

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Programa de Pós-Graduação em Psicologia PPGPsi
Mestrado Acadêmico

ELIZA DO AMARAL FERREIRA GUIMARÃES

**AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DE URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA SOBRE O SUICÍDIO INFANTIL**

MANAUS – AM

2018

ELIZA DO AMARAL FERREIRA GUIMARÃES

**AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DE URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA SOBRE O SUICÍDIO INFANTIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – PPGPSI, da Universidade Federal do Amazonas/UFAM, sob orientação da Profa. Dra. Denise Machado Duran Gutierrez, como requisito parcial para obtenção da titulação de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Processos Psicológicos e Saúde.

**MANAUS – AM
2018**

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

G963a Guimaraes, Eliza do Amaral Ferreira
As representações sociais de profissionais de urgência e
emergência sobre o suicídio infantil / Eliza do Amaral Ferreira
Guimaraes. 2018
116 f.: il. color; 31 cm.

Orientadora: Denise Machado Duran Gutierrez
Dissertação (Mestrado em Psicologia: Processos Psicológicos e
Saúde) - Universidade Federal do Amazonas.

1. Suicídio. 2. Suicídio Infantil. 3. Representações Sociais. 4.
Núcleo Central. 5. Serviço de Urgência e Emergência. I. Gutierrez,
Denise Machado Duran II. Universidade Federal do Amazonas III.
Título

Dedico esta dissertação aos pequenos do Coração do Pai, dos quais precisei abdicar da convivência diária pra me dedicar a este trabalho, mas que sempre me ensinam sobre a grandiosidade de ser criança.

AGRADECIMENTOS

Normalmente esta é a última página a ser escrita e parece ser muito simples fazê-la, já que ao término de cada etapa gratidão (seguido de alívio) é o que mais se sente. Mas traduzir essa gratidão em palavras é uma missão impossível, infinitamente mais difícil do que qualquer etapa cumprida nessa pesquisa.

Não posso ignorar o fato de fazer parte de uma família que pôde me proporcionar “tempo livre”, “tempo junto”, “tempo com qualidade”, pôde financiar meu sossego, minha alimentação, meus estudos, espaço para ter aspirações, me oportunizou a chance de estudar na 'federal' e depois me dar ao luxo de ser bolsista de mestrado... Sem dúvida alguma eu não cheguei até aqui, fui posta bem pertinho da linha de chegada e ainda tive muita companhia e auxílio para cruzá-la. Portanto, tenho a consciência de que não vou esgotar meus agradecimentos, tampouco retirar de sobre mim a responsabilidade que carrego por ter tantos privilégios.

Mas vamos lá tentar! Agradeço a Deus pelo amor e misericórdia sem fim. Ainda que em alguns momentos batesse o desespero, a angústia e a sensação de total incapacidade, logo depois sentia a doce presença que dava aquela forcinha fundamental!

Aos meus pais e meu irmão por todo o cuidado e investimento material e imaterial que me permitiram chegar até aqui.

Ao meu companheiro de aventuras Sergio Enrique pelo amor, amizade, auxílio, conversas profundas, paciência e suporte emocional em toda essa jornada cheia de emoções, amadurecimentos e mudanças, literalmente!

À minha grande família: sobrinhas (Sara e Laura), cunhados (Rebeca, Sophia e Deco), sogros (Sérgio e Maria Eugênia), avó (Vitória), irmã postiça (Lalá), tios, tias e primos (a lista é grande, mas a turma se espalha pelo Amazonas, Minas Gerais, Distrito Federal, Espírito Santo, São Paulo, Curitiba e atravessa o Atlântico e chega lá em Amsterdã) que direta ou indiretamente serviram como inspiração.

À professora Denise Gutierrez, minha orientadora desde o PIBIC, que sempre acreditou que eu poderia dar um passo a mais.

À professora Adriana Rosmaninho pelas conversas, amizade e puxões de orelha.

À Ana Godoy, tão fundamental no processo de descoberta da pesquisadora em mim.

Aos meus amigos de mestrado, de profissão e da vida que transformaram esse período mais leve e divertido.

Aos professores do PPGPSI, pelo conhecimento compartilhado, pelas experiências oportunizadas e portas abertas.

Aos professores que compuseram a banca de qualificação (Eduardo Honorato e Ewerton Bentes) e defesa (Adriana Rosmaninho e Rosimeire Martins) pelas incríveis contribuições e incentivo.

Aos funcionários da secretaria da Faculdade de Psicologia pelo auxílio quando necessário.

À Secretaria Estadual de Saúde (SUSAM) por permitir minha entrada nos hospitais, em especial à equipe da Gerência de Urgência e Emergência pela empatia e empenho para que iniciasse minha pesquisa o quanto antes.

À equipe dos hospitais: Direção, setores de Educação Continuada, Psicologia e Serviço Social que me auxiliaram desde a construção do projeto, me acolheram e facilitaram o contato com os profissionais participantes da pesquisa.

Aos participantes da pesquisa pela confiança, abertura, disponibilidade e contribuições, graças a sua entrega pude ter acesso a histórias tão profícuas.

E, não menos importante, às instituições que proporcionaram esse período de aprendizagem: UFAM e CAPES. Sei da responsabilidade de gozar desta oportunidade tão rara e sei também que este agradecimento é acoplado ao compromisso de retribuir todo o investimento de recursos públicos feito em mim.

“As pessoas crescidas têm sempre necessidade de explicações... Nunca compreendem nada sozinhas e é fatigante para as crianças estarem sempre a dar explicações”

O Pequeno Príncipe - Antoine Saint-Exupéry

RESUMO

Estimativas feitas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) denunciam um significativo aumento de 60% nos últimos 40 anos nas taxas de suicídio em nível mundial. No que diz respeito ao suicídio infantil, este representa a quinta principal causa de mortalidade entre crianças em todo o mundo. No cenário brasileiro, um levantamento realizado entre os anos de 2003 e 2013 permitiu observar que nas regiões Norte e Nordeste, diferentemente das outras regiões, houve um crescimento nas taxas de suicídio infantil, sendo que no Estado do Amazonas mais do que triplicou o número de ocorrências. Apesar dos dados existentes, sabe-se que os números registrados no Brasil são pouco preciso, não havendo satisfatória diferenciação entre óbitos de crianças por suicídio, acidentes e homicídios, sendo comum que as ocorrências sejam atribuídas a “causas externas”. A precariedade nos registros destas ocorrências no público infantil pode ser entendida como uma manifestação do tabu existente ao tratar deste fenômeno, uma forma de negá-lo. Diante disso, a presente dissertação teve como objetivo investigar junto aos profissionais de urgência/emergência pediátrica da cidade de Manaus quais suas concepções acerca do suicídio infantil, utilizando-se para tanto o aporte da Análise do Núcleo Central da Teoria das Representações Sociais. Utilizou-se para a coleta de dados a Técnica de Associação de Palavras a partir do termo indutor “Suicídio Infantil”. Os dados foram processados pelo software OpenEVOC, tendo como resultado um gráfico com quatro quadrantes no qual foi possível localizar o provável núcleo central e periferias da Representação Social. Os resultados apontam como centralidade da Representação a cognição “Deseestrutura Familiar” e, nas periferias foi possível perceber conteúdos relacionados às possíveis causas, manejo dos profissionais, reações emocionais destes assim como as lacunas existentes na rede de atenção à saúde que vulnerabilizam as crianças em sofrimento.

Palavras-chave: Representações Sociais, Suicídio Infantil, Serviço de Urgência e Emergência, Núcleo Central.

ABSTRACT

Estimates made by the World Health Organization (WHO) report a significant 60% increase over the past 40 years in suicide rates worldwide. With regard to child suicide, this is the fifth leading cause of child mortality worldwide. In the Brazilian scenario, a survey conducted between 2003 and 2013 showed that in the North and Northeast regions, unlike the other regions, there was an increase in infant suicide rates, and in the State of Amazonas more than tripled the number of occurrences. Despite the existing data, it is known that the numbers recorded in Brazil are not very accurate, and there is no satisfactory differentiation between deaths of children due to suicide, accidents and homicides, being common that the occurrences are attributed to "external causes". The precariousness in the records of these occurrences in the children's public can be understood as a manifestation of the existing taboo in dealing with this phenomenon, a way of denying it. Therefore, the purpose of this dissertation was to investigate with the pediatric emergency / emergency professionals of the city of Manaus their conceptions about child suicide, using the analysis of the Central Nucleus of Social Representation Theory. The Association of Words technique was used to collect data from the term "Suicide Child". Data were processed by the OpenEVOC software, resulting in a four-quadrant chart in which it was possible to locate the probable central core and peripheries of the Social Representation. The findings point to the centrality of the Representation to the "Family Destruction" cognition, and in the peripheries it was possible to perceive contents related to the possible causes, management of the professionals, emotional reactions of these as well as the existing gaps in the health care network that vulnerabilize children in distress.

Keywords: Social Representations, Child Suicide, Urgent and Emergency Service, Central Nucleus.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. JUSTIFICATIVA	18
3. OBJETIVOS	19
3.1. Objetivo geral	19
3.2. Objetivos específicos	19
4. MARCO TEÓRICO	20
4.1. O Suicídio	20
4.1.1. Uma breve história	20
4.1.2. Definições	21
4.1.3. Epidemiologia do suicídio infantil	23
4.1.4. Prevenção do suicídio, fatores de risco e proteção	28
4.2. A Infância	34
4.2.1. História social da infância	34
4.2.2. A infância e suas etapas	38
4.2.3. O paradigma biomédico e os cuidados para a infância	39
4.3. Orientações e normativas do Sistema Único de Saúde	41
4.4. Teoria das Representações Sociais	47
5. MARCO METODOLÓGICO	52
5.1. Natureza da pesquisa	52
5.2. Abordagem do Núcleo Central	52
5.3. Contextualização do Local	56
5.4. Sujeitos	58
5.5. Operacionalização	61
5.5.1. Instrumentos	61
5.5.2. Procedimentos para coleta de dados	62
5.5.3. Procedimentos para análise de dados	64
5.5.3.1. Análise de Conteúdo	65
5.5.3.2. Análise Prototípica	67
6. RESULTADOS E DISCUSSÕES	70
6.1. Análise Prototípica	72
6.1.1. O Suicídio e o Suicídio infantil	72
6.1.2. O suicídio Infantil, análise do Núcleo Central	73
6.1.3. Periferias	75
6.2. Atuação profissional e as Políticas Públicas	81
6.3. Implicações das Representações Sociais, o que elas nos apontam	87
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93
9. ANEXOS	99
9.1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	99
9.2. Modelo de questionário	102
9.3. Termo de Anuência do CSPA – UFAM	103
9.4. Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	104
9.5. Evocações Associação de Palavras	108
9.5.1. Termo indutor: Suicídio	108
9.5.2. Termo indutor: Suicídio infantil	110
9.6. Lista Nacional de Notificação Compulsória	115

LISTA DE QUADROS

QUADRO I: Fatores de risco e proteção para o suicídio	31
QUADRO II: Fases do desenvolvimento	38
QUADRO III: Principais características e diferenciações entre Núcleo Central e Sistema Periférico	56
QUADRO IV: Caracterização dos participantes da pesquisa	59
QUADRO V: Categorias analíticas	65
QUADRO VI: Exemplo de construção do quadro de análise prototípica ou quatro casas	68
QUADRO VII: Exemplo dos cálculos dos valores de corte	69
QUADRO VIII: Análise prototípica do Suicídio	71
QUADRO IX: Análise prototípica do Suicídio Infantil	71

LISTA DE FIGURAS

Figura I: Fluxograma do ensaio clínico SUPRE-MISS (OMS)	84
Figura II: Seguidimentos sistemáticos de indivíduos que tentaram suicídio em São Paulo	85

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO I: Ocorrência de suicídio entre sujeitos com idades de 5 a 9 e 10 a 14 anos 2012 e 2016 nas regiões brasileiras por 100.000 habitantes	24
GRÁFICO II: Ocorrência de suicídio entre sujeitos com idades de 5 a 9 anos entre 2012 e 2016 nos estados da Região Norte por 100.000 habitantes	25
GRÁFICO III: Ocorrência de suicídio entre sujeitos com idades de 10 a 14 anos entre 2012 e 2016 nos estados da Região Norte por 100.000 habitantes	25
GRÁFICO IV: Ocorrência de suicídio entre sujeitos com idades de 5 a 9 anos entre 2012 e 2016 nos municípios do Amazonas por 100.000 habitantes	26
GRÁFICO V: Ocorrência de suicídio entre sujeitos com idades de 10 a 14 anos entre 2012 e 2016 nos municípios do Amazonas por 100.000 habitantes	26
GRÁFICO VI: Distribuição percentual de ocorrência de suicídio entre sujeitos com idades de 9 a 14 anos da raça/cor por município nos anos de 2012 a 2016	27
GRÁFICO VII: Percentual de escolarização de crianças com idades entre 9 e 14 anos que cometeram suicídio entre 2012 e 2016	28

1 INTRODUÇÃO

Falar sobre o suicídio, e mais ainda quando ocorrido no período da infância, é falar de um fenômeno um tanto quanto desconhecido, ora por falta de informação, ora por falta de abertura para tal diálogo. O grande mito da infância feliz e inocente faz da criança o símbolo da esperança, das boas expectativas para o futuro. Pensar neste ser como alguém sem propósito, finito e com tal finitude causada por atos voluntários é trazer à tona grandes tabus que possuímos em nossa sociedade construídos ao longo dos anos.

A temática do suicídio é cercada pelas ideias de pecaminosidade, egoísmo, fraqueza e busca de atenção. A tendência de querer enxergá-lo como um caso isolado parece associar-se ao ocultamento do ocorrido. Contudo, os dados sobre mortalidade por suicídio mostram-se cada vez mais alarmantes. Estima-se que nos últimos 50 anos houve um aumento de 60% nos casos de suicídio em geral, conforme estatísticas divulgadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014). Para além dos casos concretizados, há grande parcela de tentativas ou de ideações, pensamentos e silenciamentos de dores e histórias que, quando não são ouvidas, findam por conduzir o sujeito a uma das decisões mais extremadas. Sensível a essa realidade, a OMS (2014) alerta que 9 entre 10 suicídios poderiam ter sido evitados.

Esse silenciamento tem íntima relação com as dificuldades de aceitação do fenômeno, dados os tabus existentes que barram tanto a pessoa que emudece seu desespero, quanto aquelas que não se sentem habilitadas para lidar com tal demanda. A complexidade que está contida no fenômeno do suicídio se dá pelo seu caráter multifacetado. Ainda que possa ser visto de forma literal como o ato de “*autoassassinato*” segundo Sadock (2008), há a imperativa necessidade de considerar os aspectos sociais, econômicos, culturais e psicológicos para não reduzi-lo a atos isolados e encará-lo de forma demasiado simplista, conforme também alerta Hesler (2013).

Tanto não se pode encará-lo de forma descuidada, que há constantes alertas da Organização Mundial da Saúde - sendo um deles o Informe de Prevenção do Suicídio (OMS, 2014) - para que os serviços de saúde e população em geral fiquem atentos às ocorrências, aos comportamentos e situações de risco. Segundo o informe supramencionado, contabiliza-se que a cada ano mais de 800 mil pessoas vão a óbito por atos voluntários, o que representa aproximadamente uma morte a cada 40 segundos. Essas ocorrências são distribuídas por todo o mundo e atingem diversas faixas etárias, mas há grande concentração de casos em países cuja condição econômica não é tão favorável, representando 75% dos registros e figurando como a terceira causa de morte entre jovens com idades entre 15 e 29 anos (OMS, 2014).

No Brasil, as taxas proporcionais ao número de habitantes são consideradas baixas quando comparadas a outros lugares do mundo, visto que, segundo levantamento realizado no ano de 2000,

há o registro de 4,1 mortes por suicídio a cada 100 mil habitantes, sendo que a taxa fica em torno de 6,6 por 100 mil entre os homens e 1,8 por 100 mil entre as mulheres (OMS, 2001), enquanto que em alguns países da Europa registram-se mais de 40 mortes por suicídio a cada 100 mil habitantes, conforme salienta Mello-Santos, Bertolote, & Wang (2005). Apesar das baixas taxas proporcionais, em números absolutos, o Brasil está entre os dez países com maior número de ocorrências, de acordo com Botega (2014).

Acompanhando a tendência global, as taxas de suicídio entre crianças e adolescentes também sofreram aumento. Segundo o relatório sobre violência letal contra crianças e adolescentes no Brasil (WASELFISZ, 2015), nota-se que entre os anos de 1980 e 2013 as taxas de mortalidade por causa externa (acidentes, homicídios, suicídios etc.) sofreram significativo aumento, dentre os quais destaca-se o suicídio, o qual cresceu de 0,2% para 1,0%. Em um comparativo entre os 89 países com as maiores taxas de suicídio entre crianças e adolescente com idades de 10 a 14 anos, o Brasil ocupa a 43ª posição, com a taxa de 0,7 suicídio para cada 100 mil habitantes, conforme salienta Waiselfisz (2015).

