of two categories: *Depression and social support* and *Suffering and weakness*. The social representations of suicide for students of psychology are structured based on the following elements of the central nucleus: *death, pain, suffering, depression, fear, pressure* and *sadness*. However, when participants are asked to evoke terms that they attribute to colleagues, the elements of *pressure* and *fear* no longer appear, but the word *weakness* does.

Descriptors: Suicide; Social Psychology; Depression.

Esta es una investigación cuali-cuantitativa, realizada en 2019, en Brasilia, DF, Brasil, con el objetivo de verificar y describir las representaciones sociales de los estudiantes de psicología acerca del suicidio. Se utilizaron cuestionarios de evocación con justificaciones en campo libre. Los datos se interpretaron con los procedimientos estadísticos propuestos por el Análisis Prototípico. Participaron 170 académicos del segundo al cuarto periodo de una universidad privada. Los estudiantes tenían entre 18 y 50 años, siendo el 89% mujeres y el 11% hombres. Entre los principales valores: Clase 1: 19,6%; Clase 2: 14,44; Clase 3: 26,1; Clase 4: 26,8 y Clase 5: 13,1); y, los datos de las entrevistas permitieron la construcción de dos categorías: *Depresión y soporte social*, y *Sufrimiento y debilidad*. Las representaciones sociales del suicidio para los estudiantes de psicología se estructuran a partir de los siguientes elementos del núcleo central: *muerte, dolor, sufrimiento, depresión, miedo, presión* y *tristeza*. Sin embargo, cuando se pide a los participantes que evoquen los términos que atribuyen a sus colegas, ya no aparecen los elementos *presión* y *miedo*, y entonces aparece la palabra *debilidad*.

Descritores: Suicidio; Psicología Social; Depresión.

1. Pedagogo. Bacharel em Letras. Especialista em Psicopedagogia Clínica e Institucional. Mestre em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde. Doutor em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações. Pós Doutor em Psicologia Clínica e Cultura. Gestor e pesquisador do Instituto Kalile de Desenvolvimento Humano e Pesquisa, Brasília, DF, Brasil. ORCID: 0000-0001-7535-6325 E-mail: otavio.calile@gmail.com

2. Psicóloga. Mestre em Psicanálise. Doutora em Filosofia. Pós Doutora em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano, Professora Associada da Universidade de Brasília, DF, Brasil. ORCID: 0000-0002-7925-573X E-mail: dchatelard@gmail.com

INTRODUÇÃO

O suicídio é uma manifestação transcultural sujeita a valorações ambivalentes e marcado por significados que variam ao longo da história. É definido como um ato intencionalmente executado pelo próprio indivíduo contra si mesmo, por meio de determinadas ações com vistas à sua morte^{1,2}.

A gênese do suicídio é multideterminada e incluem as ideações, os pensamentos e o desejo de morte^{3,4}. Essas manifestações evoluem para a tentativa, precedida, na maioria das vezes, por um plano que carrega significados subjetivos⁵. Em virtude da complexidade de sua manifestação, constitui-se de uma intrincada trama de fatores biológicos e psicossociais envolvidos na ideia e no ato⁶⁻⁸.

Durkheim⁹ definiu o suicídio como *“todo o caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo praticado pela própria vítima, ato que a vítima sabia dever produzir este resultado”* e, a partir do estudo de casos particulares a partir de leis universais, também delimita o estudo sociológico do tema, argumentando que o suicídio é um fato social com a gênese na constituição das sociedades. Por meio do conceito de representações coletivas - *entendidas como uma forma de consciência social partilhada* - se estabelece que o estudo do suicídio deve ir além das causalidades individuais, as quais pertenceriam ao campo da psicologia⁹.

Em todo o mundo, o número de suicídios tem se elevado continuamente, ultrapassando 800 mil casos por ano. No ano de 2020, os suicídios representaram 2,4% do total de mortes no mundo, com predominância em países em desenvolvimento¹⁰.

Na realidade brasileira, estima-se que em torno de 17% das pessoas já tiveram ideações suicidas alguma vez na vida¹¹. O país está em 8º lugar na posição de países com mais casos de suicídio segundo a Organização Mundial de Saúde¹², sendo que, entre 2002 e 2012, o número de casos aumentou em 36% em todo o país. Foram 106.374 casos de autoextermínio no Brasil entre 2007 e 2016, de modo que uma pessoa morre a cada 45 minutos, totalizando 32 suicídios por dia¹³.

Esses números impactam profundamente uma sociedade em diversas dimensões que ultrapassam a esfera da saúde pública. Embora sejam números alarmantes, estima-se que as tentativas de suicídio ultrapassam em 10 vezes a consumação do ato¹⁴. O aumento de suicídios afeta toda a sociedade, com consequências drásticas no âmbito da economia, das relações interpessoais e familiares e da saúde física e psíquica das pessoas envolvidas^{3,14-16}.

Nesse cenário, a pesquisa científica em suicidologia encontra muitos obstáculos, devido aos tabus e interdições suscitados pela temática¹⁷. Ademais, essas pesquisas não têm contribuído com a diminuição da incidência do número de casos no mundo devido ao crescimento desordenado de casos e as dificuldades estatísticas de registro^{12,14}. Uma das causas para essas dificuldades no âmbito da investigação científica reside no fato de que as pesquisas dessa área costumam analisar e discutir dados sobre pensamentos, ideações, autolesões e tentativas de suicídio indistintamente¹⁸. Os trabalhos que não misturam esses aspectos possibilitam uma análise mais refinada e admitem encaminhamentos menos generalizados¹⁹⁻²².

A temática do suicídio é marcada por proibições, tabus e preconceitos dirigidos aos sujeitos e às suas famílias^{1,14,16,23}. As pesquisas mostram que o impacto de um ato suicida é muito alto para os sobreviventes, estimando-se que entre 5 e 10 familiares e amigos são afetados por esse acontecimento. A partir desse ato, essas pessoas passam a fazer parte do grupo de risco, haja vista que os sentimentos relatados mais frequentes são o estigma social, abandono, vergonha e culpa^{2,7,13,14,24}.

Assim como as famílias de pessoas mortas em decorrência do HIV no fim do século XX, os familiares de suicidas sentem-se desamparados e com uma forte sensação de fracasso, principalmente quando se trata de mães e esposas. Eles sentem que seu sofrimento não é reconhecido, pois o assunto é marcado por crenças tácitas de interdição. Essa impossibilidade

de compartilhar seus sofrimentos dificulta o acesso ao suporte social para que o processo de luto seja vivenciado adequadamente, o que evitaria o risco de novos suicídios entre os sobreviventes^{25,26}.