Neste mesmo relatório, o autor realiza um comparativo entre as unidades federativas que permite notar um aumento de ocorrências nas regiões Norte e Nordeste entre os anos de 2003 e 2013, sendo que no Estado do Amazonas mais do que triplica o quantitativo neste intervalo temporal. Em paralelo, há uma queda de registros nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste (WASELFISZ, 2015).

Tendo em vista a alarmante constatação em relação ao Estado do Amazonas, foi realizada uma breve consulta ao Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) - disponível eletronicamente no site do DATASUS, o qual possui acesso público, subordinado ao Ministério da Saúde -, a fim de observar o número de casos registrados naquele Estado. Os registros de óbitos infantis por suicídio analisados foram os referentes aos últimos cinco anos disponível no sistema (2012, 2013, 2014, 2015 e 2016), utilizando os recortes etários de 5 a 9 anos e 10 a 14 anos.

Nesta coleta, chamou-nos bastante a atenção a média de ocorrências por faixa etária, haja vista que, em um intervalo de quatro anos, no primeiro grupo etário (5 a 9 anos) houve uma média de 1 suicídio por ano, enquanto que na segunda faixa etária (10 a 14 anos) foram 10 casos por ano. Assim, viu-se que os casos declarados como suicídio foram responsáveis por 8% em relação às taxas totais de mortalidade durante o período temporal da infância e início da adolescência.

Embora os números não pareçam tão altos quando comparados às demais causas de morte infantil, pesquisas realizadas por Fensferseifer e Werlang (2003) indicaram que cerca de 50% dos incidentes envolvendo crianças - tais como intoxicações e acidentes domésticos - podem ser considerados tentativas de suicídio. Uma possível interpretação errônea das “pistas” dificulta a intervenção em tempo hábil e a prevenção da concretização do ato. Estes indícios reforçam as conclusões e achados de Pedroso *et al* (1986) *apud* Seminotti (2011), cuja pesquisa retrata alguns

mitos existentes em relação à capacidade autodestrutiva de crianças. Sua investigação demonstra que, ao contrário do que se pensa, as taxas de tentativas ou consumação do ato suicida são crescentes. Frisa também que crianças, tanto quanto os adultos, experimentam dor, ansiedade, medo de rejeição, solidão, a ponto de desejar sua finitude.

Ao realizar uma busca junto aos artigos indexados na Biblioteca Virtual de Saúde Pública (BVS) da Biblioteca Regional de Medicina da Organização Pan-Americana da Saúde (Bireme), na Medline, na PubMed e na PsycINFO, utilizando os descritores “suicídio infantil”, “suicídio entre crianças” e “tentativa de suicídio entre crianças”, foi possível ter acesso a 64 publicações, das quais apenas 9 tratam diretamente sobre a temática do suicídio na infância. Os demais artigos enfocam a investigação do período da adolescência, ou estudos retrospectivos dos abusos ou maus-tratos ocorridos na infância para compreender os comportamentos suicidas de adultos, considerando o suicídio como realidade resultante de diversas experiências desagradáveis ao longo da história de vida, como se a criança não pudesse traçar uma trajetória tal que ocasionasse a decisão de autoextermínio.

Os estudos que avançam no sentido de investigar o suicídio na infância não são tão expressivos, sobretudo no Brasil. As pesquisas publicadas foram realizadas no México, Chile, Espanha, Colômbia, Cuba, EUA e Suécia e foram publicadas entre os anos de 1977 e 2013, mas as produções se intensificaram entre os anos de 2002 e 2013 (DUCAN, 1977; VENCESLÁ MARTINEZ & MORIAN ELVIRA, 2002; ROBLES-GARCÍA, PAEZ AGRAZ, ASCENCIÒN GUIRADO, MERCADO SALCEDO & HERNÁNDEZ MUÑOZ, 2005; PÉREZ-OLMOS, RODRIGUEZ-SANDOVAL, DUSSÁN-BUITRAGO & AYALA-AGUILERA, 2007; ALLEGRO, CORTEZ, NAVARRETE & SALVO, 2007; BELLA, FERNANDEZ & WELLINGTON, 2010; ARGEMÍ, COBO, PUJOL, BARTOLI, ALDECOA & GARCIA, 2010; CRUZ-RODRIGUEZ, RIOS, CASTILLO, MORENO & GONZÁLEZ, 2013; KURAMOTO, RUNESON, STUART, LICHTENSTEIN & WILCOX, 2013). É interessante destacar que as investigações, em sua maioria, ocorreram em ambientes hospitalares, especificamente em atendimentos psiquiátricos, quando a conduta suicida já foi identificada, ou nos serviços de urgência e emergência, também com a clara identificação da ocorrência de tentativa de suicídio, conforme é relatado em Pérez-Olmos *et al* (2007), Kuramoto *et al* (2013), Bella *et al* (2010), Argemí *et al* (2010), Cruz Rodríguez *et al* (2013), Venceslá Martinez *et al* (2002) e Allegro *et al* (2007). Dentre os achados, apenas uma das pesquisas foi executada no ambiente escolar (ROBLES-GARCÍA *et al*, 2005).

Nestas investigações, foram realizados estudos observacionais e descritivos (CRUZ RODRÍGUEZ, 2013), entrevistas exploratórias com crianças e responsáveis que estavam presentes no momento do atendimento (BELLA *et al*, 2010) e estudos epidemiológicos, os quais analisaram as ocorrências e as correlacionaram com aspectos sociodemográficos (PÉREZ-OLMOS *et al*, 2007;

ARGEMÍ *et al*, 2010; VENCESLÁ MARTINEZ *et al*, 2002). Adicionalmente, um dos estudos apresenta a validação da Escala de Risco de Suicídio entre crianças no contexto escolar traduzida para a língua espanhola (ROBLES-GARCÍA *et al*, 2005).

Dentre os resultados mais significativos, Cruz Rodríguez *et al* (2013) apontam os seguintes fatores de risco para o suicídio infantil: violências físicas e psicológicas realizadas pelos próprios pais, falta de rede de apoio familiar, ausência de soluções para os problemas vividos, facilidade de acesso a medicamentos e depressão. Dentre os registros de um hospital em Bogotá, Pérez-Olmos *et al* (2007) observaram que as ocorrências foram predominantes entre o sexo feminino (81,4%), o meio utilizado foi majoritariamente o envenenamento/intoxicação (96,9%) e, em consonância com Cruz Rodríguez *et al* (2007), viu-se que em 87,9% das ocorrências havia o relato de disfunções familiares, relações conflitivas entre as figuras parentais, histórico de maus tratos, além de ter sido constatado que 46,5% eram primogênitos e 27,2% já haviam realizado uma tentativa prévia de suicídio (PÉREZ-OLMOS *et al*, 2007).

Tais resultados também apareceram na pesquisa de Venceslá Martinez *et al* (2002) e Bella *et al* (2010), ambos realizados na Espanha. Como resultado, viu-se que as ocorrências se davam em maior número entre pacientes do sexo feminino, o meio mais utilizado era a intoxicação e as disfunções nas relações familiares foram muito presentes. Bella *et al* (2010) frisam a relação entre transtornos psiquiátricos das crianças com a tentativa/consumação do suicídio. Em relação aos aspectos familiares, os autores também notaram histórico de transtornos psíquicos em ao menos uma das figuras parentais, assim como comportamento suicida por parte de uma delas; relações conflitivas e violentas com as figuras parentais ou a ausência de uma delas (famílias monoparentais) foram indicadas como fatores de riscos para crianças (BELLA *et al*, 2010).

Ao descrever os principais conflitos parentais presentes nos históricos familiares de crianças com comportamento suicida, Argemi *et al* (2010) elencaram separações traumáticas, transtornos psiquiátricos na família, assim como abuso de álcool ou outras drogas por aqueles responsáveis pelos cuidados da criança. Em relação às perdas significativas na infância, um estudo realizado por Kuramoto *et al* (2013) constatou a permanência do risco do comportamento suicida por crianças e adolescentes após a vivência da perda de um dos pais também por suicídio. Os autores apontaram que as crianças que foram expostas à perda de um dos pais por morte autoinfligida apresentaram tentativas de suicídio por um período médio de 5 anos após a ocorrência, enquanto que os adolescentes apresentaram uma média de tempo de dois anos. Após esse período, as ocorrências não foram mais registradas (KURAMOTO *et al*, 2013).

Como visto, há pouca produção brasileira sobre a temática do suicídio na infância, e mesmo aquelas que abarcam o público infantil publicadas em outros países, trabalham com as ocorrências registradas. As tentativas prévias ou comportamentos infantis que não estão claramente nomeados

como suicidas são invisibilizados e possivelmente negligenciados. Assim, e como mencionado anteriormente, há uma aparente negação da realidade, uma dificuldade de aceitação de tais casos, o que se pode atribuir a uma visão idealizada da infância. Erroneamente, a infância é vista como uma fase tranquila, distante de quaisquer sofrimentos ou frustrações. Esta visão de infância romantizada é construída socialmente e sustentada individualmente, permeia os mais diversos espaços e direciona ações e olhares. Diante disso, o objeto deste estudo é investigar como este fenômeno é abordado por profissionais médicos pediatras, enfermeiros e técnicos de enfermagem - aqueles que, em sua prática nos hospitais de urgência e emergência infantis, lidam com as mais diversas demandas de saúde, inclusive o suicídio infantil.

A escolha do público a ser pesquisado se deu pelo interesse de identificar os conhecimentos e significados atribuídos ao suicídio infantil que percorrem os corredores das urgências e emergências e direcionam os cuidados destinados às crianças. Com isso, almeja-se propor uma reflexão sobre o fenômeno, suas formas aparecimento e novas estratégias para lidar com a demanda existente.

2 JUSTIFICATIVA

Nem tudo o que é relevante no que diz respeito ao suicídio na infância está dito e registrado, não se materializa em altas taxas, números alarmantes ou incontáveis ocorrências; ao contrário, o que notamos como preocupante neste campo está na esfera do não dito, o não contabilizado, não considerado, não visto, mas o vivido e por vezes negado e abafado.

Este esquecimento da infância como um período vulnerável ao cometimento do suicídio é materializado nas poucas ações de atenção à criança e nas escassas pesquisas realizadas que compreendem o suicídio neste período da vida. Muitas são as produções voltadas para o público adolescente, jovem, adulto e idoso. As pesquisas voltadas para a infância vinculam-se muito aos cuidados medicalizantes, enxergando a criança como um ser incompleto, carente de algo ou com comportamento disfuncional. Pouco ou nada se entende da criança como ser ativo e com diversas potencialidades e possibilidades existenciais.

Em nossa experiência de atuação profissional com crianças e na simples convivência diária, fico fascinada a cada vez que me deparo com suas potencialidades; por outro lado, me assusto quando vejo tais potencialidades ignoradas, assim como quando percebo as negligências veladas que fecham os olhos ou calam alguns sofrimentos intensos. Assim, pôr em questão as concepções mais arraigadas culturalmente, socialmente, academicamente e em diversas outras esferas, permitem uma reflexão acerca do que entendemos como infância, bem como nos possibilita reconsiderar esta fase em busca de visões mais abrangentes e ricas.

Embora não seja um escrito sobre a infância, vemos que a Psicologia da Saúde possui uma grande responsabilidade em realizar pesquisas em ambientes de cuidado, ou sobre as práticas de cuidado. Isso nos permitiria compreender como se dá a atenção para com a saúde das pessoas, como se estabelecem as relações das pessoas com seu estado de bem ou mal-estar. Especificamente no ambiente hospitalar, notamos a importância em analisar a efetividade das intervenções, auxiliar as equipes para alcançarem uma melhor compreensão das situações enfrentadas e possibilitar um espaço de reflexão desses profissionais sobre a pessoa alvo do cuidado.

3 OBJETIVOS:

3.1 Objetivo Geral

Compreender as concepções dos profissionais de saúde em serviços de urgência e emergência pediátrica acerca do suicídio infantil.

3.2 Objetivos específicos

- I. Investigar as representações sociais acerca da infância em associação com o comportamento autodestrutivo;
- II. Analisar o manejo e estratégias destes profissionais diante de pacientes criança suicida;
- III. Discutir criticamente as Políticas Públicas materializadas em orientações, normativas e recomendações propostas pelo SUS e OMS para lidar com tais ocorrências.

4 MARCO TEÓRICO

4. 1 O Suicídio

4. 1. 1 Uma breve história

Como dito inicialmente, tratamos o suicídio como um fenômeno com muitas faces a serem enxergadas e estudadas por diversas disciplinas. No entanto, vale ressaltar que a concepção e representação que temos sobre o suicídio nos dias de hoje, muito difere de épocas passadas, por isso, é interessante observar no decorrer da história as mudanças na sociedade, que nos permite considerar o período em que o suicídio era uma prática aceitável e cultural, quando este possuía uma função política ou social, até o momento em que se tornou um tabu. Assim, propomo-nos a realizar um resgate histórico, sem a pretensão de estabelecer um “marco zero”. Temos em Silva (2008) o relato de um ritual ocorrido em 2.500 a.C., na cidade de Ur (importante cidade-estado na antiga Suméria, hoje o território do Iraque) quando 12 pessoas beberam uma bebida envenenada, deitaram e aguardaram a morte chegar. Sem grandes elucubrações sobre o fato ou explicação mais aprofundada, o relato apenas é tido como o mais antigo já encontrado (SILVA, 2008).

Em outras culturas e em tempos posteriores, já encontramos maior riqueza de detalhes nos relatos de fenômenos dessa natureza. Tem-se, por exemplo, na Grécia o suicídio como uma decisão coletiva. A pessoa não possuía o direito de tirar a sua vida sem um consentimento prévio da comunidade, visto que o suicídio era encarado como um atentado à estrutura social, sob pena de não haver a honra na sepultura e a amputação de uma das mãos do cadáver. Além da decisão coletiva, o suicídio ainda era de domínio do Estado, este poderia vetar, autorizar ou até mesmo induzi-lo – como visto na morte de Sócrates. O filósofo foi condenado por ter se posicionado contra as ideias dos atenienses. Sua pena era ser exilado, e assim abandonar a carreira de filósofo, ou envenenar-se. Como pena Sócrates optou por envenenar-se (SILVA, 2008).

Nos registros de Roma, o suicídio era retratado de duas formas diferentes: aos senhores era considerado lícito, visto que estes gozavam de direitos sobre si próprios, sobre suas vidas; enquanto que aos escravos, não possuíam tamanha autonomia. O poder sobre seus corpos e sobre suas vidas era dos seus senhores, então a família do servo era punida caso a morte fosse autoinfligida. No Egito a visão era semelhante em relação à vida dos escravos. Quando os senhores morriam, os bens eram enterrados unido aos servos, os quais se deixavam morrer em companhia do seu senhor. Por fim, em outras culturas primitivas do mundo ocidental, acreditava-se que quando o ancião, chefe da família, encontrava-se com seu espírito debilitado, era-lhe posto como dever encerrar sua própria vida em favor da solidez do grupo (SILVA, 2008).

Essa relativização da proibição do suicídio caminhou para uma proibição absoluta nos primeiros séculos da era cristã e, no século V, tornou-se um ato teologicamente condenável, equivalente a um sacrilégio. A pessoa que cometia o suicídio não gozava dos direitos aos rituais religiosos, o corpo era castigado publicamente, queimado ou exposto nu, os herdeiros também não recebiam os bens materiais deixados (SILVA, 2008). O autor ressalta que a vida deixou de ser uma propriedade privada ou comunitária, passou a ser um dom divino e, qualquer atentado a esta vida era considerado um crime passivo de punição (SILVA, 2008). Esta concepção foi abandonada apenas após a Revolução Francesa, quando o domínio da vida passou a ser individual; após este marco, todas as medidas repressivas em relação ao suicídio foram abolidas e, tal ato, assumiu um caráter *“Que oscila entre o quase clandestino, ou francamente clandestino, e o patológico [...] Um gesto solitário, dissimulado, uma transgressão, um tabu”* (SILVA, 2008, p. 16).

4. 1. 2 Definições

Com a evolução dos sentidos que o suicídio foi adquirindo ao longo dos tempos, estudiosos acompanharam este fenômeno em busca de suas definições e explicações. Dentre os principais estudos, surge a propositura do sociólogo francês Émile Durkheim em sua obra *O Suicídio* (publicado pela primeira vez em 1897), onde o autor definia suicídio como: *“[...] todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato, positivo ou negativo, realizado pela própria vítima e que ela sabia que produziria esse resultado”* (DURKHEIM, 2004, p. 14).

Durkheim também propunha que a soma total dos casos de suicídio poderia ser explicados apenas em termos sociológicos, não através da dimensão individual como um ato de autodestruição, ou seja, a análise deveria voltar-se para a sociedade e não para o sujeito. Entende-se, portanto o suicídio: como fenômeno exclusivamente social. O autor separa o suicídio em quatro categorias: o egoísta (ocorre pela inadequação e enfraquecimento de laços com o grupo social, obedecendo tão simplesmente ao desejo do homem), o altruísta (fruto de um grupo fortemente ligado, possui caráter essencialmente nobre – filantrópico - e se dá para manutenção do grupo, por uma causa coletiva), o anômico (tem íntima relação com alterações econômicas e sociais bruscas, as quais enfraquecem a coesão social e ocasionam a perda de identificação do sujeito com o grupo, apresentando-se o suicídio como saída) e o fatalista (o qual ocorre em situações de intensa pressão social, como em prisões ou cidades sitiadas por inimigo) (DURKHEIM, 2004). Durkheim, fala apenas do ato concreto, não traz para discussão os comportamentos que seriam considerados de risco assim como os pensamentos ou ideias, sua discussão está no campo do social.