Fundados nessas questões e na perspectiva da compreensão do repertório de psicólogos em formação acerca dessa temática, recorreu-se à Teoria das Representações Sociais (TRS)²⁷ e seus desdobramentos metodológicos²⁸.

Moscovici²⁷ criou a TRS baseando-se no conceito de representações coletivas proposto por Durkheim⁹. A investigação sobre os processos psicológicos subjacentes à elaboração subjetiva dos modelos sociais é recente na psicologia. É a emergência do estudo de um fenômeno que antes era estudado apenas como conceito. Essa mudança de concepção epistemológica acerca das representações permite, a psicologia social explicá-las sobre o ponto de vista empírico.

Assim, as representações sociais (RS) estão na interface entre o individual e o coletivo, acentuando o caráter psicológico de sua estrutura na medida em que os símbolos partilhados pelo grupo são mediados e internalizados pelos indivíduos, tornando-se constitutivo da essência desse mesmo grupo e organizando psicologicamente seu cotidiano²⁹.

As RS situam-se na interface do psicológico e do social, sob a forma de conhecimentos elaborados e compartilhados socialmente que contribuem para a construção de uma realidade comum, possibilitando a compreensão e a comunicação do sujeito no mundo. As RS vinculam-se a valores, noções e práticas individuais que orientam as condutas no cotidiano das relações sociais e se manifestam através de estereótipos, sentimentos, atitudes, palavras, frases e expressões. É um conhecimento do “*senso comum*”, socialmente construído e partilhado, diferente do conhecimento científico, que é reificado e fundamentalmente cognitivo³⁰.

“*As pessoas que interrogamos dizem o que pensam?*”. Abric²⁸ refletiu sobre a confiabilidade dos dados das pesquisas em RS, pois há a possibilidade de os participantes não revelarem as verdadeiras representações. Esse fenômeno ocorre principalmente com pesquisas cujas temáticas são de natureza sensível e com conteúdo reificados por diversos discursos sociais interditados, como é a temática do suicídio.

As RS são extraídas por meio de discursos sociais mediados pela cultura e são permeados de interdições, negociações e deseabilidade sociais. São discursos que estão articulados com as normas sociais e com as características do grupo que fazem parte. Por conta disso, é possível que haja uma defasagem entre o que as pessoas pensam e o que elas escrevem nos questionários de pesquisa. Dessa forma, a estratégia deliberada dos respondentes consiste em esconder “*alguns componentes de seus pensamentos em certas situações, e nestas existem duas facetas da representação: uma, explícita, verbalizada; outra não verbalizada, não expressa, denominada zona muda*”³¹.

O conteúdo da zona muda das RS é contra normativo, pois expressa o pensamento que as pessoas acreditam que deveriam ter para estarem de acordo com determinados discursos sociais que consideram hegemônicos sobre o tema pesquisado. Essas cognições, se fossem expressas abertamente, poderiam contrariar os valores sociais e morais de grupos, e isso ameaça a ideia do pertencimento. Por isso as pessoas tendem a não dizer tudo o que pensam sobre determinados temas considerados sensíveis no contexto sociais que pertencem³¹.

Tendo o suicídio como um desses temas socialmente sensíveis, uma pesquisa sobre RS do suicídio e depressão³² com 233 estudantes de psicologia mostrou que as RS tinham elementos como: *doença, desilusão, angústia e desequilíbrio*, considerando-se de modo indistinto depressão e suicídio no mesmo campo semântico.

Considerando a discussão pública contemporânea sobre os aumentos de casos de suicídio no Brasil e no mundo^{7,12,33} e, tendo em vista a relevância dessa temática para a área da psicologia e da saúde mental, emerge, então, a seguinte questão: *De que forma o suicídio é representado pelos profissionais da psicologia no curso de sua formação?* Assim, este estudo tem

como objetivo verificar e descrever as representações sociais de estudantes de psicologia sobre o suicídio.

MÉTODO

Essa pesquisa de caráter quali-quantitativo foi dividida em dois estudos articulados: o estudo 1 aborda as representações sociais em 1ª pessoa, ao passo que o estudo 2 refere-se às representações sociais por meio da técnica projetiva da zona muda.

Para a inclusão da amostra, os participantes deveriam estar regulamentemente matriculados no curso de Psicologia de uma universidade privada de Brasília. Os estudantes matriculados no 1º semestre do curso foram excluídos da amostra. A coleta de dados se iniciou após algumas orientações (anonimato e o sigilo das informações, além da utilização dos resultados exclusivamente para contribuições científicas), explicação da proposta do estudo, bem como a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Todos responderam individualmente, sem qualquer comunicação entre colegas.

Aplicou-se um questionário de evocação baseado na técnica de associação livre²⁹, que permite que os participantes evoquem o que têm em mente quando se deparam com o termo indutor, isto é, o objeto representacional.

Para o estudo 1, o questionário de evocação possibilitou a associação livre de ideias acerca do o termo indutor proposto: *Quais as primeiras palavras ou ideias que lhe vem à cabeça sobre suicídio?* Assim, a partir desse termo indutor, o participante escreveu, em campo específico, 6 (seis) palavras ou expressões, classificando-as, em seguida, por ordem de importância, atribuindo o número 1 (um) à palavra mais importante e 6 (seis) à menos importante. Na sequência, o participante justificou a escolha da palavra mais importante em um campo aberto.

Para o estudo 2 referente à zona muda, se utilizou a técnica da substituição³¹, repetindo os mesmos procedimentos a partir do seguinte termo indutor: *Quais as primeiras palavras ou ideias que você acha que vem à cabeça dos seus colegas de curso quando eles pensam sobre suicídio?* A explicação da palavra que melhor se associa ao termo indutor permitiu qualificar a resposta buscando o seu sentido no contexto das palavras evocadas³².

A análise prototípica foi a técnica utilizada para a organização da estrutura das representações³⁵. Para isso, foi utilizado o programa computacional *Iramuteq*. O procedimento de análise é desenvolvido com base no cálculo da frequência e da ordem média das evocações e da formulação de categorias formadas pela frequência, composições e co-ocorrências.

Por meio da análise prototípica, buscou-se a relação objeto-cognema a partir de dois critérios fundamentais de acessibilidade do elemento cognitivo: a frequência e a velocidade da evocação pelos grupos fornecida pela ordem média de importância atribuída à expressão. Esse cálculo é feito por meio da média ponderada dos graus de importância³⁴.

O duplo sistema formado pelos possíveis elementos centrais e periféricos são dados pela identificação da relevância dos elementos associados ao termo indutor. As correspondências entre esses critérios permitem uma análise estrutural das representações, vislumbrando-se o conteúdo e a organização interna. Várias pesquisas têm sido realizadas majoritariamente por meio de *softwares* para o suporte de análise de conteúdo^{34,35}.

RESULTADOS

Os estudos foram conduzidos com a participação voluntária de 170 estudantes de psicologia do 2º ao 4º período de uma faculdade particular de Brasília. A idades dos participantes estão distribuídas da seguinte forma: entre 18 e 30 anos (n=21); entre 31 e 40 anos (n=27) e entre 40 e 50 anos (n=22). Sobre o gênero dos participantes, 89% são mulheres e 11% são homens.

O resultado da Análise Pós-Fatorial (AFP) mostrou a frequência das palavras (F) e a ordem média de evocação (OME). Quanto menor o índice de OME, mais rapidamente o participante

lembrou da palavra. As palavras evocadas serão apresentadas juntamente com suas frequências e OME em parênteses (frequência/ordem média de evocação).

Os resultados dessa análise no Estudo 1 revelam que os estudantes representam o suicídio a partir do termo *morte* (21; 2,5) e de outras expressões relacionadas: *dor* (59; 2,6), *sofrimento* (42; 2,7), *depressão* (92; 2,9), *medo* (32; 3,1), *pressão* (21; 3,2) e *tristeza* (71; 3,2). No que se refere à zona muda, observou-se que não apareceram os termos *medo* e *pressão* no núcleo central (Tabela 2). No entanto, o termo *fraqueza* (27; 2,9) figurou nesse quadrante.

A Classificação Hierárquica Descendente (CHD), feita como o *corpus* textual das justificativas dos participantes, forneceu um dendograma com classes de palavras, cujo qui-quadrado ultrapassou $X^2 > 12,52$. Verificou-se os principais elementos de cada classe e o percentual de Unidades de Contexto Elementar (UCEs) que elas partilham. Essa análise possibilita a formulação de categorias formadas pela frequência, composições e co-ocorrências.

A análise, assim com as justificativas de classe de palavras (C1, C2, C3, C4, C5), estudo (E1 ou E2) estão nas Tabelas 1 e 2, bem como o escore da justificativa que representa a relevância da fala para a classe em questão. Optou-se por apresentar as justificativas que obtiveram os maiores escores.

Tabela 1. Análise Prototípica do Estudo 1 realizada com 170 estudantes de Psicologia de uma universidade privada. Brasília, 2019.

Classe 1 (19,6%)		Classe 2 (14,44%)		Classe 3 (26,1%)		Classe 4 (26,8%)		Classe 5 (13,1%)	
Palavras	Classe 1	Palavras	Classe 2	Palavras	Classe 3	Palavras	Classe 4	Palavras	Classe 5
Achar	23,4	Depressão	48,365	Melhor	31,574	Falta	15,857	Viver	56,57
dever	21,193	Principal	24,458	Definir	25,156	Tirar	15,438	Vontade	42,177
Situação	20,337	Fato	24,118	Palavra	23,516	Nível	14,12	Triste	24,172
Estar	18,659	Sentimento	23,357	Dor	18,614	Chegar	13,476	Perder	20,736
Pensar	16,724	Sair	18,221	Busca	17,642	Grande	12,981	Parecer	20,376
Família	16,088	Fator	18,221	Fugir	17,642	Ponto	12,669	Mundo	13,863
Diffcil	12,546	Estado	18,079	Matar	16,072	Tentar	11,611	Humano	13,863
Frescura	12,546	Doença	13,868	Tentativa	14,602	Desistir	10,175	Sentar	12,031
Coisa	9,852	Maioria	13,868	Representar	13,482	Lutar	8,359	Ficar	10,018
Existir	9,852	Tomar	8,738	Suicídio	13,189	Saída	8,2	Vazio	10,018

Tabela 2. Análise Prototípica do Estudo 2 realizada com 170 estudantes de Psicologia de uma universidade privada. Brasília, 2019.

Classe 1		Classe 2		Classe 3		Classe 4	
Palavra	Classe 1	Palavra	Classe 2	Palavra	Classe 3	Palavra	Classe 4
Depressão	43,335	Sentar	18,865	Colega	25,51	Problema	22,439
Levar	22,911	Vida	18,11	Acreditar	18,315	Cometer	22,188
Doença	16,565	Saída	16,396	Coisa	17,597	Dizer	19,878
Suicídio	13,732	Acabar	15,426	Estar	13,73	Ouvir	18,865
Estudar	11,714	Próprio	9,641	Ajudar	9,151	Familiar	12,984
Escolher	11,714	Sofrimento	8,573	Acontecer	9,151	Fossar	9,641
Tipo	7,86	Ideia	6,23	Passar	5,604	Fraco	9,641
Ir	5,111	Só	6,23	Fazer	4,802	Pessoa	6,777
Pensar	3,973	Ver	6,23	Pensar	4,412	Ser	6,777
		Dor	6,23			Querere	6,141
estar	-9,586	Suicídio	-7,53	Depressão	-8,996	Pensar	-4,353
vida	-7,233	Colega	-6,991	Problema	-5,024		
acreditar	-5,756	Depressão	-5,662				
querer	-4,375	Acreditar	-5,193				

A partir das UCEs, foram construídas duas categorias, a saber: *Depressão e suporte social e Sofrimento e fraqueza*.

Depressão e suporte social

No Estudo 1, a estrutura do dendograma obtido por meio da CHD aponta que as Classes 1 e 2 estão interligadas, indicando que seus dados devem ser analisados de forma articulada. A Classe 1 apresenta 19,6% de UCEs e traz termos que demonstram o papel da família e do círculo social para o suporte ou para o agravamento do risco dos indivíduos potencialmente suicidas.