Outra leitura possível acerca do suicídio é a baseada em um modelo biologicista, como aborda Botega (2015). Este modelo, movido pela genética, combinadas com fatores ambientais, como

adversidades ocorridas na infância, indicariam se uma pessoa estaria ou não suscetível a cometer suicídio. O autor acrescenta que alguns componentes desse modelo tem sido objeto de intensa investigação científica, tais como: traços impulsivos e/ou agressivos, experiências traumáticas na infância, desamparo, pessimismo, carência de apoio social, rigidez cognitiva, prejuízo na capacidade de soluções problemas e acesso a meios letais. Também se observou, a partir de estudos retrospectivos realizados nos Estados Unidos, a forte relação entre transtornos psiquiátricos (com maior frequência a depressão) e o suicídio, já que se constatou a presença de transtornos psiquiátricos em 90% dos casos registrados de morte autoinfligidas (BOTEGA, 2015).

A compreensão que adotamos acerca do suicídio está ancorada à perspectiva de Edwin Shneidman, psicólogo considerado pai da suicidologia. Shneidman construiu um referencial sobre o suicídio com bases tanto psicodinâmicas quanto cognitivas e, em sua obra, cunhou o termo “*Psychache*”, neologismo que denomina o estado psíquico de alguém prestes a se matar (BOTEGA, 2015).

Psychache trata-se de uma dor intolerável, vivenciada como uma turbulência emocional interminável, uma sensação angustiante de estar preso em si mesmo, sem encontrar a saída (BOTEGA, 2015, p. 76).

O autor acrescenta que essa profunda desesperança combinada ao desespero por alívio comprometem a capacidade de construções cognitivas para elaborar ações a fim de enfrentar os problemas; assim, a solução e alívio rápidos surgem como a cessação da consciência para calar a dor (BOTEGA, 2015). Desta forma, nota-se que a questão central do suicídio (salvo aqueles com finalidade religiosa/ritualística, ou com características semelhantes ao suicídio altruísta – descrito por Durkheim) não é sobre a morte ou se matar, mas sim a busca por alívio de uma dor psíquica intensa e, a perda da consciência (através da morte), apresenta-se como a única saída. Shneidman não buscou definições rígidas ou categóricas, pois compreendia o suicídio como um fenômeno idiossincrático, evento único e particular, contudo, elaborou as “dez generalidades psicológicas mais salientes no suicídio” (BOTEGA, 2015):

O propósito comum é a busca de solução para uma dor psíquica; o objetivo comum é cessar o fluxo de consciência; o estímulo comum é uma dor psíquica insuportável; o estressor comum são as necessidades psíquicas frustradas; a emoção comum compreende desesperança e desamparo; o estado afetivo comum é ambivalência; o estado cognitivo comum é a rigidez e constrição; a ação comum é a fuga; o ato interpessoal comum é a comunicação de sua intenção; a consciência comum é com o padrão de enfrentamento existencial (BOTEGA, 2015, p. 78).

Em outras palavras, podemos trazer a contribuição de Figueiredo, Silva, Mangas, Vieira, Furtado, Gutierrez & Sousa, (2012) quando estes tratam a natureza do suicídio como social, mas

ressaltam que o sujeito, e seu microuniverso, possuem enorme importância nessa equação; considerando, portanto, o suicídio como uma manifestação da decisão individual, mas carregada de aspectos sociais e afetivos.

Além do ato consumado, existem outras condutas suicidas, as quais são descritas por Mosquera (2016). Tentativa de suicídio: seriam atos de um sujeito que pretende se matar, mas cujo desfecho não resulta em óbito. Já a ideação suicida: aparece em vários graus de intensidade do pensamento de se matar assim como o plano. Não são raras as fantasias autodestrutivas e a recorrência os pensamentos de desvalor da vida. Um importante alerta realizado por Bella *et al* (2010 *apud* MOSQUERA, 2016), é o fato de que uma das principais medidas de prevenção ao suicídio é a atenção às condutas suicidas, visto que, na maioria dos atos consumados, houve o pensamento e tentativas prévias de suicídio.

Um estudo realizado sobre tentativa de suicídio entre crianças por Friederich (1989) considerou o suicídio um ato voluntário onde a pessoa tem todas as condições possíveis de deliberar sobre sua vida e possui consciência de que se trata de um ato irreversível. Friederich (1989) sustenta, que na infância a concepção de morte para a criança ainda não está bem amadurecida, a irreversibilidade e a finitude ainda não foram devidamente assimiladas. Assim, os atos autodestrutivos são análogos ao suicídio, mas não se caracterizam como suicídios propriamente. Por fim o entendimento da autora é no sentido de que a criança “não se suicida, mata-se”. Além de entendermos esses fenômenos como sinônimos, acompanhamos a concepção de Shneidman (BOTEGA, 2015) de que a questão central do suicídio não é a morte ou o matar-se, mas a cessação da consciência a fim de evitar uma dor psíquica insuportável.

Ainda que em discordância em relação ao conceito de suicídio infantil, a contribuição de Friederich (1989) é válida no sentido de que há uma compreensão da dificuldade em aceitar a capacidade autodestrutiva por parte das pessoas que cercam a criança, incluindo os familiares e profissionais envolvidos com o cuidado. Outro aspecto importante é que, ainda que haja grande relação entre transtornos mentais e suicídio, como visto anteriormente, entre o público infantil parece haver maior relação com aspectos psicossociais, como abandono, maus-tratos, negligência ocorridas principalmente no núcleo familiar. Finalmente, muito importante são os sinais para uma primeira tentativa de suicídio, a criança não faz tantas comunicações de suas intenções e, quando comete o ato, dificilmente deixa informações sobre suas motivações, como é comum ocorrer entre as demais faixas etárias (FRIEDERICH, 1989).

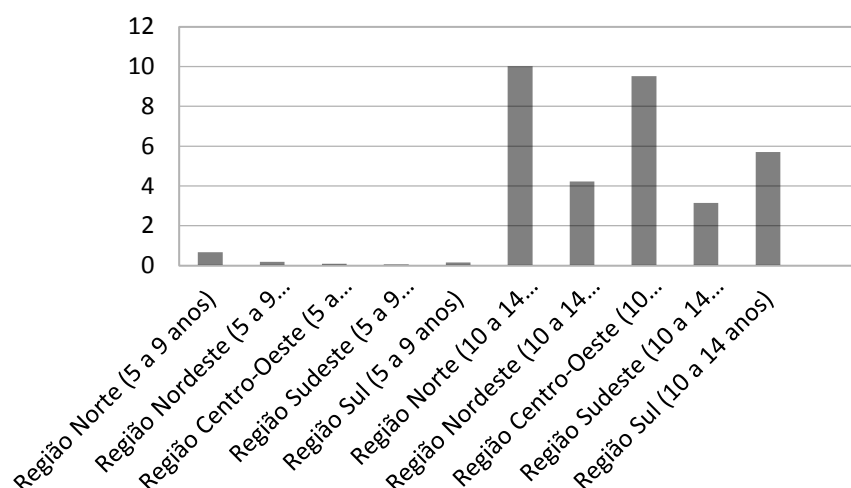
4. 1. 3 Epidemiologia do suicídio infantil:

Como mencionado inicialmente, as taxas de suicídio na infância sofreram considerável

aumento na última década (WAISELFISZ, 2015). Os dados estatísticos, ainda que não consigam expressar a totalidade das ocorrências dada a subnotificação (da qual falaremos mais a frente), nos permite visualizar de uma maneira um pouco mais concreta o fenômeno do qual estamos tratando. Abrimos um breve espaço para apresentar de maneira mais acurada as ocorrências de suicídio nas regiões do Brasil, com foco especial no Estado do Amazonas a partir de dados disponíveis no banco de dados virtual do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) - de acesso público, subordinado ao Ministério da Saúde.

Neste banco de dados, dentre tantas informações, estão os registros de mortalidade (os quais são alimentados a partir das declarações ou atestados de óbito que, salvo em raras exceções, são emitidas por profissionais médicos e indicam a causa da morte). Fazemos questão dessa cuidadosa apresentação pois mais adiante apresentamos as falhas nesses registros, as quais tornam os dados quantitativos fornecidos neste banco de dados imprecisos. Não obstante, as informações colhidas são inquietante não apenas pelo quantitativo, mas pelo que representam. Abaixo temos a representação gráfica do quantitativo relativo das ocorrências de suicídio por região do país levando em consideração o quantitativo populacional de cada faixa etária. Ou seja, tomou-se como base de cálculo o valor fornecido pelo banco de dados do IBGE sobre o a quantidade de sujeitos com idades entre 5 e 9 anos assim como 10 e 14 anos, em seguida multiplicado por 100.000 a fim de mostrar a quantidade de ocorrências em relação ao quantitativo populacional.

GRÁFICO I: Ocorrência de suicídio entre sujeitos com idades de 5 a 9 e 10 a 14 anos 2012 e 2016 nas regiões brasileiras por 100.000 habitantes.

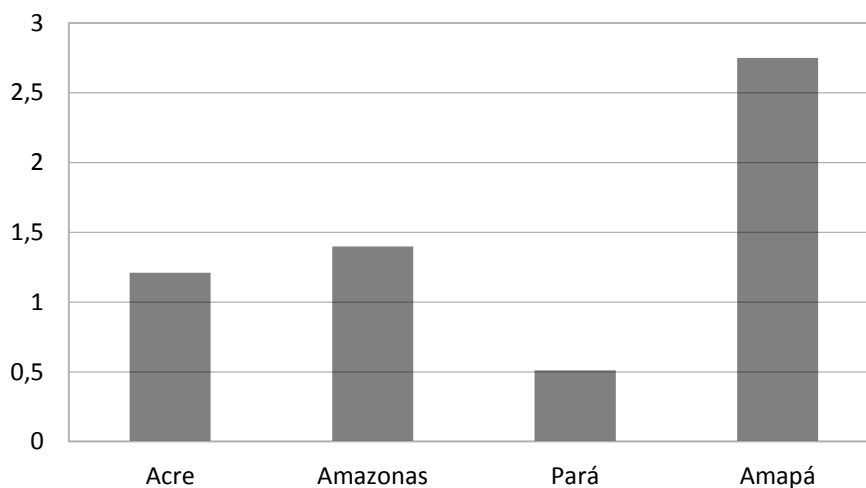


Fonte: Pirâmide etária IBGE. Banco de dados DATASUS.

Nota-se que a região norte, em ambos recortes temporais, concentram os maiores números relativos de ocorrências registrada, o que reforça o destaque de Waiselfisz (2015) para esta região seu

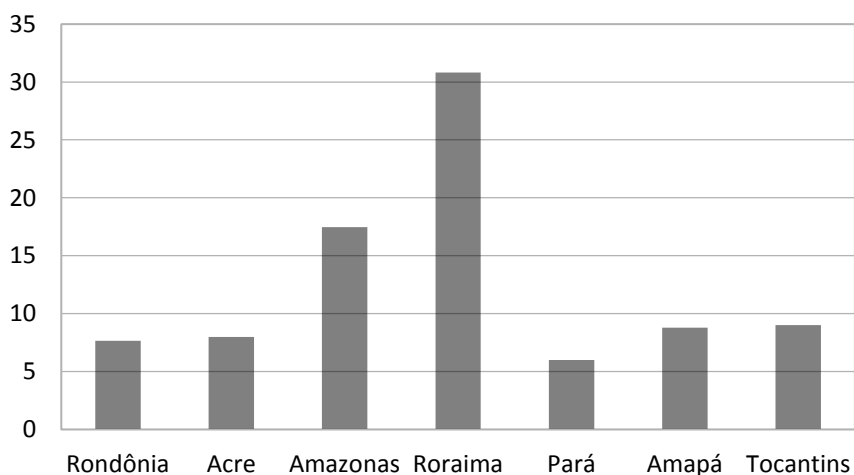
significativo crescimento de casos registrados. Abaixo podemos ver os valores distribuídos nos estados da citada região.

GRÁFICO II: Ocorrência de suicídio entre sujeitos com idades de 5 a 9 anos entre 2012 e 2016 nos estados da Região Norte por 100.000 habitantes.



Fonte: Pirâmide etária IBGE. Banco de dados DATASUS.

GRÁFICO III: Ocorrência de suicídio entre sujeitos com idades de 10 a 14 anos entre 2012 e 2016 nos estados da Região Norte por 100.000 habitantes:

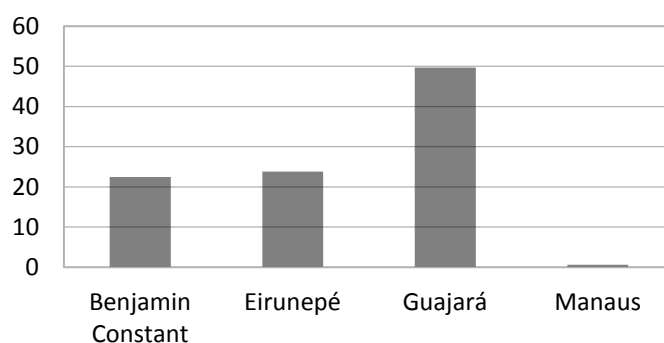


Fonte: Pirâmide etária IBGE. Banco de dados DATASUS.

Pode-se notar que no estado do Amapá (no primeiro grupo etário) e Roraima (no segundo grupo etário) há números expressivos de ocorrências, ao esmiuçar os dados, é possível perceber que as ocorrências se dão majoritariamente no interior (no caso do Amapá exclusivamente) e há significativo registro entre a população indígena (especialmente no estado de Roraima). Em relação estado do Amazonas, em números absolutos, os casos de suicídio registrados entre 2012 e 2016 somaram 65. Cabe ressaltar que, entre crianças com idades entre 5 e 9 anos, 75% das ocorrências foram registradas em municípios do interior. E nas idades seguintes, dos 10 aos 14 anos,

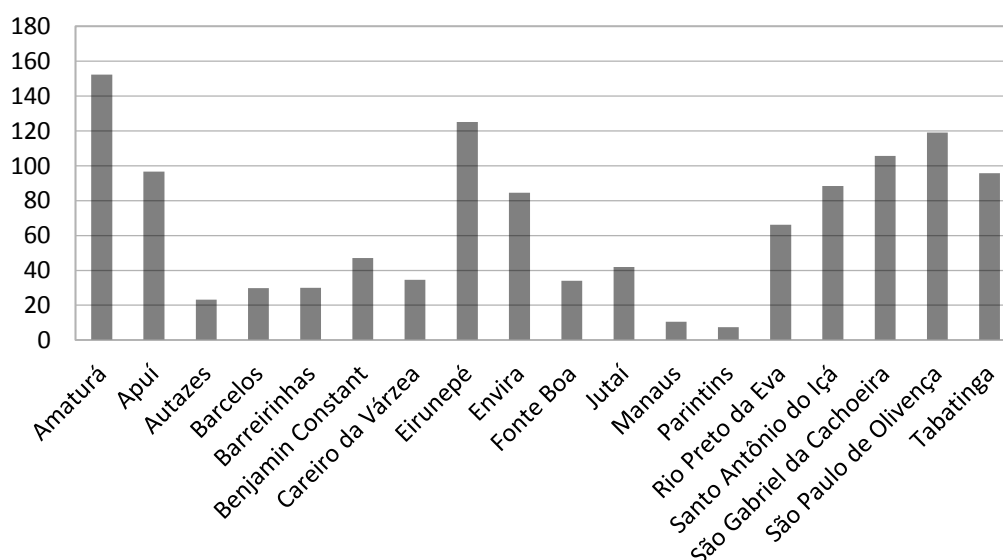
aproximadamente 30% das ocorrências advindas da capital e os 70% restantes foram nos municípios do interior, sendo 50% destas ocorrências concentradas em apenas 4 municípios: Eirunepé, São Gabriel da Cachoeira, São Paulo de Olivença e Tabatinga. Nos gráficos abaixo há o cálculo relativo das ocorrências tomando como parâmetro a população declarada entre 5 e 9 anos e entre 10 e 14 anos de cada município.

GRÁFICO IV: Ocorrência de suicídio entre sujeitos com idades de 5 a 9 anos entre 2012 e 2016 nos municípios do Amazonas por 100.000 habitantes:



Fonte: Pirâmide etária IBGE. Banco de dados DATASUS.

GRÁFICO V: Ocorrência de suicídio entre sujeitos com idades de 10 a 14 anos entre 2012 e 2016 nos municípios do Amazonas por 100.000 habitantes:

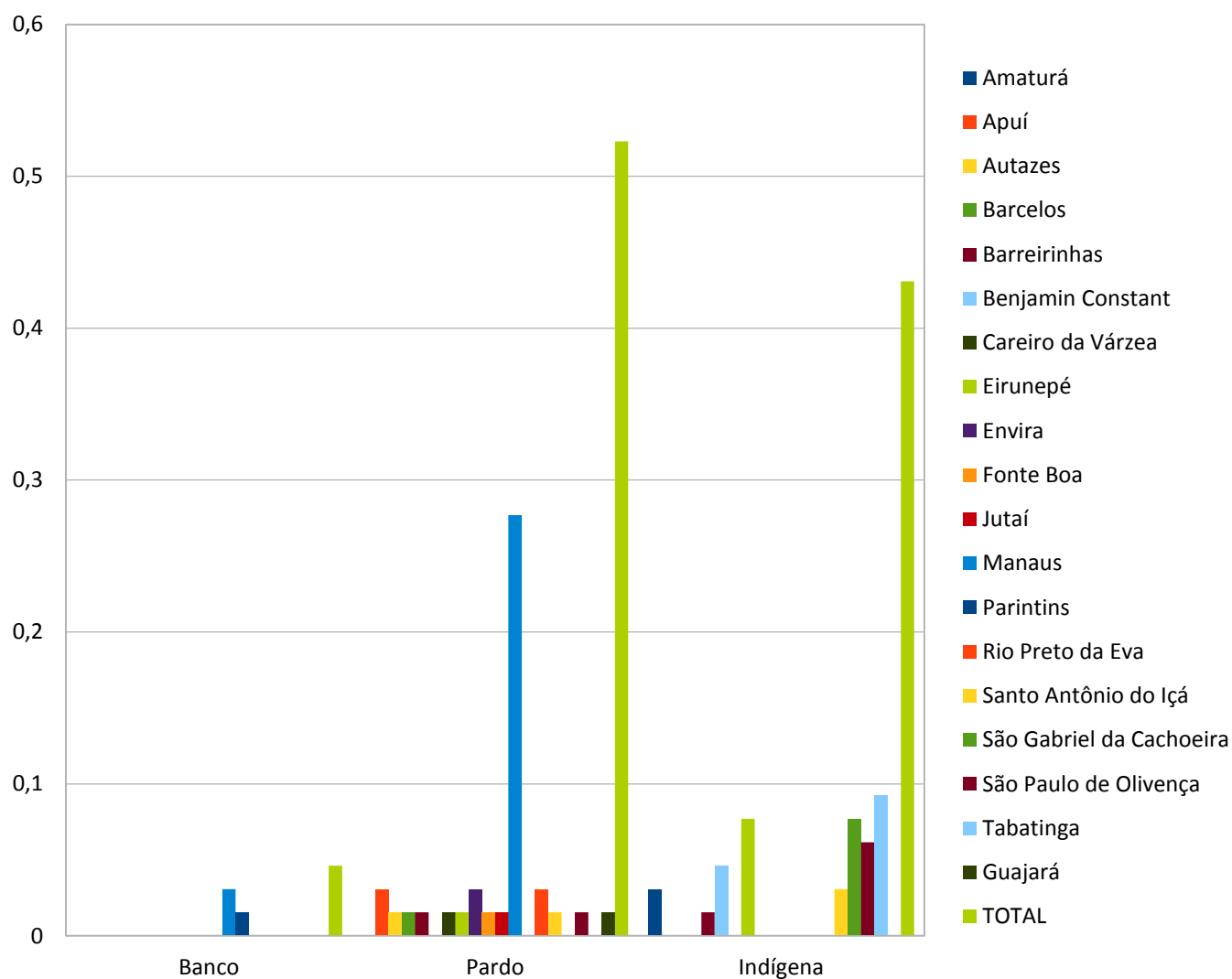


Fonte: Pirâmide etária IBGE. Banco de dados DATASUS.

Uma importante especificidade das ocorrências dos casos de suicídio registrados nos municípios do interior do estado é da grande ocorrência entre grupos indígenas, como pode ser visto

a seguir.

GRÁFICO VI: Distribuição percentual de ocorrência de suicídio entre sujeitos com idades de 9 a 14 anos da raça/cor por município nos anos de 2012 a 2016:

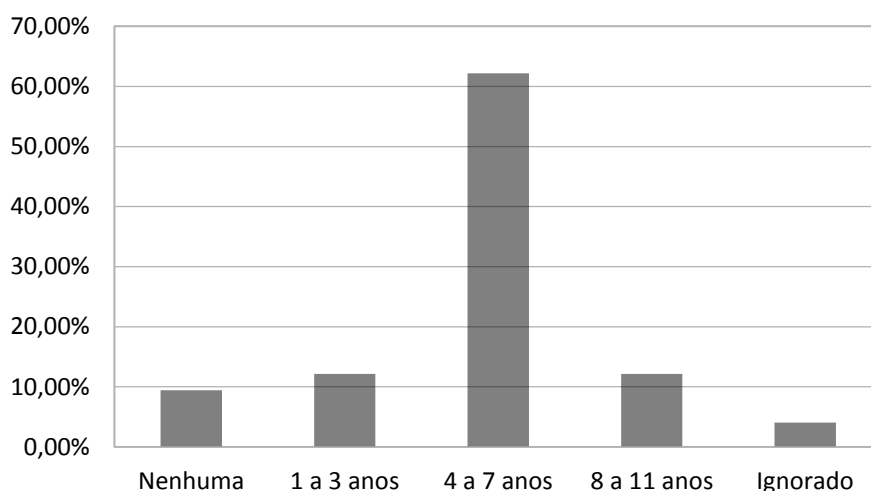


Fonte: Pirâmide etária IBGE. Banco de dados DATASUS.

Em relação à população indígena, Souza & Orellana (2013) denunciaram que as taxas de mortalidade entre indígenas por suicídio, em alguns municípios do interior do Amazonas como Tabatinga ou São Gabriel da Cachoeira por exemplo, equiparam-se às taxas de mortalidade por homicídios entre a população não indígena. Os autores frisam que o comportamento suicida pode estar associado ao uso excessivo de drogas, em especial o álcool assim como ao processo de perda de identidade pela qual muitas comunidades têm passado. Também pode-se apontar que muitos grupos estão localizados em fronteiras internacionais marcadas pelo intenso tráfico internacional de drogas ilícitas ou ainda em terras em constantes disputas e conflitos e por posse.

Para além do exposto, cabe sobrelevar a precariedade de acesso aos serviços básicos de saúde e justiça bem como a dificuldade de acesso à capital em que, em sua maioria, a população dos municípios interioranos enfrentam (BARBOSA, 2004). Por fim e para passar para a próxima seção, abaixo estão os percentuais do tempo de escolarização de crianças que cometeram suicídio.

GRÁFICO VII: Percentual de escolarização de crianças com idades entre 9 e 14 anos que cometeram suicídio entre 2012 e 2016:



Fonte: Pirâmide etária IBGE. Banco de dados DATASUS.

Nota-se que a grande maioria das crianças estavam inseridas na rede de ensino o que nos aponta para um importante dado: as escolas não serviram como um fator de proteção. Mais adiante retomaremos este ponto para refletir acerca das estratégias de prevenção bem como o uso deste espaço escolar para tais ações.

4. 1. 4 Prevenção do suicídio, fatores de risco e proteção

Antes de adentrarmos nas discussões sobre as ações preventivas do suicídio e os materiais disponíveis aos profissionais da saúde, vemos como importante compreender a partir de quais dados ou perspectivas essas estratégias são construídas, já que este ponto de partida indica como o sujeito é enxergado, assim como de que forma as ações são operacionalizadas para o alcance de tal sujeito.

De acordo com Yunes & Szymanski (2001), os conceitos de risco e proteção possuem grande relação entre si. Inicialmente as autoras apresentam que a concepção de risco tem suas raízes no comércio marítimo entre os séculos XVIII e XIX, quando comerciantes notaram seus prejuízos em função de desastres e perdas ocorridas nas rotas escolhidas. Com o intuito de minimizar perdas, adotaram o cálculo dos riscos para definir quais melhores rotas a serem traçadas. A probabilidade de um evento acontecer definia valores dos produtos e caminhos a serem percorridos.

Posteriormente, este conceito foi importado para o meio científico e aplicado às pesquisas

epidemiológicas na área médica, as quais tinham como objetivo estudar padrões de doenças em determinadas populações e os fatores que influenciavam esses padrões (LILENFELD & LILENFELD, 1980 *apud* YUNES & SZYMANSKI, 2001). Gradativamente, o conceito foi aumentando sua amplitude, propondo-se a analisar diversos outros aspectos psicossociais, como por exemplo, a correlação entre a ocorrência de conflitos intrafamiliares e o comportamento agressivo de crianças.

Contudo, a perspectiva utilizada ainda possuía uma visão bastante rígida sobre causa e efeito, ou seja, a presença de determinado fator considerado como de risco, já anunciava consequências indesejáveis. Não obstante, as autoras frisam que determinadas situações ou circunstâncias possuem um caráter iminentemente negativo, como a extrema pobreza, conflitos familiares ou abusos. Inicia-se assim o questionamento se estes fatores necessariamente caracterizam-se como risco ou não, já que o resultado depende da ação do sujeito sobre a situação, seus comportamentos assim como os mecanismos pelos quais os processos de risco operam seus efeitos negativos (YUNES & SZYMANSKI, 2001). Diante disto, a perspectiva adotada em relação ao conceito de risco não é como variável em si, mas como um processo, podendo ser definido como toda sorte de eventos negativos de vida, e que, quando presentes aumentam a possibilidade do indivíduo apresentar problemas físicos, sociais ou emocionais (YUNES & SZYMANSKI, 2001). Ou seja, os fatores de risco, ou condições de risco não anunciam uma resposta negativa, apenas agem sobre o sujeito e aumentam as possibilidades para as consequências indesejáveis, já que há grande variação entre as respostas individuais que podem ou não resultar em consequências negativas para o sujeito exposto.

Com o intuito de ampliar a concepção do risco, outro conceito emerge trazendo ao centro das discussões aspectos que vão para além de atitudes ou vivências individuais: o conceito de vulnerabilidade. Segundo Ayres, França, Calazans & Saletti Filho (2003), o termo “vulnerabilidade” foi importado da advocacia internacional, onde seu sentido estava vinculado à garantia dos direitos fundamentais de grupos ou indivíduos política ou juridicamente fragilizado, para a saúde coletiva durante a epidemia de HIV/AIDS, quando se notou que a epidemia e posterior pandemia tinha como seus determinantes aspectos outros muito além de um agente viral específico. Viu-se que a utilização de ações baseadas na concepção de risco tornou-se discriminatória, no momento em que se trabalhou com grupos de risco, e culpabilizante quando da adoção da ideia de comportamentos de risco (AYRES *et al.*, 2003).

O autor explica, portanto, que as ações e os estudos sobre as vulnerabilidades no campo da saúde possuem a pretensão de realizar uma síntese dos aspectos individuais, coletivos e contextuais, os quais culminam em uma fragilização dos recursos de resistência aos processos de adoecimento. Em síntese, tem-se como objetivo de análise na vulnerabilidade:

Trazer os elementos abstratos associados e associáveis ao processo de adoecimento para planos de elaboração teórica mais concretos e particularizados, nos quais os nexos e mediações entre esses fenômenos sejam o objeto propriamente dito do conhecimento (AYRES *et al.*, 2003, p. 127).

Pode-se dizer ainda que vulnerabilidade quer expressar os “*potenciais de adoecimento/não adoecimento relacionado a ‘todo e cada indivíduo’ que vive em certo em um certo conjunto de condições*” (AYRES *et al.*, 2003, p. 128). O autor frisa, contudo, que a identificação dessas situações se beneficia das análises de risco, já que essas trazem importantes indicadores de vulnerabilidade. Mas como visto o interesse da análise está nos nexos entre fenômenos, não nas relações ou processos casuísticos (AYRES *et al.*, 2003).

Os fatores de proteção, por sua vez são as influências, condições, habilidades e características que modificam, melhoram ou alteram respostas pessoais a determinados fatores de riscos. Esses fatores podem não apresentar efeito na ausência de um estressor, pois seu papel é modificar a resposta do sujeito ante a ameaça. Uma importante delimitação feita pelas autoras pode ser vista nos três pontos abaixo:

1) O fator de proteção pode não se constituir em um acontecimento agradável no sentido coloquial do termo, e são mencionados os efeitos “endurecedores” de determinadas experiências negativas (que, no caso serviriam como sistemas de proteção); 2) ao contrário das experiências positivas, os fatores de proteção podem não ter efeito algum na ausência de um elemento estressor, já que seu papel é justamente modificar respostas a situações adversas; 3) fatores de proteção não são experiências, mas referem-se a qualidades do indivíduo como pessoa. (YUNES & SZYMANSKI, 2001, p. 37).

Os fatores de proteção atuam no processo de resiliência - ainda que não seja um termo que abordaremos em profundidade, cabe situá-lo. Tomamos a definição de Rutter (1987 *apud*. YUNES & SZYMANSKI, 2001) que compreende resiliência como o processo final de proteção que não elimina o risco, mas encoraja a pessoa a se engajar na situação nas quais ele está presente, através de diversas estratégias as quais operam na presença de risco para produzir consequências boas ou melhores do que aquelas obtidas na ausência dele. Como visto a cima, as estratégias citadas são os fatores de proteção.

Nos estudos sobre suicídio Botega (2015) ressalta que as investigações sobre os fatores de risco são mais extensas do que as encontradas em relação aos fatores de proteção, visto que estes últimos são mais complexos em sua definição, mais difíceis de serem operacionalizados e mensurados. A partir de pesquisas retrospectivas, epidemiológicas e clínicas, foi possível catalogar alguns aspectos que foram apontados como os fatores de risco e fatores de proteção, de forma sintética, conforme quadro abaixo:

QUADRO I: Fatores de risco e proteção para o suicídio.

Fatores de Risco:	Aspectos Protetivos
Fatores Sociodemográficos: • Sexo Masculino; • Adulto jovem (19 a 49 anos) e idosos • Estado civil: viúvos, divorciado ou solteiro (principalmente entre os homens); • Homossexuais ou bissexuais; • Ateus, protestantes tradicionais; • Grupos étnicos minoritários. Transtornos Mentais: • Depressão, transtorno bipolar, abuso/dependência de álcool e/ou outras drogas, esquizofrenia, transtorno de personalidade (especialmente <i>borderline</i>); • Histórico familiar de doenças mentais; • Falta de tratamento ativo e continuado em saúde mental. Fatores Psicossociais: • Abuso físico ou sexual; • Perda ou separação dos pais na infância; • Ausência de apoio social; • Isolamento social; • Perda afetiva recente ou outro acontecimento estressante; • Desemprego; • Aposentadoria; • Violência doméstica; • Desesperança; • Traços de personalidade: impulsividade, agressividade, labilidade emocional, perfeccionismo; • Rigidez cognitiva, pensamento dicotômico; • Pouca flexibilidade para enfrentar adversidades; • Tentativa prévia de suicídio; • Histórico de suicídio na família. Outros: • Acesso a meios letais (arma de fogo, veneno);	Personalidade e estilo cognitivo: • Flexibilidade cognitiva; • Disposição para aconselhar-se em caso de decisões importantes; • Disposição para buscar ajuda; • Abertura à experiência de outrem; • Habilidade para se comunicar; • Capacidade para fazer uma boa avaliação da realidade. Estrutura familiar: • Bom relacionamento interpessoal; • Senso de responsabilidade em relação à família; • Crianças pequenas na casa; • Pais atenciosos e consistentes; • Apoio em situações de necessidade. Fatores socioculturais: • Integração e bom relacionamento em grupos sociais (colegas, amigos, vizinhos); • Adesão a valores e normas socialmente compartilhados; • Prática religiosa e outras práticas coletivas (clubes esportivos, grupos culturais); • Rede social que proporciona apoio prático e emocional; • Estar empregado; • Disponibilidade de serviços de saúde mental. Outros: • Gravidez, puerpério; • Boa qualidade de vida; • Regularidade do sono; • Boa relação terapêutica.

- Doenças físicas incapacitantes;
- Estados confusionais orgânicos;
- Falta de adesão ao tratamento, agravamento ou recorrência de doenças preexistentes;
- Relação terapêutica frágil ou instável.

Fonte: BOTEGA, 2015, p. 87-89.

Utilizar-se de tais fatores, segundo Botega (2015), seja a partir da observação, escuta ou manejo é importante pois, servem como alertas tanto ao risco quanto para as potencialidades do sujeito. O autor frisa que não há a relação direta entre combinações de fatores como uma simples somatória de aspectos que resulta na equação precisa se uma pessoa vai ou não cometer o suicídio, mas tais observações servem como norteador e alicerce para se pensar as práticas preventivas. O autor afirma ainda que os fatores de risco e proteção atuam de formas diferenciadas de acordo com o momento da vida em que a pessoa se encontra assim como acontecimentos prévio. Trabalha-se, portanto com fatores de riscos *distais* ou *predisponentes* e *proximais* ou *precipitantes*, sendo aqueles mais estruturantes ou cronologicamente mais distantes da ocorrência e esses mais próximos, não raro apontados como causador da crise suicida, quando na verdade foi o desencadeador de uma crise suicida, conforme Botega (2015).