Nessa categoria, o suicídio é representado como uma decorrência da solidão advinda da desqualificação do sofrimento psíquico pelas pessoas, de acordo com o meio social no qual o indivíduo está inserido. Quando esse sofrimento não é reconhecido pelo outro, as pessoas encontrariam o suicídio como solução a essa demanda insatisfeita. Essa representação pode ser evidenciada nas falas abaixo:

Porque uma pessoa que tem depressão e pensa em suicídio nunca é compreendida pela família, amigos e colegas, pois muitos acabam achando que esse sofrimento é frescura ou só uma fase difícil que a pessoa está passando. (C1, E1); Participante 144

Porque para a pessoa quer se suicidar ela deve estar passando por algum momento difícil sofrendo por alguma situação ou achando que ninguém liga para existência dela se sentindo sozinha. (C1, E1); Participante 9

Porque quando a pessoa pensa em suicídio, ela está passando por algo ruim na vida; se sente abandonada por seus amigos familiares, não tem apoio que necessariamente precisa naquele momento. Isso reforça a ideia não está sendo valorizado. (C1, E1); Participante 67

Acho que no momento de total desespero do indivíduo o leva a praticar tal ato sem pensar direito ou quando este pode estar achando que não há mais salvação ou que está sozinho onde não há ninguém para ajudar ou que está sem a solução dos seus problemas. (C1, E1); Participante 62

Porque acho que quando uma pessoa está pensando em se suicidar ela deve estar muito desesperada por algum motivo que talvez ela ache que não tem solução daí com outros sentimentos ela pensa no suicídio. (C1, E); Participante 118

A Classe 2 do Estudo 1 apresenta 14,4% de UCEs. O conteúdo dessa categoria mostra que os participantes ancoraram o suicídio como uma manifestação de um estado de depressão no qual os indivíduos estão acometidos. Em articulação com os resultados obtidos na Classe 1 desse mesmo estudo, da qual se infere que o suporte social da família e de pessoas próximas é essencial para a prevenção desse estado de depressão e de seu conseqüente ato suicida. Nas falas com escores mais altos, o suicídio é representado como o decurso de uma doença de origem psíquica que vem “*de dentro para fora*” e que se caracteriza pelo desespero e pela impossibilidade de resolução por meio de palavras.

Porque reflete a doença, e o fato de a pessoa não conseguir lidar com ela sozinha; o sentimento de desamparo causado pela depressão irá trazer o desespero, levando ao suicídio como resolução dos problemas. (C2, E1); Participante 89

Quando se está com depressão, nada tem cor. Você acha que algum dia sairá daquilo. Palavras não ajudam porque você não tem esperança que de alguma forma o sentimento passará, que você mudará que a esperança ressurgirá e que as coisas de fato melhorarão. (C2, E1); Participante 143

A depressão é uma doença que consome o ser vem de dentro para fora silenciosamente e quando vê estamos em um buraco tentando sair, porém não conseguimos o fato de ser tão doloroso e sofrido gera uma alta taxa de suicídio. (C2, E1); Participante 83

A depressão, porque é uma séria doença, que se não for tratada pode levar ao suicídio; também acho que essa é a principal causa do suicídio. (C2, E1); Participante 17

Em relação à perspectiva no estudo da zona muda, a Classe 1 do Estudo 2 (25,2% de UCEs) apresenta resultados semelhantes com o conteúdo da Classe 2 do Estudo 1, tendo em vista que em ambas o suicídio foi representado como um fenômeno mórbido decorrente da depressão. Entretanto, os resultados obtidos na zona muda revelam críticas à hiperpatologização de aspectos cotidianos e à atribuição demasiada de causalidade ao estado de depressão como uma doença deflagradora do suicídio. Nas falas a seguir, podemos observar a produção de sentido dos participantes sobre esses aspectos:

Hoje em dia tudo gira em torno da depressão. A doença do século sempre ronda nossas conversas: se você tirar nota ruim, é porque estava deprimido e não estudou; se você se isola, está deprimido; se você ficou doente, ficou porque

está deprimido. (C1, E2); Participante 24

A maioria das pessoas devem colocar depressão como resposta, mas acabam esquecendo que tudo que foi escrito pode levar à depressão e conseqüentemente ao suicídio. (C1, E2); Participante 81

Sofrimento e fraqueza

A classe 5 do Estudo 1 partilhou 13,1% das UCEs. A estrutura do dendograma obtido pela CHD aponta que seus conteúdos devem ser analisados de forma articulada com os da Classe 4. Nessa categoria, o suicídio é representado como a decorrência de um vazio existencial que leva as pessoas a não terem mais sentido para suas vidas.

As representações dessa categoria aparecem em expressões como *isolamento, solidão, perda e tristeza*. Esse quadro contribuiria para o estado de isolamento, desamparo e de frustração devido a insuficiência resultante do não cumprimento das expectativas sociais: Essa ideia de vazio se relaciona com a incapacidade de lidar com a pressão social e as cobranças:

A solidão e o vazio fazem o ser humano perder a vontade de viver. (C5, E1); Participante 147

Quando uma pessoa está depressiva, ela se sente muito vazia e triste, então nada anima e ela perde a graça de viver porque parece que nada é suficiente. (C5, E1); Participante 74

No isolamento, a pessoa não tem vontade de nada, perde toda a vontade de se alimentar, tomar banho se relacionar; um vazio enorme, onde parece a morte vai trazer um escape para tudo isso. (C5, E1); Participante 144

O sujeito vive em sociedade e isso é natural. A partir do momento que ele não suporta as cobranças, não consegue realizar atividades simples do dia-a-dia, não é aceito ou não consegue aprovação de um determinado grupo social. Enfim, o isolamento é muito triste, pois ninguém vive sozinho. (C5, E1); Participante 63

A Classe 4 do Estudo 1 apresenta o maior percentual de UCEs, com um total de 26,8%. Infere-se que os participantes representam o suicídio como uma falta de vontade de viver. Os termos *falta* e *tirar* pertencem a campos semânticos semelhantes, indicando que a falta é objetivada no ato de tirar a vida. Para os estudantes, o nível de tristeza e de falta de esperanças chega a tal ponto, que a saída encontrada é desistir de lutar e, assim, tentar o suicídio. As justificativas dos participantes abaixo mostram como essas representações são organizadas para a formação de sentido:

Creio que uma pessoa para chegar a este ponto de tirar a própria vida já esgotou todo o seu emocional, não vê mais nenhuma solução e com isso o desespero é grande ninguém a entende nem ela mesmo. (C4, E1); Participante 95

A dor é o que as pessoas carregam por frustrações, mágoas, falta de perdão, entre outros, e isso não sendo tratado, chega uma hora que sufoca ao ponto de não se acreditar que isso não tem mais jeito. (C4, E1); Participante 141

Porque para uma pessoa chegar a um nível de sofrimento ao ponto de tentar o suicídio ela precisa estar muito angustiada sufocada sem esperanças e não pensar mais em nada. (C4, E1); Participante 16