No que tange às estratégias de prevenção ao suicídio, notou-se significativo avanço a partir da década de 1990, quando o suicídio passou a ser considerado um problema de saúde pública pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e incentivou a criação de planos nacionais para a prevenção do suicídio, alertando para a multisetorialidade das ações e apontando alguns itens principais para serem contemplados nos planos, muitos dos itens baseados nos estudos de fatores de risco e proteção, tais como: conscientização da população através de programas em escolas e divulgação responsável pela mídia; atenção a pessoas que sofrem com depressão ou outros transtornos mentais, que fazem abuso de álcool ou outras substâncias psicoativas e que sofrem com doenças incapacitantes ou que causem muita dor; políticas voltadas para a qualidade de trabalho e para a situação de desemprego; acessibilidade dos serviços de saúde mental; treinamento de profissionais de saúde para trabalhar com a temática do suicídio; intervenções psicossociais em crise; apoio emocional a famílias enlutadas; atualização das estatísticas sobre suicídio e monitoramento e avaliação das ações implementadas (BOTEGA, 2015).

Diante disto, a OMS realizou o *Multisite Intervention Study on Suicidal Behavior* (SUPRE-MISS). Consistiu em um projeto transcultural realizado em cidades de oito países (Brasil, Estônia, Índia, Irã, China, África do Sul, Sri Lanka e Vietnã) a fim de investigar os fatores de risco e proteção e investir em estratégias de prevenção do suicídio, com a supervisão científica do Australian Institute for Suicide Research and Prevention, Griffith University (Brisbane, Austrália), e do National Centre

for Suicide Research and Prevention of Mental Ill-Health, Karolinska Institute (Estocolmo, Suécia). A pesquisa utilizou inquéritos de base populacional para analisar o comportamento suicida, e para avaliar estratégias de tratamento de pessoas que tentam o suicídio (BOTEGA, MARÍN-LEÓN, OLIVEIRA, BARROS, SILVA & DALGALARRONDO, 2009). Deste estudo, nasceram diversos manuais e documentos que possibilitaram a formação de profissionais atuantes especificamente na saúde mental, na atenção básica e, até mesmo professores e educadores (OMS, 2000).

Cabe ressaltar que, até os anos 2000 a problemática do suicídio não era tida como questão de saúde pública no Brasil, as ocorrências eram ofuscadas por doenças endêmicas ou por outras causas de morte violenta. Interessante observação feita por Minayo & Souza (2003) de que a consciência social sobre a violência tem se modificado e ampliado, mas ainda percebe-se marcadas distinções em relação à comoção social e o tipo de violência, como por exemplo acidentes de trânsito, homicídios e violência doméstica, a primeira é vista como fatalidade, a segunda, como fruto de criminalidade ou delinquência – por isso duramente condenada - e, por fim, a terceira ainda tida como tabu é silenciada; o suicídio, por sua vez, aproxima-se deste último modo de interpretação e relação, carregando consigo diversos tabus e mitos que aumentam as dificuldades para se implementar ações com vistas a prevenção.

Neste cenário, foi convocado apenas em 2005 um grupo de trabalho composto por representantes do governo, de entidades da sociedade civil e das universidades, conforme instituído pela portaria nº 2.542/GM, de 22 de dezembro de 2005 que resultou, no ano seguinte na Portaria nº 1.876/14 de agosto de 2006, a qual institui as diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio. Em seu postulado, pode-se citar: o desenvolvimento de estratégias de informação, comunicação e de sensibilização da sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública e que pode ser prevenido; também se pôde dar um destaque especial para a atenção aos profissionais da área de saúde a fim de capacitá-los para lidar com tal demanda. Importante frisar que as ações não são restritas aos espaços de atenção à saúde, mas acompanham as orientações da Organização Mundial de saúde e ampliam-se ao ambiente escolar, entendendo que este espaço aumenta a possibilidade de uma intervenção mais direta ao público infantil e, se estende aos meios de comunicação e outras organizações que prestem assistência à população (BRASIL, 2006).

Um importante destaque que fazemos dentro das estratégias de prevenção do suicídio é na atenção que precisa haver aos profissionais de saúde. No manual elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000), o qual serve como base para profissionais clínicos em geral, há a sensível consideração do sofrimento do profissional, quando é compreendido que uma das piores coisas que um profissional pode enfrentar é o suicídio de um paciente. Não raro as reações diante deste evento são de raiva, descrença, perda de confiança e vergonha; assim como são desencadeados sentimentos de inadequação profissional, dúvidas sobre a própria competência e medo de perder a reputação

Ainda que diante da latente necessidade de se implementar um plano nacional de prevenção ao suicídio, Botega (2015) alerta que não houve consideráveis avanços neste sentido. Impossibilitando, portanto, todas as ações destinadas para este fim, inclusive a dotação orçamentária para implementação de ações estratégicas, e não apenas parcerias pontuais entre universidades e o Ministério da Saúde.

Nota-se, também, que o a perspectiva quem tem embasado os estudos e a implementação de políticas está mais voltada para abordagens epidemiológicas de risco. Ayres *et al.* (2003) reconhece as contribuições dessa abordagem quando da implementação de algumas estratégias preventivas, mas também alerta que há um grande risco dessas estratégias fomentarem a culpabilização e individualização do sujeito, perdendo um pouco o foco das questões mais ampliadas.

4. 2 A Infância

4. 2. 1 História Social da Infância

Enquanto passamos pelo campo da infância, é importante perceber como se trata de um caminho assentado por idealizações e negações. A construção do conceito de infância se deu ao longo das épocas, cada período histórico com sua concepção e manifestação desta fase da vida. Neste ponto busca-se em Philippe Ariès o resgate pela História Social da Criança e da Família (ARIÈS, 2015). Ainda que atualmente diversos historiadores possuam divergência quanto às afirmativas realizadas por Ariès - de um nascimento da infância durante a Idade Média. Fundamentados nos registros advindos de escavações arqueológicas, nas quais encontrou-se materiais como: resquícios de brinquedos e miniaturas de bonecas, alguns historiadores acreditam na presença da criança e um espaço próprio dela no seu meio social em períodos bastante remotos (NASCIMENTO, BRANCHER & OLIVEIRA, 2008). Entretanto, a tese proposta por Philippe Ariès foi tão inovadora quanto pioneira, sua obra despertou pesquisadores para debruçar-se sobre a emergência do conceito de infância.

Com o objetivo de frisar na história ocidental a presença da criança e a construção dos espaços e sentimentos em torno da infância, buscamos em Ariès (2015) algumas pistas, as quais foram coletadas e analisadas pelo autor a partir de fontes heterodoxas, como as artes, relatos e retratos de época. Nesta obra o autor retrata a importância histórica e científica existente na construção das “idades da vida”, visto que se tratava de uma categoria científica da mesma ordem e importância que a velocidade ou o peso possui para as sociedades modernas. Contudo, com o uso constante e cotidiano, a simples divisão das idades passou do domínio da ciência, para o domínio da experiência.

Como os nomes das idades transformaram-se em verbetes do cotidiano, o autor aponta que as classes mais abastadas utilizavam os termos ligados à infância com um tratamento de inferioridade,

porém carinhoso e fraterno. Enquanto que em instituições militares, por exemplo, utilizava-se para denotar inferioridade e fragilidade (ARIÈS, 2015). Em relação ao reconhecimento da infância, o autor nota que até por volta do séc. XII não há retratação (entre obras de arte) da infância, o que sugere uma ausência de relevância da criança no mundo. O autor frisa que a criança não está ausente dos registros da Idade Média, ao menos a partir do séc. XIII, mas nunca era um retrato real, tal como a criança aparecia em um determinado momento de sua vida, mas sim como a miniatura de um adulto (ARIÈS, 2015).

Um aspecto interessante, frisado pelo autor, é da falta de importância que a infância possuía. Essa falta de importância é retratada na ausência de registro dos óbitos, por exemplo. Nas esfinges funerárias, as crianças apareceram apenas a partir do séc. XVI e, o mais curioso, é que surgiu nos registros de professores e não o seu próprio ou de sua família. A conclusão obtida é que ninguém pensava em conservar o retrato de uma criança que tivesse sobrevivido e se tornado adulta ou que tivesse morrido pequena. Já existiam tantas crianças haja vista que não havia um controle de natalidade e, este inchaço demográfico, resultava em diversos problemas para as famílias. Por isso pode-se inferir que a infância era uma fase pouco valorizada, que não fazia sentido fixar na lembrança. Da mesma forma a criança morta não era considerada importante, já que aquele ser desapareceu tão logo, não necessitava de um registro na história (ARIÈS, 2015).

Sem dúvida alguma o aparecimento da imagem de crianças ainda no século XVI abriu espaço para os sentimentos em relação à infância, mas a presença desta passou a ser mais valorizada a partir do século XVIII, quando se difundiu os primeiros métodos contraceptivos, resultando no desaparecimento da ideia de “desperdício necessário” de crianças. Também, no séc. XVIII, as crianças começam a ser retratadas com sua infantilidade, são registrados os modos de falar, seu corpo e seus hábitos; assim, em meados do século XIX há a diferenciação do mundo da criança e do mundo dos adultos, anunciando assim o sentimento moderno acerca da infância (ARIÈS, 2015).

Em observância a essa breve linha do tempo, é possível inferir que o olhar voltado para infância para além das diferenciações físicas, encontra-se presente somente a partir do século XIX no mundo europeu (realidade retratada por Ariès), como no Brasil. Um dos principais marcos que iniciam a definição dos espaços e conceitos acerca da infância nasce com o advento da instituição escolar. Esta instituição emerge concomitante a diversas outras instituições o que ressalta a tendência da modernidade em criar espaços específicos a fim de diferenciar, segregar e categorizar determinados agrupamentos ou segmentos sociais, como ressaltado por Foucault (2007).

Em relação ao Brasil, Oliveira & Santos (2018) mostra como essa evolução e percepção sobre a infância se deu bem tardiamente, até mesmo porque as tradições e registros dos povos indígenas pouco foram valorizadas após a invasão portuguesa. Contudo, a escolarização, como dito logo acima, foi uma das principais formas de atenção às crianças. As missões religiosas construíram

espaço para doutrinação das crianças e ensino dos hábitos e condutas dos ditos homens civilizados. As crianças eram vistas como “papéis em branco”, podendo portanto inscrever a luta contra a antropofagia, a nudez e a poligamia (OLIVEIRA & SANTOS, 2018).

Essa atenção dada às crianças era com olhar no futuro, no ensino do jovem para que quando adulto se mantivesse com estas condutas e valores morais dos colonos. Na segunda metade do século XIX a Igreja permanecia como uma instituição chave no cuidado à criança. Não apenas com a garantia do ensino da moralidade cristã, mas com a garantia de que as crianças rejeitadas ou órfãs pudessem ao menos ser batizadas e, pela crença católica, ter sua alma salva. Assim, fora trazido da Europa a “Roda dos Expostos”, este modelo consistia em um sistema de entrega voluntária das crianças pelos pais. As crianças recém-nascidas eram deixadas em um espaço reservado nas instituições de caridade. Assim, preservando-se a identidade dos pais, o bebê era acolhido e cuidado por amas de leite que, recebendo pecúnia para manter o cuidado, responsabilizava-se pela criança até que esta completasse 3 anos de idade. Após este período, até completar 7 anos de idade a criança era direcionada às instituições de órfãos para receber escolarização. Concluída a escolarização poderia retornar à família que o acolhera quando bebê e nestes espaços a relação oscilava entre uma vinculação afetiva maternal/paternal e a exploração da força de trabalho deste infante ou eram contratadas por famílias para realizar trabalhos braçais (às meninas eram os domésticos) por valores significativamente inferiores aos pagos a outros trabalhadores (OLIVEIRA & SANTOS, 2018).

Com a evolução dos sistemas econômicos, inchaço dos centros urbanos, a proteção e a contenção social precisou ganhar contornos formais. Com clara diferença entre crianças de famílias ricas e crianças de famílias pobres, ou em “situações irregulares”, as legislações como o Código de Menores, elaborado pelo Juiz de direito Mello Matos, trazia uma proteção relativa às crianças, as quais eram poupadas das atividades laborais até os 12 anos e tinha como marco legal os 18 anos para a inimputabilidade criminal. Contudo, este código trazia consigo um viés higienista muito forte, pois tinha como parâmetro a correção e a vigilância de crianças e adolescentes (pobres) para formar adultos de reto proceder.

Ainda com forte abertura para entidades filantrópicas, apenas na década de 60 as legislações se materializam em instituições voltadas para o “bem-estar” da criança ou do adolescente. As ditas crianças em situação irregular: criança ou adolescente com condições de subsistências limitadas seja por abandono, maus tratos, perigo moral, falta de assistência legal, autoria de ato infracional etc. Assim, eram atribuídas às instituições de “bem-estar” a proteção e a correção deste jovem:

Nestes moldes quando a família falhava no cuidado com seu menor, o Estado tomava para si essa função, o que foi possível observar de forma contundente devido à quantidade de vezes que o termo “autoridade judiciária” aparece no Código de Menores, 75 vezes, conferindo para si poderes sobre este menor (OLIVEIRA & SANTOS, 2018, p. 42).

A judicialização do cuidado ao infante foi materializada em ações repressivas, privativas de liberdade. Este modelo trouxe inquietações aos movimentos sociais de proteção à infância, o que culminou na redação constitucional de 1988, a qual define o que é o cuidado à criança e ao adolescente e dilui a responsabilidade deste cuidado entre família, sociedade e Estado, colocando a criança e o adolescente como absoluta prioridade:

Art.4º - É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e a convivência familiar e comunitária. Art.5º - Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais (BRASIL, 2002, p.20)

Além dos marcos legais, Oliveira & Santos (2018) falam das características culturais das infâncias no Brasil. Tratam no plural pois reconhecem a diversidade de infâncias: a indígena, a negra, a europeia e todos os resultados advindos das miscigenações. No que tange ao Amazonas, as autoras falam da escassez de registros, mas apresentam relatos de escritores locais a respeito dessa construção da infância amazônica.

Tem-se como primeiros relatos catalogados os registros do período colonial escravocrata, quando os povos europeus invasores adentraram as terras dos habitantes locais, os denominaram de índios, primitivos, selvagens, não-civilizados e passaram a ensinar seus costumes, sua moral e sua ética aos mais jovens, através das missões religiosas, para que gradativamente aderissem ao modo de vida do homem branco, fossem “domesticados” e assim facilitar a exploração das riquezas desta região exótica, exuberante e carregada de mitos a seu respeito Oliveira & Santos (2018).

Cabe ressaltar que uma particularidade da infância indígena, apontada por Leal (2014) é a intensa participação nas atividades da vida em comunidade, o que divergia da visão de educação europeia. Desde a tenra idade as crianças eram ensinadas a respeito do seu papel na sociedade, eram percebidas pelos adultos como possuidores de autonomia, capazes de assumir responsabilidades e dignos de respeito. Um exemplo citado por Leal (2014) era a construção de remos para que os pequenos fossem se acostumando com a atividade e, quando adquirissem mais capacidade física, já familiarizados com a atividade. Em muitos aspectos o modo de educação da criança indígena mantém-se semelhante até os dias de hoje, mas pouco é estudada ou até mesmo valorizada, tampouco sabe-se da infância ribeirinha, do modo de vida da criança cabocla, sabe-se apenas das diferenças e pluralidade na percepção

Estes espaços e estas infâncias, reconhecida, estudada e valorizada, também são paradoxais, pois quando tratamos da infância em termos gerais, ainda há dificuldade de reconhecimento da autonomia, da construção de mundo e sentido das crianças. Nascimento, Brancher e Oliveira (2008) apontam que a infância é dicotomizada em seu sentido e em suas formas de cuidado, pois há forte

linha de pensamento que sustenta um viés mais social, enquanto que a outro que a restringe a uma perspectiva biologicista. Contudo, os autores propõem uma abordagem interdisciplinar, a fim de conceber a infância como um conceito completo, composto por aspectos sociais, biológicos e psicológicos. Dessa forma há a retirada do conceito de infância de uma posição de passividade, sempre submetida a relações verticais e sem devida aproximação e compreensão das potencialidades, vivências conflitos, dores e desejos que também fazem parte da infância.

4. 2. 2 A infância e suas etapas

Após a consideração da infância como etapa da vida, os estudos sobre esta fase preocuparam-se em analisar os eventos, transformações marcantes da infância e foi possível descrever o complexo fenômeno do desenvolvimento humano. Borati, Pantano & Scivoletto (2016) mostram como a infância corresponde a um período extremamente curto da vida, quando se considera o tempo total da existência de um sujeito (em torno de 68 anos, segundo dados da Organização Mundial de Saúde – OMS), mas que é responsável por formar um novo ser humano, quando este sai de um completo estado de dependência para tornar-se gestor de sua vida (considerando o período da adolescência). Todos os aprendizados culturais, a linguagem, a escrita, o desenvolvimento físico, motor, emocional, o aprendizado formal e a criação de laços que possibilitam o convívio em sociedade são marcas fundamentais e eventos imprescindíveis ocorridos neste período da vida.

A compreensão da infância como um período distanciado de dores e sofrimentos colocam a criança em uma condição de risco, pois como salientam Borati *et al.* (2016), as crianças são muito sensíveis ao ambiente no qual estão inseridos, tornando-as suscetíveis aos impactos tanto positivos quanto negativos que refletem na sua modelação comportamental, no desenvolvimento de sua identidade e dos recursos internos. Assim, é de fundamental importância o conhecimento e a aproximação do ambiente e a estrutura em que a criança está inserida. A escuta atenta e cuidadosa da criança e seus processos vivenciados na infância são não apenas o exercício dos deveres enquanto cuidadores, mas atuam como fator de proteção desta criança. Como forma de ilustração, o quadro abaixo apresenta brevemente, de forma bastante resumida, um recorte de características gerais do público-alvo de cuidados que discutimos aqui.

QUADRO II: Fases do desenvolvimento.

Faixa etária	Desenvolvimento Psicossocial	Desenvolvimento físico/cognitivo e emocional
Fase escolar (6-11 anos) “A vida na Escola”	Aumento da rede social. Importante interação familiar, principalmente com	Processo de aprendizagens mais complexo. A força física e as habilidades atléticas aumentam

	os irmãos. Jogos coletivos e brincadeiras em grupo – papel do líder. Comparações com outras crianças é comum. Surgimento das tentativas de assumir o controle das decisões de vida e, conseqüentemente, dos conflitos com os pais. Frequente baixa autoestima. Aumento gradativo da importância das demais crianças e do grupo	(prática de esportes). O pensamento lógico se desenvolve. As habilidades cognitivas básicas ganham força rapidamente, beneficiando as atividades escolares. Memórias podem ser mantidas em longo prazo. O desenvolvimento físico torna-se mais lento. Sistema imunológico ainda imaturo torna comuns as infecções virais. Aumenta o vigor físico e melhora a coordenação motora.
Adolescência inicial (dos 10 aos 14 anos) “o início dos conflitos”	O grupo de demais adolescentes torna-se o grupo de referência. A busca pela identidade torna-se uma prioridade. Surgem as influências negativas e positivas dos amigos.	Mudanças físicas e desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários. O desenvolvimento físico e sexual é rápido, tornando viável a reprodução.

Fonte: BORATI; PANTANO & SCIVOLETTO org., 2016, p. XXXI

4. 2. 3 O paradigma biomédico e os cuidados para a infância

A concepção sobre saúde e seu cuidado sofreu grande modificação após os pensamentos modernos advindos com o Renascimento, ao final do século XV e início do século XVI. Sobretudo após as contribuições da proposta mecanicista do filósofo, físico e matemático francês René Descartes (1596-1650). A concepção de um cuidado pela observação global e crenças sobrenaturais, deu lugar ao estudo do organismo humano a partir da anatomia sob o viés do mecanismo anatomofisiológico. Sob esse viés, a vida deixou de ser objeto central da prática médica (clínica), e a forma humana passou a ser vista como máquina (KOIFMAN, 2001). Essa visão do Homem-máquina, base da proposta do mecanicismo cartesiano, compreende o organismo humano como um maquinário complexo que deve ser fisicamente analisado e explicado, assim, para tal análise, este corpo precisa ser estudado por partes, por fragmentos para que seja mais bem entendido. A passagem do estudo das partes para se compreender o todo é feita tão somente pelo resultado da soma dos fragmentos (CUTOLO, 2006).

A herança que se tem hoje deste modelo no campo da saúde é o paradigma biomédico, o qual concebe o corpo humano como a máquina descrita acima, com suas partes em constante inter-relação e submetido às leis naturais perfeitas. Neste paradigma, o corpo humano, em relação com o mundo, está sujeito aos agentes externos que podem alterar este equilíbrio perfeito. Quando ocorre esta alteração o corpo adoece e necessita, portanto, dos ajustes de especialistas a fim de que o equilíbrio se reestabeleça (CASTRO, 2007). Os especialistas, normalmente avaliam os aspectos

biológicos e os explicam através da física e da química, sem grandes aberturas para as dimensões sociais, psicológicas ou comportamentais. Sob essa perspectiva, o processo saúde-doença tem se caracterizado pela “*explicação unicausal da doença, pelo biologicismo, fragmentação, mecanicismo, nosocentrismo, recuperação e reabilitação, tecnicismo, especialização*”, conforme elenca Cutolo (2006, p. 16).

Esse tipo de relação estabelecida entre saúde-doença, transformou os locais separados para o cuidado e a recuperação - os hospitais -, em espaços responsáveis por testagens científicas e reestabelecimento do equilíbrio, conforme alerta Koifman (2001). Não se pode negar, contudo, as grandes contribuições advindas deste método; Castro (2007) frisa o quanto os avanços nos cuidados médicos levaram à melhoria na sobrevivência de crianças, por exemplo, com doenças que antes eram fatais e agora se tornaram curáveis ou crônicas. Para além disso, esse modelo que permite uma abordagem direta sobre o doente não é descartado em uma situação de urgência, por exemplo, quando há risco iminente de morte. As habilidades e raciocínio pragmático possibilitam uma ação precisa e pontual necessária para a garantia da vida, mas no contexto global de atenção à saúde, essa perspectiva torna-se demasiadamente reducionista quando aplicada solitariamente, visto que não se preocupa nem com o contexto social, tampouco emocional em que estas condições podem ocorrer (CUTOLO, 2006).

O modelo que complementaria as lacunas deixadas seria o modelo biopsicossocial o qual compreende a saúde como fruto de uma combinação de vários aspectos, tais como: as características biológicas (como a predisposição genética), os fatores de comportamento (estilo de vida, por exemplo) e condições sociais, incluindo os aspectos culturais. Nessa visão a saúde e a doença não são opostas, mas compreendidas como um *continuum* (CASTRO, 2007). Entretanto, diversos autores frisam o distanciamento existente entre a necessidade prática e a formação acadêmica dos profissionais, segundo Cutolo (2006) a Organização Pan-americana de Saúde, após realizar duas avaliações em escolas médicas na América Latina, nos anos de 1970 e 1974, constatou um hiato entre as políticas públicas de saúde e as políticas públicas de formação de recursos humanos para a saúde. No Brasil, com a implementação do Sistema Único de Saúde como Política de Estado, resultante principalmente da Reforma Sanitária que se deu início entre os intelectuais no final da década de 70, o princípio doutrinário da integralidade entrou nas pautas políticas até consolidar-se como direito constitucional em 1988.

De acordo com Pinheiro (2009), a noção de Integralidade abarca tanto a visão do profissional de saúde quanto o modo de organizar as práticas em saúde. Quanto ao profissional pressupõe que este compreenda e acolha àquele que o busca de forma atenta, respeitosa, levando em consideração os fatos para além da queixa principal e, buscando sempre o compreender dentro da sua condição biológica, emocional, bem como social. Em relação às práticas em saúde, a integralidade propõe uma ação mais horizontalizada das ações e sempre alicerçadas no tripé de promoção, proteção e

recuperação da saúde.

Contudo, o modelo que se adota ainda hoje parece promover pouco esse tipo de integração e não parece se efetivar nos espaços de cuidado a saúde, a atuação em espaços que não julgam dominar, findam por calar uma determinada demanda, como por exemplo, um caso de tentativa de suicídio. Friederich (1989) ressaltou que algumas das dificuldades de o profissional de saúde acolher a demanda do suicídio, principalmente quando realizada por uma criança ou adolescente se dava, não raro, por três motivos: 1. Entender que o caso de suicídio pertence aos profissionais de saúde mental, por isso não é um campo a se adentrar; 2. Não conseguir lidar com sua própria angústia e, 3. Não se sentir habilitado para estabelecer diálogo com familiares ou responsáveis. Assim, o olhar para além das especialidades possibilita uma melhor compreensão não apenas da condição clínica, mas da situação em que o sujeito se encontra. Esta melhor compreensão auxilia no processo de identificação das situações não ditas, o que se apresenta como uma estratégia de prevenção ao suicídio, já que casos de tentativas adentram o serviço com mais frequência do que se julga (FRIEDERICH, 1989).

4. 3. Orientações e normativas do Sistema Único de Saúde

Como anunciado anteriormente, abriremos um espaço para compreender o funcionamento das ações em saúde, as políticas públicas e suas diretrizes e alguns termos que serão recorrentes em nossa área de estudos. Inicialmente é importante situar o que são políticas públicas: estas são diretrizes elaboradas para um problema público, ou seja, o tratamento ou a resolução de um problema entendido como coletivamente relevante, são também a operacionalização da garantia dos direitos assegurados constitucionalmente (SECCHI, 2015).

No campo da saúde temos a garantia constitucional de que saúde é direito todos e dever do estado, conforme artigo 196 da Constituição Federal (BRASIL, 1988). Paim (2009) resalta que pela primeira vez na história do Brasil houve o reconhecimento da saúde como direito social assegurado constitucionalmente. Essa conquista política foi fruto de intensos esforços e lutas travadas no movimento pela Reforma Sanitária, iniciado em meados de 1976. Na década seguinte, em 1986, durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, foi redigido o relatório final do evento o qual inspirou o capítulo “Saúde” da Constituição, que se desdobrou, no início dos anos 90, nas leis orgânicas da saúde: 8.080/90 e 8.142/90 (PAIM, 2009). Assim, entre o final da década de 80 e início dos anos 90 o Sistema Único de Saúde (SUS) foi lançado, com sua forma de proteção social baseado na seguridade social, isto é, o direito à saúde é uma condição básica de cidadania financiada por toda a sociedade por meio de contribuições e impostos. “*O SUS supõe uma sociedade solidária e democrática, movida por valores de igualdade e equidade, sem discriminações ou privilégios*” (PAIM, 2009, p. 43).

O SUS pautado pelo entendimento da OMS acerca da saúde como: “*completo bem-estar*

físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças ou de enfermidades” (OMS, 1946, p. 5) é um sistema complexo composto por diversos *agentes e agências* de saúde. Paim (2009) ressalta que há uma distinção conceitual entre Sistema de Saúde e Sistema de Serviço de Saúde. Entende-se Sistema de Saúde de uma forma ampliada, com a integração não apenas de serviços de saúde, mas também pela mídia, escolas, financiadores, indústrias de equipamentos e de medicamentos, universidade, institutos de pesquisa e todos aqueles que atuam de forma específica ou não, direta ou indiretamente na garantia e manutenção da saúde. Enquanto que o Sistema de Serviços de Saúde é mais restrito, limitando-se aos prestadores de cuidado de saúde (PAIM, 2009).

Paim (2009) define o termo “agências de saúde” como as organizações privadas ou públicas, governamentais ou não, que possuem como atividade-fim promover, proteger, recuperar e reabilitar a saúde dos sujeitos e das comunidades – importante grifo é que tantos os hospitais públicos, quanto postos de saúde municipal assim como hospitais particulares de “planos de saúde”, compõem o sistema de saúde e estão sob as diretrizes do SUS. Como “agentes de saúde”, podemos incluir todos os trabalhadores de saúde, os quais atuam na política de cuidado às pessoas e às comunidades (PAIM, 2009).

No grande eixo “saúde”, antes mesmo de adentrar nos aspectos que norteiam os serviços de saúde, a Constituição Federal aponta as políticas econômicas (produção e distribuição de riquezas e da renda, emprego, salário, ambiente, etc.) e políticas sociais (educação, esporte, segurança pública, previdência, assistência social, lazer, etc.) como fundamentais para a garantia do direito à saúde assim como capazes de reduzir o risco à doenças e agravos (PAIM, 2009). Quando adentra na especificidade do atendimento à saúde, há a garantia do acesso universal e igualitário às ações e serviços de proteção, promoção e recuperação, como preconizado no art. 196 (BRASIL, 1988). Deste breve texto, retira-se os três princípios fundamentais do SUS: universalidade, integralidade da assistência e igualdade no atendimento. Entende-se como universal a possibilidade de todos os cidadãos poderem ter acesso a uma ação de saúde sem que enfrentem qualquer barreira de acessibilidade. O acesso igualitário pressupõe o acesso igual para todos, sem qualquer discriminação ou preconceito; deste princípio há a importante ressalva que essa igualdade é pautada na equidade, ou seja, admite o tratamento desigual para aqueles que estão em condição de desigualdade, priorizando os que mais necessitam a fim de que possam alcançar a igualdade de fato. A promoção, proteção e recuperação da saúde estão intimamente ligadas à noção de integralidade de assistência, a qual prevê a articulação contínua de ações e serviços preventivos e curativos, individuais ou coletivos e em todos os níveis de atenção (Lei 8.080/1990).

Promover significa fomentar, cultivar, estimular por intermédio de medidas gerais e inespecíficas ações em promoção de saúde as quais almejam atuar sobre a “causa das causas”, ou seja, são intervenções no campo da garantia das boas condições de vida, educação, atividade física, lazer,

paz, alimentação, arte, entretenimento, ambiente saudável, etc. Ações de proteção da saúde são voltadas para a redução dos riscos utilizando-se de conhecimentos científicos que permitem identificar fatores de risco ou proteção, como por exemplo: combate a agentes transmissores de doenças, uso de cinto de segurança em veículos, distribuição de preservativos para prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, controle da água, de alimentos, de tecnologias médicas, entre outros. Por fim, a recuperação da saúde prevê o diagnóstico precoce, tratamento oportuno e limitações do dano para que complicações ou sequelas sejam evitadas (PAIM, 2009).

Os esforços na consolidação do SUS não se limitaram somente às conquistas acima, mas foram definidos dez outros princípios que tornaram o direito à saúde mais próximo, com a participação efetiva da sociedade e abarcando as diversas possibilidades de atenção à saúde. Podem-se citar como outros princípios a gestão descentralizada, que prevê que cada unidade federativa e município tenha autonomia para implementar ações que sejam efetivas dentro de seus territórios, compreendendo as especificidades do local. Outro marco importante foi a abertura do espaço para o exercício da cidadania quando se garantiu a participação da comunidade, ou seja, a escuta e intervenção das organizações e representações comunitárias nas tomadas de decisões que dizem respeito à utilização dos recursos. Estes e tantos outros avanços e conquistas previstos e garantidos na Lei 8.080/1990 possibilitam aos cidadãos gozar de seus direitos, contudo, a operacionalização das políticas não foi tão exitosa quanto sua concepção. As questões que dizem respeito à qualidade da atenção e acesso aos serviços de saúde mostraram certas falhas no modelo de atenção que foi sendo construído. Ademais houve um baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, sobretudo em relação à participação na gestão e o trabalho em equipe, o que reduz as possibilidades de uma atuação crítica e comprometida com as práticas de saúde. Desse modo, a fragilidade no preparo para lidar com as dimensões sociais e subjetivas presentes nas práticas de atenção por parte dos trabalhadores da saúde, ficou evidente (HUMANIZASUS, 2004; PAIM, 2009).

Diante desta realidade, foi instituída a Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS, 2003), a qual almeja sistematizar os ambientes e processos de trabalho a fim de:

Ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais (HUMANIZASUS, 2004, p. 6).

A Política de Humanização alicerça-se na autonomia e protagonismo dos sujeitos envolvidos, sejam gestores, profissionais da assistência ou usuários do serviço, engajados na corresponsabilização, na solidariedade dos vínculos estabelecidos, no respeito aos direitos e na participação coletiva nos processos de gestão (PAIM, 2009). A política possui como princípios norteadores:

I. Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização.

- II. Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos.
- III. Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade.
- Iç. Atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS.
- ç. Utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos. (HUMANIZASUS, 2004, p. 10)

Para nos conduzirmos a um fechamento deste eixo, faremos dois últimos apontamentos e destaques que demonstra a contribuição prática dessa para os serviços de saúde. Percebemos nesta trajetória que uma das possibilidades de trabalho abordando a questão do suicídio é a “Educação Permanente”, notamos tal campo dada à natureza de tal modalidade de educação. Temos como definição para “Educação Permanente” o expresso na Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde:

Educação permanente é o conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde (BRASIL, 2007).

Ceccim (2005) destaca que não se trata apenas de transmitir conhecimentos, em ‘ensinar’ determinado conceito ou procedimento, mas sim de uma ‘pedagogia em ato’, a busca por promover um desenvolvimento pessoal, no ambiente de trabalho e dos modos de atuação, é o ato de colocar em análise o trabalho, as práticas cotidianas e as articulações do chamado quadrilátero da educação: formação-atenção-gestão-participação social. Fica claro que não se resume a um processo didático-pedagógico, mas a um processo político-pedagógico. De forma prática, a Educação Permanente serve como uma ferramenta e um processo de problematização das ações e do cotidiano dos serviços de saúde (SCHWEICKARDT, LIMA, CECCIM, FARLA & CHAVES, 2015).