A Classe 3 do Estudo 1 (26,1% de UCEs) apresenta conteúdos que apontam que os estudantes representam o suicídio como um meio de lidar com seus sentimentos e não como uma finalidade em si mesma. Os participantes empregaram o termo *fuga*, afirmando que a morte não era necessariamente a meta do ato, mas sim o caminho para uma outra situação diferente dos estados emocionais que emergiram nas classes comentadas anteriormente - *isolamento, solidão, perda e tristeza e desespero*. Assim como na Classe 4 do Estudo 1, a saída é desistir de lutar e tirar a própria vida. Os trechos abaixo apontam essa perspectiva:

Acredito que dor seja a melhor palavra para definir o suicídio porque é o que a maioria dos suicidas relata em suas cartas de despedida para eles a morte é uma forma de acabar com todo o sofrimento que atormenta suas mentes. (C3, E1); Participante 77

Para mim, a fuga define melhor pois eu vejo o suicídio como um escape uma forma da pessoa encontrar para fugir da sua dor que é tão intensa. (C3, E1); Participante 109

Pela dificuldade que a pessoa sente, a depressão é uma maneira de acabar seu sofrimento. (C2, E2); Participante 69

Porque se sente sozinho ou esteja passando por um momento de sofrimento. (C2, E2); Participante 35

Esses mesmos resultados foram encontrados na Classe 2 do Estudo 2 (24,3% de UCEs). Os estudantes também atribuíram aos colegas a ideia de que o suicídio se constitui como um ato mediador entre o estado de sofrimento atual e um outro estado não objetivado. Entretanto, os resultados encontrados na Classe 4 da zona muda (24,3% de UCEs) revelam a representação de que essa saída é considerada um ato de fraqueza diante dos problemas e das pressões provenientes do meio social. Esses resultados convergem com aqueles obtidos pela Análise Pós-Fatorial, cujos quadrantes revelaram a *fraqueza* como um dos elementos que compõe o núcleo central das RS no estudo da zona muda (Tabela 2). Nas falas abaixo, se observa essa posição:

Eu já ouvi pessoas dizendo que quem comete suicídio é fraco poderia tentar resolver os problemas. (C4, E2); Participante 73

Sempre os ouço dizer que quem comete o ato é alguém fraco. [C4, E2, 116] É comum ouvir de outras pessoas a associação de uma pessoa fraca a uma pessoa que comete suicídio é como se o suicídio fosse resumido a falta de força de vontade de alguém. (C4, E2); Participante 52

Pelo que já ouvi dos colegas em algumas conversas em sala sobre o assunto, acredito que a palavra mais citada foi fuga, porque dizem que é uma forma de não sentir mais nada; quem se submete ao suicídio realmente fugir dos problemas do dia a dia. (C4, E2); Participante 164

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos nesse trabalho permitem afirmar que as representações sociais do suicídio para os estudantes de psicologia são estruturadas com fundamento nos seguintes elementos do núcleo central: *morte, dor, sofrimento, depressão, medo, pressão e tristeza*. Entretanto, quando os participantes são instados a evocar termos que atribuem aos colegas, os elementos *pressão* e *medo* não aparecem mais, surgindo, então, a palavra *fraqueza*. Da mesma forma, ainda que os estudantes associem o suicídio aos aspectos disposicionais (*depressão, tristeza e sofrimento*), o termo *pressão* sugere que, para eles, o suicídio também tem uma dimensão social externa ao indivíduo, já que relacionam o suicídio à *fraqueza* em decorrência da pressão social.

Com relação às representações de estudantes de psicologia sobre essa temática, estudos mostram que há uma crença entre as abordagens psicológicas de que o suicídio é um ato que visa encerrar um sofrimento psíquico insuportável pelo sujeito, que não encontra outras maneiras de conviver com a angústia que o perturba^{15,36}. Resultados semelhantes foram encontrados em outra pesquisa³¹, na qual o elemento *morte* foi representado como uma fuga das adversidades provenientes do meio externo. Percebeu-se, também, que os estudantes ancoraram o suicídio em suas experiências acadêmicas, fundamentando suas representações sobre esse tema em sintomas clínicos e na ideia de saúde mental como equilíbrio emocional.

O suicídio foi representado como decorrência da depressão clínica e como um ato que não visa necessariamente a morte. Nessa direção, outro trabalho³⁷ também mostrou a representação do suicídio como um mecanismo extremo de acabar com a dor psíquica, devido a uma ausência de repertório psicológico para lidar com os problemas, decorrendo no ato como uma estratégia de fuga.

Noutro estudo³⁷ verificou-se que quem pratica o suicídio não busca a morte em si. Outros trabalhos também revelam que, nessas tentativas, há o desenvolvimento de fantasias nas quais, o ato não tem como perspectiva encerrar a vida, mas sim a transformação do sofrimento psíquico por meio de uma ruptura extrema^{6,36,38,39}.

Outra investigação o suicídio representado por termos: *sofrimento, fuga e desespero*, defendendo-se como ponto comum entre as representações desses grupos a ideia de que as pessoas se matam porque só encontram essa única saída para lidar com seu estado de sofrimento^{36,40}, devido a uma rigidez de pensamento que impede outras possibilidades⁴¹.

Um estudo apresentou o suicídio vinculado a *sofrimento, desespero, fuga e doenças*. Entre os participantes do mesmo estudo, outro grupo de pessoas sem conhecimento do tema, relataram representações de *fuga, desespero, covardia, nervosismo e chamamento de atenção*⁴².

O ato suicida não pode ser considerado racional e consciente, já que as pessoas não buscam a morte de forma voluntária sem que a sua estrutura cognitiva tenha a morte como meta⁴³. É possível que esse argumento esteja relacionado com o fato de que as tentativas de suicídio ultrapassam em 10 vezes a consumação do ato¹⁴.

Com relação à associação que os participantes fizeram entre psicopatologias e ideação suicida, alguns estudos argumentam que sintomas depressivos são fortes preditores do suicídio⁴⁴⁻⁴⁶. As pesquisas tem se dividido entre aquelas que atribuem o ato suicida aos transtornos de ordem mental e outras que não fazem correlação com fatores psicopatológicos⁴⁷⁻⁴⁹. No entanto, há pesquisadores que criticam a causalidade do suicídio na

dinâmica dos transtornos psíquicos com suporte na medicina e na farmacologia modernas, haja vista que tais resultados têm-se mostrado reducionistas para a abordagem desse fenômeno complexo e multicausal⁵⁰.

No caso de influências externas o termo *pressão* é presente no núcleo central das representações. De modo geral, há estudos que atribuem o comportamento suicida a fatores disposicionais - cujos fundamentos residem na dinâmica interna da pessoa -, ao passo que há outros estudos que o associam a fatores situacionais com causalidade externa^{10,14,24}. Alguns fatores situacionais se associam ao risco de suicídio, tais como: *estresse, conflitos interpessoais, ausência de suporte social e eventos traumáticos*³⁵.

Os estudantes apontaram que a família e o círculo social mais próximo têm um papel fundamental de suporte social para aqueles que possuem um potencial risco suicida. Também, a solidão e o isolamento foram apontados como fatores associados ao suicídio, devido ao sofrimento psíquico não reconhecido e ao não cumprimento das expectativas sociais. Outros trabalhos apontam que há uma correlação entre a dinâmica social externa e o plano interno do sujeito, tendo em vista que, em diferentes grupos sociais, os transtornos psíquicos explicam significativamente o risco de suicídio⁴⁶⁻⁴⁸.

O impacto de um suicídio é alto para as famílias envolvidas, afetando entre 5 a 10 pessoas^{2,13,25}. O estigma social, a culpa e o abandono são sentimentos frequentemente relatados pelos familiares sobreviventes, os quais passam a se tornar potenciais grupos de risco²⁴. Tais sentimentos constituem-se barreiras de acesso ao apoio necessário para a experiência social do processo de luto^{10,23,27}.

Assim como acontecia em casos de familiares mortos em decorrência do vírus da AIDS, os familiares relatam que se sentem constrangidos em vivenciar o luto publicamente, pois este não é reconhecido ou autorizado². No caso de mulheres, esse sentimento conduz à ideia de fracasso, já que sentem que não desempenharam adequadamente seus papéis de cuidadoras^{51,52}.

Esses tabus são o fundamento para o desenvolvimento de doenças psiquiátricas e outros problemas graves de saúde²³:

*“Os sobreviventes poderão encontrar dificuldades para retomar suas vidas após o ocorrido, isolando-se para evitar possíveis julgamentos sociais, além de apresentar vergonha e sensações ambivalentes que os tornam cerca de duas a três vezes mais suscetíveis ao risco de suicídio*¹.

CONCLUSÃO

A pesquisa acerca de temáticas socialmente sensíveis, como o suicídio, é pertinente para a instrumentalização de intervenções apropriadas pelos profissionais que lidam com esse fenômeno na clínica e na cultura. Além disso, a compreensão desse conhecimento prático que as pessoas constroem sobre o suicídio possibilita que essas intervenções estejam mais condizentes com a dinâmica psicossocial do grupo em questão, pois as representações variam de acordo com o plano em que estão sendo formuladas.

No caso dos estudantes de psicologia, as representações partilhadas sobre o tema são marcadas por cognemas que associam o ato suicida a transtornos com sintomatologia clínica. É preciso que a formação de profissionais da saúde leve em consideração os intrincados fatores que permeiam a temática, para uma atuação prática, que não seja reducionista e limitada.

O suporte psicológico e interdisciplinar é fundamental para o atendimento a pessoas que apresentam desejos ou comportamentos suicidas. Em virtude disso, os profissionais de saúde mental desempenham papel essencial para o acolhimento e a tratamento de pessoas que possuem pensamentos, ideações ou que já tentaram praticar o ato suicida. É necessário que sejam realizados estudos que visem a compreensão das crenças desses profissionais, com vistas a instrumentaliza-los para lidar com esse fenômeno de uma forma mais eficiente e adequada.

Do mesmo modo, os estudantes representaram o suicídio como uma forma de lidar com o sofrimento psíquico, buscando não à morte, mas o fim da dor. Por essa razão, novos estudos

devem ser empreendidos, visando compreender o pensamento partilhado sobre morte e sofrimento psíquico. *Quais são as principais crenças que fundamentam o ato suicida como uma forma de lidar com o sofrimento psíquico? Qual é o papel das famílias e do círculo social para a prevenção e o risco do suicídio?* Essas questões são prementes para as próximas investigações acerca dessa temática.

Dentre as limitações desse estudo, destaca-se a quantidade de respondentes que poderia ser mais ampla, com perspectivas interpretativas maiores. Além disso, outras análises quantitativas, como a aplicação de instrumentos de atitudes, poderiam ter sido empregadas, a fim de se ampliar a compreensão do fenômeno.

REFERÊNCIAS

1. Ruckert MLT, Frizzo RP, Rigoli MM. Suicídio: a importância de novos estudos de prevenção no Brasil. *Rev Bras Ter Cogn.* [Internet]. 2019 [citado em 18 nov 2020]; 15(2):85-91. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtc/v15n2/v15n2a02.pdf>. DOI: 10.5935/1808-5687.20190013
2. Sebastião MASS. Vida depois da morte: narrativas da experiência de perda de um familiar por suicídio [Internet]. [dissertação]. Évora, Portugal: Escola de Ciências Sociais; 2017. <https://core.ac.uk/download/pdf/80518262.pdf>
3. Alves Júnior CAS, Nunes HEG, Gonçalves ECA, Silva DAS. Suicidal behaviour in adolescents: characteristics and prevalence. *J Hum Growth Dev.* [Internet]. 2017 [citado em 18 nov 2020]; 26(1):88-94. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v26n1/13.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.113733>
4. Rheinreimer B, Kunz M. Atenção ao suicídio. *Clin Biomed Res.* [Internet]. 2015 [citado em 18 nov 2020]; 35(3):123-5. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/60044>
5. Santos CVM. Sofrimento psíquico e risco de suicídio: diálogo sobre saúde mental na universidade. *Rev NUFEN* [Internet]. 2019 [citado em 18 nov 2020]; 11(2):149-60. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rnufen/v11n2/a10.pdf>. DOI: 10.26823/RevistadoNUFEN.vol11.n02rex29
6. Cortez PA, Veiga HMS, Gomide APA, Souza MVR. Suicídio no trabalho: um estudo de revisão da literatura brasileira em psicologia. *Rev Psic, Organ Trab.* [Internet]. 2019 [citado em 18 nov 2020]; 19(1):523-31. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v19n1/v19n1a03.pdf>. DOI: 10.17652/rpot/2019.1.14480
7. Associação Brasileira de Psiquiatria. Suicídio: informando para prevenir [Internet]. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina; 2014. Disponível em: <https://www.hsau.de.net.br/wp-content/uploads/2020/09/Cartilha-ABP-Preven%C3%A7%C3%A3o-Suic%C3%ADdio.pdf>
8. Costa SP, Chavaglia SRR, Amaral EMS, Silveira RE. Internações e gastos relacionados ao suicídio em um hospital público de ensino. *Rev Enferm Atenção Saúde* [Internet]. 2015 [citado em 18 nov 2020]; 4(2):20-32. Disponível em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1104>
9. Durkheim E. O suicídio: estudo sociológico. Lisboa: Editorial Presença; 1977.
10. Benetti IC, Molina LR, Kornin A. Características do suicídio em Santa Catarina: um estudo do período de 2007 a 2016. *Estud Psicol. (Natal)* [Internet]. 2018 [citado em 18 nov 2020]; 23(4): 404-15. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epsic/v23n4/a07v23n4.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20180038>
11. Costanza A, Ambrosetti J, Wyss K, Bondolfi G, Sarasin F, Khan R. Prévenir le suicide aux urgences: de la Théorie Interpersonnelle du Suicide à la connectedness. *Rev Med Suisse* [Internet]. 2018 [citado em 18 nov 2020]; 14(593):335-8. Disponível em: <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:111013>
12. World Health Organization. World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs Sustainable Development Goals [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [citado em 18 nov 2020]. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents/world-health-statistic-reports/6-june-18108-world-health-statistics-2018.pdf>
13. Fukumitsu KO, Kovács MJ. Especificidades sobre processo de luto frente ao suicídio. *Psico* [Internet]. 2016 [citado em 18 nov 2020]; 47(1):3-12. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psico/v47n1/02.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2015.2.17484>