Como salienta Schweickardt *et al* (2015) o processo de Educação Permanente permite ao profissional a experiência de outra forma de relação, não se trata de alguém despedido de conhecimento que irá encher-se com conhecimento de outrem, mas uma troca e uma construção conjunta, assim como deveria ocorrer nos processos de cuidado, principalmente no contexto que importamo-nos por estudar, onde o silenciamento de certas demandas ou vivências é demasiadamente prejudicial quando o sujeito é posto em uma posição de mero receptor de assistência em saúde. Ou seja, o processo de Educação Permanente traz ao centro da discussão o sujeito alvo do processo educativo que no caso é o trabalhador da saúde. Discutir a temática do suicídio a partir das falas dos profissionais abre uma via de acesso para compreender como esses sujeitos lidam com esta demanda de forma técnica assim como afetiva, considerando a cuidadosa constatação de Friederich (1989) ao apontar quão

devastadora é a experiência do profissional da saúde a lidar com casos de suicídio em seu cotidiano profissional.

O segundo apontamento diz respeito às possíveis ações estratégicas de ação e prevenção do suicídio que a vigilância em saúde pode oferecer. Entende-se por vigilância em saúde as práticas de atenção, promoção e prevenção utilizando-se da integração de diversas áreas do conhecimento, tais como: política e planejamento, territorialização, epidemiologia, processo saúde-doença, condições de vida e situação de saúde das populações, ambiente e saúde e processo de trabalho (PAIM, 2009). Assim, a vigilância em saúde desdobra-se, por exemplo, na fiscalização de estabelecimentos que envolvem a manipulação de alimentos, locais de trabalho, levantamentos estatísticos de determinado fenômeno que envolva risco à saúde, como se dá o descarte de materiais hospitalares, qualidade da água para consumo, entre outros.

O aspecto que queremos destacar, entretanto, são as estratégias de vigilância epidemiológica, as quais possibilitam o mapeamento, frequência de eventos relacionados a saúde, como as principais doenças de notificação compulsória e investiga epidemias que ocorrem em territórios específicos assim como também age no controle dessas doenças específicas (PAIM, 2009). Entramos neste ponto pois o suicídio, de acordo com a Portaria nº 1.271, de 06 de junho de 2014, é um agravo de saúde o qual compõe o *hall* de eventos de saúde pública de notificação compulsória. Assim, de posse das ocorrências registradas, é possível estabelecer estratégias mais específicas para melhorar a qualidade de vida da população. Mas, como veremos a seguir, ante as notificações, esbarra-se nas subnotificações dos eventos.

De forma literal subnotificação é o deficit de registro do quantitativo de um determinado fenômeno, são índices registrados que se encontram abaixo da realidade das ocorrências; não há fidedignidade, portanto, entre o que está registrado e o que de fato ocorre em determinada situação. Quando se trata de subnotificações no campo da saúde pública, Filho, Cortez-Escalante & França (2016) alertam que há grandes prejuízos no monitoramento, análise e avaliação da situação da saúde que podem resultar até em uma tomada de decisão errônea por parte dos gestores e implementadores de políticas públicas.

No campo dos registros de mortalidade, comumente vê-se que os números apresentados não retratam o número de eventos em si e, como causa deste fenômeno, diversas possibilidades são apontadas. Filho *et al.* (2016) sinalizam que o insucesso da notificação de mortalidade dá-se pela falta de qualidade do exame necroscópico, insuficiência e também pouca qualidade das informações médicas para o preenchimento da declaração de óbito ou formulários de notificação compulsória que não são devidamente utilizados. Além disso, há o apontado por Jesus & Mota (2010), quando acrescentam aos impasses para a notificação os aspectos sociais, estruturais e ideológicos de cada localidade. Os autores ainda ressaltam que o registro se torna ainda menos preciso “*quando a morte*

é súbita, marcada por estigma social, ou quando ocorre em certas minorias de classe social” (JESUS & MOTA, 2010, p. 362). Dentro desse recorte realizado por Jesus & Mota (2010), podemos trazer à discussão os casos de morte por causas externas, dentro das quais o suicídio circunscreve-se.

Para dar continuidade, trazemos a definição trabalhada por Filho et. al. (2016) sobre “causas externas”. Os autores enunciam que são fatores externos ao organismo humano provocados por causas acidentais (ou seja, acontecimentos repentinos e imprevistos, em regra indesejável, que resulta em uma lesão) ou violências (entendida como uma ação brutal envolvendo instrumentos lesivos ou não que também resultam em um dano físico, estas podem ser autoprovocadas ou infligidas por outra pessoa). Um interessante apontamento feito por Deslandes (1999), que envolve a atenção e notificação das chamadas causas externas, é que esta:

[...] “Desaloja”, ou melhor dizendo, “desafia” o saber hegemônico no campo da saúde. Não é uma doença, embora cause lesão, dor, sofrimento e morte. Não tem sua origem em ação invasiva de microrganismos, sua causa não é nenhuma desordem orgânica – campo de notório saber da atuação médica e pesquisa biológica (DESLANDES, 1999, p. 82).

Esta breve passagem da autora nos permite retomar alguns pontos discutidos anteriormente e abrir caminho para as discussões futuras. É possível notar que a ideia de causa externa traz à baía a dicotomia do “dentro” e “fora”, evento ou agente orgânico e intercorrências sociais, para além da percepção do evento, é comum notar que o cuidado em saúde também se restringe aos efeitos de ações violentas, voltando ao “seguro” (pois bem conhecido e desbravado pelos profissionais) local de cuidado ao corpo, ao paciente, sem considerar a complexidade social, as tramas da “vida vivida” e pouco lançando mão dos recursos disponíveis no seu nível de atenção, no serviço em que está inserido.

Mesmo tratando-se de um estudo antigo, destacamos a pesquisa realizada por Deslandes (1999) pela sua rica contribuição e recomendação fruto da análise do manejo de profissionais de urgência e emergência quando diante de uma ocorrência de violência. A autora frisa que há a imperativa necessidade de se trabalhar uma atuação voltada para prevenção, ainda que o espaço (hospital de urgência e emergência) seja um local de intervenções dinâmicas, por vezes pontuais e quando o sujeito já foi acometido por algum agravo. Contudo, a autora frisa que a prevenção nesses espaços é um caminho possível, mas precisa-se investir nos pontos que seguem:

- I) sensibilização/capacitação dos profissionais de emergência (de todos aqueles que lidam diretamente com o paciente, especialmente os profissionais de enfermagem, ortopedistas, pediatras, neurologistas, dentistas, oftalmologistas e clínicos gerais) para a importância do reconhecimento e da atuação diante destas situações;
- II) criação de rotinas institucionais diante dos casos de suicídios, violência conjugal e violência doméstica contra a criança e adolescente (e demais casos de violências, tais como as agressões), atribuindo responsabilidades e ações para os profissionais das equipes médicas, de saúde mental, de enfermagem, de serviço social, a fim de que os devidos encaminhamentos sejam realizados;
- III) articulação de “listas de referência” de instituições, serviços, organizações governamentais e não-governamentais que possam receber os encaminhamentos para os casos atendidos na emergência, integrando uma rede de prevenção;
- IV) melhoria do registro hospitalar dos casos de violências a fim de poder subsidiar o

planejamento de ações futuras (DESLANDES, 1999, p. 91).

Todavia, para trilharmos um caminho em busca de práticas transformadoras, a aproximação dos destinatários desta ação e compreensão de suas percepções e interpretações acerca do fenômeno suicídio, como propomos neste escrito, é o principal ponto de partida, pois cada sujeito carrega consigo concepções, percepções e interpretações sobre o mundo que os cercam e findam por nortear suas práxis. Assim, o estudo das Representações Sociais nos permite esta aproximação e subsídios para a reflexão e, quiçá, construção de novas práticas.

4. 4 Teoria das Representações Sociais

Adentrar no campo da pesquisa social com o intuito de compreender perspectivas, processos e vivências de sujeitos ou grupos é desafiador; a complexidade do objeto solicita recursos teóricos e metodológicos que possibilitem uma melhor observação do fenômeno em questão. Adentraremos agora no campo das Representações Sociais para auxiliar nossa compreensão do que almejamos discutir.

Inicialmente, cabe-nos situar em que consiste a teoria, a visão de mundo que ela possibilita assim como suas origens. Inaugurada pelo psicólogo romeno Serge Moscovici (1925-2014), a Teoria das Representações Sociais possui como fonte inspiradora principal a Teoria das Representações Coletivas, elaborada pelo sociólogo Émile Durkheim e, como influência, as contribuições de teóricos como Le Bon, Wundt assim como as pesquisas em Psicologia Social dos EUA (VIANA, 2008).

De acordo com Oliveira (2004), Moscovici interessava-se em compreender como o conhecimento é produzido e, principalmente, compreender e analisar o impacto deste conhecimento nas práticas sociais e vice-versa, ou seja, procurou entender de que forma a inter-relação de grupos, atos e ideias constitui e transforma a sociedade.

Em suas próprias palavras, interessou-se no “poder das ideias” de senso comum, isto é, no estudo de como, e por que as pessoas partilham o conhecimento e desse modo constituem sua realidade comum, de como eles transformam ideias em práticas (OLIVEIRA, 2004, p. 181).

Sua trajetória ao construir a teoria passou pela análise de técnicas e instrumentos as quais compunham o repertório da pesquisa em psicologia social norte-americana, com a influência da Psicologia das Massas, a “*Volkerpsychologie*” de Wundt, os conceitos de grupos, ideologia assim como os escritos de Durkheim. Uma observação realizada por Moscovici era a constante dicotomia entre o social ou coletivo e a individualidade e subjetividade, tais conceitos dificilmente eram articulados. De um lado as pesquisas em Psicologia Social nos EUA eram focadas nos instrumentos metodológicos, os quais eram demasiadamente requintados, mas careciam de subsídios teóricos de análise, e estavam fadados a meras “coletas de dados”. Também as contribuições de Wilhelm Wundt,

muito conhecido por receber o título de fundador da psicologia experimental, trazem o embrião do que se tornaria, futuramente, a Psicologia Social. Mas, suas ponderações e direcionamento de pesquisa foram rapidamente eclipsados pelas correntes de pensamento psicológico que não admitiam abarcar a dimensão do social, temerosos de que tal associação pudesse comprometer o *status* científico da psicologia (MOSCOVICI, 2013). Por outro lado, as teorias mais sociológicas esqueciam as dimensões psicológicas dos sujeitos envolvidos, além de estarem muito focadas em conhecimentos tradicionais, conforme ressalta Viana (2008).

Apesar de compor o *hall* das teorias sociológicas, a teoria das Representações Coletivas do sociólogo francês Émile Durkheim (1958-1917) foi importante alicerce teórico. O interessante grifo realizado por Guareschi (2000, p. 249) apresenta a ponte que permitiu a passagem de Moscovici das Representações Coletivas para as Representações Sociais no resgate de um trecho do prefácio de uma importante obra de Moscovici e Farr:

Fui levado a descobrir o Durkheim que nos lembrou em seu livro *As Formas Elementares da Vida Religiosa*, que ‘seguramente, o soldado que cai, ao defender sua bandeira, não acredita que ele se sacrifica por um pedaço de pano’. Brota aqui a centralidade do símbolo compartilhado para tudo o que se refere à vida social. Os símbolos existem por algo mais que seus conteúdos objetivos; eles são mais que um ‘pedaço de pano’. É esta a ideia de Representações Sociais (MOSCOVICI & FARR, 1984, p. xiii-xiv *apud* GUARESCHI, 2000, p. 249).

Diante disto, abrimos um breve espaço para trazer as ideias centrais da Teoria das Representações Coletivas e o momento em que ela se torna insuficiente para a proposta elaborada por Moscovici. Podemos parafrasear Durkheim neste breve enunciado sobre o que se pode compreender por Representações Coletivas: uma categoria de pensamentos, os quais não são dados *a priori*, tampouco são universais na consciência, mas surgem ligados aos fatos sociais, transformando-se eles próprios em fatos sociais passíveis de observação e de interpretação (importante lembrar o conceito de Fato Social como uma norma coletiva com independência e poder de coerção sobre o sujeito) (VIANA, 2008; MARTINS, 2010).

O ponto crucial desta Teoria é a ideia de construções de juízos, padrões de comportamentos ou crenças construídas na esfera do social que pautam a vida de sujeitos que compõem este coletivo. Na concepção de Durkheim é a sociedade que pensa, fazendo com que não sejam necessariamente conscientes do ponto de vista individual (MARTINS, 2010). Tal teoria advém da análise de Durkheim sobre os efeitos e construções de tradições religiosas em sociedades mais simples. Consoante a isto, temos que:

As representações coletivas são o produto de uma imensa cooperação que se estende não apenas no espaço, mas no tempo; para criá-las, uma multidão de espíritos diversos associou, misturou, combinou suas ideias e seus sentimentos; longas séries de gerações nelas acumularam suas experiências e seu saber. (DURKHEIM, 1996, p. 6-7 *apud* VIANA, 2008, p. 37)

Pode-se perceber, neste trecho, um caráter um tanto quanto homogêneo e constante daquilo que é passado de uma geração para a outra dos construtos coletivos garantidos pelas tradições. Além disso, Moscovici (2013) ressalta que as Representações Coletivas, dentro das tradições, abrangiam os mitos, as modalidades de tempo, a própria religião, o espaço, entre outros; ou seja, qualquer tipo de ideia, emoção ou crença que ocorresse dentro de uma comunidade estava incluído nesse grande campo das Representações Coletivas. Na ânsia de incluir tudo, acabava-se por perder muitos aspectos, sobretudo pelo fato de atribuir aos fatos ou dimensões uma qualidade mais subjetiva, como um grande produto do “coletivo”. Em contraponto, as Representações Sociais estão muito mais vinculadas ao dinamismo e diversidade, características muito marcantes nas sociedades contemporâneas e lócus de estudo de Moscovici. A inclusão dessa diversidade permite que o interesse recaia sobre o conhecimento cotidiano, atravessado por crenças, cultura, pelas produções sociais, etc. Mas como dito, não se restringem a esses aspectos, tampouco são determinados por eles (VIANA, 2008; MOSCOVICI, 2013).

Ao falarmos da Teoria das Representações Sociais, vemos que Moscovici percebe o Homem como essencialmente social, não é alheio tampouco duramente determinado pelo mundo que o cerca; ressalta a indissociação entre sujeito e sociedade, bem como entre sujeito e objeto, mas com a articulação de questões particulares (MARTINS, 2010). Assim, Moscovici cunhou a Teoria das Representações Sociais como uma forma de conhecimento que advém da prática, voltada para a comunicação e compreensão do contexto social, chamado “senso comum”, conhecimento este que favorece a adaptação sociocognitiva dos sujeitos em sua realidade cotidiana e em seu ambiente social e ideológico. Segundo o próprio autor, trata-se de:

Um corpus organizado de conhecimento e, uma das atividades psíquicas graças as quais os homens tornam inteligível a realidade física e social, inserem-se num grupo ou numa ligação cotidiana de trocas e liberam os poderes de sua imaginação (MOSCOVICI, 1978 *apud*. MARTINS, 2010, p. 102).

Guareschi (1996) salienta que Moscovici muito relutou em desenhar fortes contornos para definir sua Teoria, atitude esta que lhe rendeu diversas críticas, mas a justificativa consistia no fato de que seu intuito não era determinar uma teoria ‘forte e fechada’, mas sim organizar seus pressupostos básicos ao redor da complexidade do mundo social, intencionalmente deixou de lado o paradigma clássico da ciência de importar-se com a atomística dos fenômenos, ao contrário, ampliou sua visão propondo uma perspectiva para se poder ‘ler’ os mais diversos fenômenos que envolvem os seres humanos no contexto das relações sociais.

Nesse processo de construção de representações, Guareschi (1996) frisa que não se trata de um processo simples, de uma construção automática de ideias ou imagens, mas sim carrega um sentido simbólico fortemente marcado, possuindo cinco características fundamentais: 1. Representa sempre um objeto (simplifica e objetiva); 2. É imagem e com isso pode alterar a sensação e a ideia, a

percepção e o conceito; 3. Tem um caráter simbólico; 4. Tem poder ativo e construtivo e, por fim, 5. Tem característica autônoma e generativa (JODELET, 1988 *apud*. GUARESCHI, 1996).