14. Silva NKN, Carvalho CMS, Magalhães JM, Carvalho Junior JAM, Sousa BVS, Moreira WC. Ações do enfermeiro na atenção básica para prevenção do suicídio. SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. [Internet]. 2017 [citado em 18 nov 2020]; 13(2):71-7. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v13n2/03.pdf> DOI: 10.11606/issn.1806-6976.v13i2p71-77

15. Ferracioli NGM, Oliveira-Cardoso EAV, Vedana KGG, Pillon SC, Miasso AIS, Souza J, et al. Os bastidores psíquicos do suicídio: uma compreensão psicanalítica. Vínculo [Internet]. 2019 [citado em 18 nov 2020]; 16(1):1-17. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/vinculo/v16n1/v16n1a03.pdf> DOI: <http://dx.doi.org/10.32467/issn.1982-1492v16n1p17-28>

16. Cordeiro EL, Silva LSR, Mendes EWP, Silva LCL, Duarte VL, Lima ECMP. Tentativa de suicídio e fatores associados ao padrão uso e abuso do álcool. SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. [Internet]. 2020 [citado em 18 nov 2020]; 16(1):1-10. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.157007>

17. Leme VBR, Chagas APSPS, Alves AJCP, Rocha CS, França FA, Jesus FQS, et al. Habilidades sociais e prevenção do suicídio: relato de experiência em contextos educativos. Estud Pesqui Psicol. [Internet]. 2019 [citado em 18 nov 2020]; 19(1):284-97. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/43020/29667>

18. Couto VVD, Tavares MSA. Apego e risco de suicídio em adolescentes: estudo de revisão. Rev SPAGESP [Internet]. 2016 [citado em 18 nov 2020]; 17(2):120-36. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v17n2/v17n2a10.pdf>

19. Sheftall AH, Mathias CW, Furr RM, Dougherty DM. Adolescent attachment security, family functioning, and suicide attempts. *Atch Hum Dev.* [Internet]. 2013 [citado em 18 nov 2020]; 15(4):368-83. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23560608/>. DOI: 10.1080/14616734.2013.782649

20. Cruz D, Narciso I, Pereira C, Sampaio D. Self-destructive symptomatic frames in clinical adolescents: is the same different? *J Res Adolesc.* [Internet]. 2015 [citado em 18 nov 2020]; 25(3):524-33. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jora.12152>. DOI: <https://doi.org/10.1111/jora.12152>

21. Saffer BY, Glenn CR, Klonsky ED. Clarifying the relationship of parental bonding to suicide ideation and attempts. *Suicide Life Threat Behav.* [Internet]. 2015 [citado em 18 nov 2020]; 45(4):518-28. Disponível em: https://www2.psych.ubc.ca/~klonsky/publications/PBI_2015.pdf. DOI: 10.1111/sltb.12146

22. Levinzon GK. Thirteen reasons why: suicídio em adolescentes. *J Psicanal.* [Internet]. 2018 [citado em 18 nov 2020]; 51(95):297-306. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/jp/v51n95/v51n95a24.pdf>

23. Rocha PG, Lima DMA. Suicídio: peculiaridades do luto das famílias sobreviventes e a atuação do psicólogo. *Psicol Clín.* [Internet]. 2019 [citado em 18 nov 2020]; 31(2):323-44. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pc/v31n2/07.pdf> DOI: <http://dx.doi.org/10.33208/PC1980-5438V0031N02A06>

24. Botega NJ. Crise suicida: avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed; 2017.

25. Baére F, Zanello, V. O gênero no comportamento suicida: uma leitura epidemiológica dos dados do Distrito Federal. *Estud Psicol.* (Natal) [Internet]. 2018 [citado em 19 nov 2020]; 23(2):168-78. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epsic/v23n2/a08v23n2.pdf> DOI: 10.22491/1678-4669.20180017

26. Yehudit S. Choosing to enter the darkness – a researcher's reflection on working with suicide survivors: a collage of words and images. *Qual Res Psychol.* [Internet]. 2018 [citado em 18 nov 2020]; 17:1-12. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14780887.2018.1442766> DOI: <https://doi.org/10.1080/14780887.2018.1442766>

27. Moscovici S. A representação social da psicanálise. Petrópolis, RJ: Vozes; 2012.

28. Abric JC. Abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes. In: Campos PHF, Loureiro MCS, editores. Representações sociais e práticas educativas. Goiânia: UCG; 2003. p. 37-57.
29. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis, RJ: Vozes; 2005.
30. Jesuino JC. Ser professor não é fácil. Educ Quest. [Internet]. 2014 [citado em 18 nov 2020]; 49(35):29-48. DOI: <https://doi.org/10.21680/1981-1802.2014v49n35ID5903>
31. Menin MSS. Representação social e estereótipo: a zona muda das representações sociais. Psicol Teor Pesqui. [Internet]. 2006 [citado em 18 nov 2020]; 22(1):1-26. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ptp/v22n1/29843.pdf>
32. Vieira KFL, Coutinho MPL. Representações sociais da depressão e do suicídio elaboradas por estudantes de psicologia. Psicol Ciênc Prof. [Internet]. 2008 [citado em 18 nov 2020]; 28(4):714-27. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pcp/v28n4/v28n4a05.pdf>
33. Ministério da Saúde (Br). Diretrizes do apoio integrado para a qualificação da gestão e da atenção no SUS [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012 [citado em 14 set 2019]. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/julho/15/Diretrizes-Apoio-Integrado-MS10-07-12.pdf>
34. Wolter RP, Wachelke J. Índices complementares para o estudo de uma representação social a partir de evocações livres: raridade, diversidade e comunidade. Psicol Teor Prát. [Internet]. 2013 [citado em 18 nov 2020]; 15(2):119-29. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v15n2/09.pdf>
35. Wolter RP, Wachelke J, Naiff D. A abordagem estrutural das representações sociais e o modelo dos esquemas cognitivos de base: perspectivas teóricas e utilização empírica. Temas Psicol. [Internet]. 2016 [citado em dez 2020]; 24(3):1139-52. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v24n3/v24n3a18.pdf>
36. Correia CM, Gomes NP, Couto TMR, Diniz EAL, Diniz NMF. Representações sobre o suicídio para mulheres com história de violência doméstica e tentativa do mesmo. Texto & Contexto Enferm. [Internet]. 2014 [citado em 18 nov 2020]; 23(1):118-25. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt_0104-0707-tce-23-01-00118.pdf
37. Cremasco GS, Baptista MN. Depressão, motivos para viver e o significado do suicídio em graduandos do curso de psicologia. Estud Interdiscip Psicol. [Internet]. 2017 [citado em 18 nov 2020]; 8(1):22-37. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/eip/article/view/24293/0>
38. Cassorla RMS. Suicídio: fatores inconscientes e aspectos socioculturais: uma introdução. São Paulo: Blucher; 2017.
39. Müller SA, Pereira G, Zanon RB. Estratégias de prevenção e pós-venção do suicídio: estudo com profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. Rev Psicol IMED [Internet]. 2017 [citado em 18 nov 2020]; 9(2):6-23. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpi/v9n2/02.pdf>
40. Freitas APA, Borges LM. Tentativas de suicídio e profissionais de saúde: significados possíveis. Estud Pesqui Psicol. [Internet]. 2014 [citado em 18 nov 2020]; 14(2):560-77. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v14n2/v14n2a10.pdf>
41. Correia CM, Diniz NMF, Gomes NP, Andrade ICS, Campos LM, Carneiro JB. Sinais de risco para o suicídio em mulheres com história de violência doméstica. SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. [Internet]. 2018 [citado em 18 nov 2020]; 14(4):219-25. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v14n4/05.pdf>. DOI: 10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.151401
42. Daolio ER, Silva JV. Os significados e os motivos do suicídio: as representações sociais de pessoas residentes em Bragança Paulista, SP. Bioethikos [Internet]. 2009 [citado em 18 nov 2020]; 3(1):68-76. Disponível em: www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/68/68a76.pdf
43. Brunhari MV, Darriba VA. O suicídio como questão: melancolia e passagem ao ato. Psicol Clín. [Internet]. 2014 [citado em 18 nov 2020]; 26(1):197-213. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pc/v26n1/13.pdf>
44. Vieira KFL. Depressão e suicídio: uma abordagem psicossociológica no contexto acadêmico [Internet]. [dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2008 [citado em 18 nov

- 2020]. Disponível em: http://www.cchla.ufpb.br/ppgp/images/pdf/dissertacoes/kay_francis_leal_vieira_2008.pdf
45. Borges VR, Fensterseifer L. Fatores de risco ou proteção para a presença de ideação suicida na adolescência. *Interam J Psychol.* [Internet]. 2005 [citado em 18 nov 2020]; 39(2):259-66. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/26610518_Fatores_de_Risco_ou_Protecao_para_a_Presenca_de_Ideacao_Suicida_na_Adolescencia
46. Dutra E. Suicídio de universitários: o vazio existencial de jovens na contemporaneidade. *Estud Pesqui Psicol.* [Internet]. 2012 [citado em 18 nov 2020]; 12(3):924-37. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v12n3/v12n3a13.pdf>
47. Pereira AAM. Dor psicológica e ideação suicida em estudantes [Internet]. [dissertação]. Aveiro, Portugal: Universidade de Aveiro; 2013 [citado em 18 nov 2020]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10773/11527>
48. Pereira AAG. Ideação suicida e fatores associados: estudo realizado numa amostra da população universitária da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. [dissertação]. Vila Real, Portugal: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro; 2011.
49. Yoon J, Lau AS. Maladaptive perfectionism and depressive symptoms among Asian American college students: contributions of interdependence and parental relations. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol.* [Internet]. 2008 [citado em 18 nov 2020]; 14(2):92-101. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2008-04404-002>. DOI: <https://doi.org/10.1037/1099-9809.14.2.92>
50. Santos MA. Câncer e suicídio em idosos: determinantes psicossociais do risco, psicopatologia e oportunidades para prevenção. *Cienc Saúde Colet.* [Internet]. 2017 [citado em 18 nov 2020]; 22(9):3061-75. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n9/1413-8123-csc-22-09-3061.pdf>. DOI: 10.1590/1413-81232017229.05882016
51. Nunes F, Pinto J, Lopes M, Enes C, Botti NCL. O fenômeno do suicídio entre os familiares sobreviventes: revisão integrativa. *Rev Port Enferm Saúde Mental* [Internet]. 2016 [citado em 18 nov 2020]; 15:17-22. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n15/n15a03.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0127>
52. Batista P, Santos JC. Processo de luto dos familiares de idosos que se suicidaram. *Rev Port Enferm Saúde Mental* [Internet]. 2014 [citado em 18 nov 2020]; 12:17-24. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n12/n12a03.pdf>

CONTRIBUIÇÕES

Otávio Henrique Braz de Oliveira Calil contribuiu no desenho, análise de dados e redação.
Daniela Scheinkman Chatelard participou da revisão.

Como citar este artigo (Vancouver)

Calile OHBO, Chatelard DS. Representações sociais sobre suicídio. *REFACS* [Internet]. 2021 [citado em *inserir dia, mês e ano de acesso*]; 9(2):358-71. Disponível em: *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*

Como citar este artigo (ABNT)

CALILE, O. H. B. O.; CHATELARD, D. S. Representações sociais sobre suicídio. **REFACS**, Uberaba, MG, v. 9, n. 2, p. 358-71, 2021. DOI: *inserir link do DOI*. Disponível em: *inserir link de acesso*. Acesso em: *inserir dia, mês e ano de acesso*.

Como citar este artigo (APA)

Calile, O.H.B.O., & Chatelard, D.S. (2021). Representações sociais sobre suicídio. *REFACS*, 9(2), 358-71. Recuperado em *inserir dia, mês e ano de acesso* de *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.