Acima procuramos descrever o que são Representações e, a partir disto, esclarecer que sua finalidade está em tornar o não-familiar em familiar, permitindo um conhecimento prático de sujeitos e coletivos acerca de uma dada realidade (MOSCOVICI, 2003). Esse processo de familiarização do não familiar se dá por dois processos, conforme Moscovici (2003), quais sejam: ancoragem e objetivação. O primeiro processo, a ancoragem, visa encontrar um lugar, amarrar, domar e colocar em um lugar o não familiar. É fácil visualizar a ilustração proposta por Moscovici (2003) de um bote que está perdido, amarrá-lo, prendê-lo a um dos boxes que são sinalizados e possuem espaços e recursos específicos para receber e manter tal bote preso. Da mesma forma se dá a ancoragem em Representações Sociais, o bote funciona como os conceitos soltos na vida, os quais são capturados e comparados aos paradigmas preexistentes. Quando compatíveis, este novo conceito adquire mais características desta categoria a qual faz parte e repousa carregando mais sentido e fornecendo mais subsídios a sua categoria, em suma,

Ancorar é classificar e dar nome a alguma coisa. Coisas que não são classificadas e que não possuem nome são estranhas, não existem e são ameaçadoras (MOSCOVICI, 2013, p. 61)

Importante destacar que a apreensão deste conceito tem uma dupla finalidade. A primeira é que demarca bem as características da Teoria, a qual não aceita que os processos de percepção e pensamento não possuam ancoragem, o que exclui, por conseguinte, a ideia do chamado “*viés do pensamento ou da percepção*”, Moscovici (2003, p. 70). Parte da concepção de que todo sistema de classificação e de relação entre sistemas pressupõe uma posição específica, um ponto de vista baseado no consenso, os vieses atravessam os sentidos, é impossível não os ter, tanto quanto é impossível ter um sentido primeiro para cada objeto. A segunda observação é que este sistema e classificação não se resume a dar nomes, rotular, mas tem como finalidade principal facilitar a interpretação e compreensão da realidade dada para então se formar uma opinião. Desse modo, as representações que já existem são modificadas, de certo modo, e as entidades que serão representadas, sofrem ainda mais alterações para que assumam uma nova existência (MOSCOVICI, 2003).

O segundo processo, a objetivação, é tornar concreta uma realidade para que esta possa ser assimilada por todos, conforme Guareschi (1996). Segundo Moscovici (2013, p. 71), a objetivação une “*o não familiar à realidade*”, ele substantiva a ideia, dá um nome, torna-o material e pertencente a realidade concreta, transforma um conceito em uma imagem. Por fim, estes dois processos constituem a constante produção de conhecimento a partir da vida no cotidiano e fazem com que:

[...] pessoas e grupos, longe de serem receptores passivos, pensam por si mesmos, produzem e comunicam incessantemente suas próprias e específicas representações e soluções às questões que eles mesmo colocam. Nas ruas, bares, escritórios, hospitais, laboratórios, etc. as pessoas analisam, comentam e formulam “filosofias” espontâneas, não oficiais, que têm

impacto decisivo em suas relações sociais [...] (MOSCOVICI, 2013, p. 45).

Finalmente, diante da multiplicidade de aspectos que as Representações Sociais abarcam e buscam articular, almeja-se com este trabalho conceber de forma mais plural possível a visão dos profissionais entrevistados, de modo que os diversos aspectos de seu trabalho sejam considerados (ao buscar as orientações, normativas e recomendações fornecidas pelo Ministério da Saúde), os fatores sociais e culturais que envolvem a temática e a infância assim como as nuances do modelo biomédico hegemônico.

5 MARCO METODOLÓGICO

5. 1 *Natureza da pesquisa*

Esta dissertação configura-se por uma abordagem qualitativa do tipo exploratória, já que o foco da nossa investigação foram os sentidos e compreensões construídos individualmente. Nos importamos por investigar os sentidos e as representações, que estão envolvidas pelas crenças, histórias, opiniões, as quais são produtos das interpretações que os humanos fazem acerca do modo que vivem e de como se constroem, caracterizando, portanto, o complexo objeto de pesquisa qualitativa (MINAYO, 2010).

Segundo Sá (1996) a pesquisa em Representações Sociais possui uma riqueza para a operacionalização tanto das técnicas de coleta de dados quanto na análise destes; em face disto utilizamos uma ampla e criativa malha de possibilidades e técnicas para desenvolver tal proposta.

Contudo, os instrumentos de coleta assim como o procedimento de análise possuem um caráter quantitativo, mas por uma vertente estatística não-paramétrica, ou seja, sem que haja categorias preestabelecidas, dados ou populações com estruturas ou parâmetros característicos, os resultados obtidos foram os balizadores da própria análise quantitativa. Ainda que façamos tal distinção entre a natureza qualitativa e quantitativa do estudo, concordamos com Goode & Hatt (1973 *apud* RICHARDSON, 1999, p. 79) quando ressalta que:

A pesquisa moderna deve rejeitar como uma falsa dicotomia a separação entre estudos 'qualitativos' e 'quantitativos', ou entre ponto de vista 'estático' e 'não-estático'. Além disso, não importa quão precisas sejam as medidas, o que é medido continua sendo uma qualidade (GOODE & HATT, 1973, p. 398 *apud* RICHARDSON 1999, p. 79).

5. 2 *Abordagem do Núcleo Central*

Na seção anterior apresentamos a Teoria das Representações Sociais proposta por Moscovici em seus aspectos gerais. Nesta etapa, trabalharemos a operacionalização da teoria enquanto recurso metodológico para a coleta e análise dos dados. É importante situar a teoria, tal como foi descrita anteriormente, como uma “Grande Teoria” psicossociológica, a qual almeja descrever o amplo fenômeno das Representações Sociais. Para melhor articulação, esta chamada “Grande Teoria” houve a decomposição em três correntes teóricas complementares: 1. Uma mais fiel à teoria original, marcada pela manutenção da ênfase “*moscoviciana*” sobre a necessidade básica de assegurar uma ampla base descritiva e tida como puramente qualitativa, liderada por Denise Jodelet, em Paris; 2. Uma que procura articulá-la com uma perspectiva mais sociológica e de natureza quantitativa, liderada por Willem Doise, em Genebra e, por fim, 3. Uma que enfatiza a dimensão cognitiva-estrutural das representações, com um viés de operacionalização experimental, liderada por Jean-

Claude Abric, em Aix-en-Provence (SÁ, 1998). Vale destacar que as abordagens expostas não apresentam incompatibilidade entre si, uma vez que partem de um marco inicial comum. Elas apenas ressaltam aspectos diferenciados e possibilitam perspectivas distintas de observação do fenômeno “Representação Social”, conforme salienta Sá (1998). A abordagem que optamos por utilizar neste construto é a proposta formulada por Abric (1976).

Em consonância com a dita “Grande Teoria”, mas utilizando as palavras Abric (2001), definimos, pois, as Representações Sociais como o conjunto de informações, crenças e atitudes a respeito de um objeto dado como um conhecimento dotado de uma organização e estrutura bem definidos; o que nos desperta, por conseguinte, um olhar atento para dois importantes aspectos: 1. O conteúdo e 2. A estrutura de tais representações. O autor chama atenção para os sentidos que estão contidos nas representações, tais sentidos são hierarquizados, estabelecem relações entre si e ocupam lugares que vão dando corpo ao sistema representacional (ABRIC, 2001). Esta conceituação apresentada, ainda que compartilhada por todos aqueles teóricos que trabalham com Representações Sociais, recebeu especial atenção por Abric, o qual a partir dela formulou uma hipótese sobre a organização interna do fenômeno, a qual nomeada de “núcleo central” foi formulada nos seguintes termos:

La organización de una representación presenta una particular, específica: no únicamente los elementos de la representación son jerarquizados sino además **toda representación está organizada al redor de un núcleo central**, constituido por uno o varios elementos que dan su significación a la representación (ABRIC, 2001, p. 18)¹.

O autor apresenta o conceito: “núcleo central” e afirma que este núcleo funciona como um componente fundamental e perene das representações, ainda que em contextos dinâmicos. É o componente que mais resistirá às mudanças, ao ponto de que, se há mudanças no núcleo central automaticamente há a completa modificação da representação, assim, através do núcleo central é possível garantir duas funções essenciais:

La función generadora: es le elemento mediante el cual se crea, se transforma la significación de los otros elementos constitutivos de la representación. Es por su conducto que esos elementos toman un sentido, un valor. Y *La función organizadora*: es el núcleo central que determina la naturaleza de los lazos que unen, entre ellos los elementos de la representación. Es, en este sentido, el elemento unificador y estabilizador de la representación. (ABRIC, 2001, p. 20-21²)

¹ Tradução livre:

A organização de uma representação apresenta uma modalidade particular específica: não unicamente os elementos da representação são hierarquizados, mas **toda a representação está ao redor de um núcleo central**, construído por um ou vários elementos que dão o sentido às representações (ABRIC, 2001, p. 18)

² Tradução livre:

A *função geradora*: é o elemento mediante o qual se cria, se transforma a significação dos outros elementos constitutivos da representação. É através do núcleo central que os elementos da representação adquirem um sentido, um valor. E a *função organizadora*: o núcleo central determina a natureza dos laços que unem os elementos da representação entre si e, por assim dizer, um elemento unificador e estabilizador das representações. (ABRIC, 2001, p. 20-21)

O núcleo central atua de modo tão significativo que este define se uma representação é *autônoma* ou *não-autônoma* dada sua função geradora e organizadora. Assim, entendem-se como representações autônomas todas aquelas cujo princípio organizador se situa no nível do objeto mesmo, ou seja, o núcleo central coaduna os sentidos e torna coesa em si mesma a representação, enquanto que as não-autônomas são aquelas cujo núcleo central se situa fora do objeto, sua definição é balizada por outras Representações mais globais nas quais o objeto está integrado (ABRIC, 2001).

Para manter-se como peça-chave o núcleo central é constituído por um ou vários elementos que dão o significado à Representação. Esses elementos de significados são determinados pela natureza do objeto representado, pela relação que o sujeito (ou o grupo) mantém com ele assim como, pelo sistema de valores e normas sociais que constituem o entorno ideológico do momento e do grupo. Ou seja, o núcleo central poderá ter naturezas distintas de acordo com a natureza do objeto ou a finalidade da situação, assumindo, portanto, duas dimensões fundamentais (ABRIC, 2001; SÁ, 1996):

Las dimensiones son: normativa e funcional. En la *dimensión funcional* serán privilegiados entonces en la representación y constituyendo el núcleo central los elementos más importantes para la realización de la tarea. En la *dimensión normativa* en todas las situaciones en que intervienen directamente dimensiones socio afectivas, sociales o ideológicas. En este tipo de situaciones, se puede pensar que una norma, un estereotipo, una actitud fuertemente marcada estarán en el centro de la representación. (ABRIC, 2001, p. 22) ³

Sá (1996) retoma a conclusão de Abric (1994) quando este ressalta a imprescindível importância de realizar o levantamento do núcleo central, pois define as características do objeto e mostra se este de fato compõe objeto de representação, já que nem todo conceito ou conhecimento pode ser tomado como uma Representação Social. Entretanto, é importante destacar que a representação se constitui na mútua organização entre o núcleo central e todos os elementos periféricos que articulam e dão sentido. Abric (2001) destaca que a compreensão dos elementos periféricos reduz a constante contradição que permeia as Representações Sociais, já que elas são rígidas e estáveis ao mesmo tempo em que são flexíveis e móveis. Nota-se também que o núcleo central está diretamente ligado e determinado pelos aspectos históricos, sociológicos e ideológicos, marcado pela memória coletiva. Também possui uma função de consensualidade e de permanência, sendo, portanto, relativamente independente do contexto social e material imediato ao qual a Representação está exposta.

Enquanto que os elementos periféricos, de acordo com Abric (2001), consistem em informações retidas, selecionadas e interpretadas, juízos formulados a respeito do objeto e seu entorno,

³ Tradução livre:

As dimensões são: normativa e funcional. Na *dimensão funcional* são privilegiadas nas representações e na constituição do núcleo central os aspectos importantes para a realização de uma tarefa. Na *dimensão normativa*, por sua vez, há maior relação com os aspectos que intervêm diretamente em dimensões socioafetivas, sociais ou ideológicas; assim, pode-se pensar que uma atitude fortemente marcada, uma norma ou um estereótipo estão diretamente ligadas ao núcleo da representação. (ABRIC, 2001, p. 22)

estereótipos e crenças, formam o lado mais acessível, mas também o mais vivo e concreto das Representações. Eles se organizam ao redor do núcleo central e estão em relação direta com ele, isto é seu valor, sua presença e sua função são determinados pelo núcleo e, dependendo da distância em que estão localizados, resultam em distintos efeitos: quanto mais próximos, desempenham um papel na concretude do significado e da representação, quanto mais distante eles clarificam, ilustram e justificam a representação; assim, os elementos periféricos constituem a interface entre o núcleo central e a situação concreta em que se elabora ou funciona a representação, respondendo desse modo a três funções essenciais:

Concreción: directamente dependiente del contexto, resultan del enlaje de la representación en la realidad, y permiten revestirla en términos concretos, comprensibles y transmisibles de inmediato. Integran los elementos de la situación en que la representación se produce, hablan del presente y de lo vivido del sujeto.

Regulación y adaptación: más flexibles que los elementos centrales, los elementos periféricos desempeñan un papel esencial en la adaptación de la representación a las evoluciones del contexto. Pueden entonces ser integradas a la periferia de la representación tal cual información nueva. Frente a la estabilidad del núcleo central, constituyen el aspecto móvil y evolutivo de la representación.

Defensa: el núcleo central - y lo dijimos - resiste al cambio puesto que su transformación ocasionaría un trastorno completo. Por tanto el sistema periférico funciona como el sistema de defensa de la representación. Constituye lo que Flament (1987) llama so “parachoques”. La transformación de una representación se operará así en la mayoría de los casos mediante la transformación de sus elementos periféricos: cambio de ponderación, interpretaciones nuevas, deformaciones funcionales defensivas, integración condicional de elementos contradictorios. Es en el sistema periférico donde las contradicciones podrán aparecer entonces y ser sostenidas (ABRIC, 2001, p. 24⁴).

Como se percebe, os elementos periféricos realizam a ligação entre os conceitos mais fundamentais à realidade inserida, fazem a comunicação entre sentidos e contextos. Além de comunicar e contextualizar protegem os sentidos fundamentais quando permite uma absorção seletiva de novas informações que poderiam vir a interferir no núcleo central. Por outro lado, também permitem uma flexibilidade e elasticidade a fim de que as Representações possam integrar-se as mais variáveis mudanças na história social ou individual (no campo individual, esse mecanismo é fundamental para a formação de representações sociais individualizadas). Para concluirmos esta etapa,

⁴ Tradução livre:

Concretização: diretamente dependente do contexto, resulta da relação entre a representação e a realidade, permite revestir a representação em termos concretos, compreensíveis e de transmissão imediata. Integram os elementos situacionais em que a representação se produz, falam do presente e do vivido do sujeito.

Regulação e adaptação: mais flexível que os elementos centrais, os elementos periféricos desempenham um papel essencial na adaptação da representação às evoluções do contexto. Podem, então, ser integradas à periferia da representação como uma informação nova. Frente a estabilidade do núcleo central, constituem o aspecto móvel e evolutivo da representação.

Proteção: o núcleo central, como dito, resiste às mudanças visto que a transformação resultaria em uma transformação total dos elementos periféricos. Portanto, o sistema periférico, funciona como um sistema de defesa da representação, constitui o que Flament (1987) chama de para-choques. A transformação de uma representação se dá, na maioria dos casos, ante a transformação dos elementos periféricos: mudança de julgamento, interpretações novas, integração seletiva de elementos contraditórios e alterações funcionais protetivas do núcleo. Assim, é no sistema periférico que as contradições poderão aparecer e então sustentadas (ABRIC, 2001, p. 24).

sintetizamos o sistema central como normativo e o periférico como funcional, e também podemos resumir os principais pontos da teoria no quadro abaixo:

QUADRO III: Principais características e diferenciações entre Núcleo Central e Sistema Periférico:

SISTEMA CENTRAL	SISTEMA PERIFÉRICO
Ligado à memória coletiva e à história do grupo.	Permite a integração das experiências e histórias individuais.
Consensual; define a homogeneidade do grupo.	Suporta a heterogeneidade do grupo.
Estável, coerente, rígido.	Flexível, suporta as contradições.
Resistente à mudança.	Evolutivo.
Pouco sensível ao contexto imediato.	Sensível ao contexto imediato.
Funções:	Funções:
Gerar a significação da representação, determinar sua organização.	Permite adaptação à realidade concreta, permite a diferenciação do conteúdo, protege o sistema central.

Fonte: SÁ, 1996, p. 71.

Em suma, podemos seguir concluindo que, no campo da pesquisa, a metodologia desenvolvida pelo grupo de Abric, denominado de “Grupo do Midi”, importa-se com o levantamento e a identificação dos elementos do núcleo central e dos elementos periféricos que fazem a interface das representações com a prática cotidiana concreta dos sujeitos e grupos. Assim, vemos como viável e rica esta opção de articulação pois ao tratar a temática do suicídio entre crianças em um ambiente hospitalar, lidamos com os protocolos formais de atendimento, vivências individuais em relação à morte autoinfligida e sobre o sofrimento infantil, assim como com conhecimentos adquiridos ao longo da experiência profissional/acadêmica dos trabalhadores da saúde que serão entrevistados.

5. 3 Contextualização do Local

As entrevistas foram realizadas nos Hospitais Prontos Socorros da Criança. Conforme dito inicialmente, tais locais foram selecionados pois servem como porta de entrada para casos de Urgência e Emergência. Caracteriza-se urgência a necessidade de um pronto atendimento a demandas que não oferecem risco a vida ou de causar sequela; enquanto que emergência é caracterizada por ser uma assistência a ocorrências que possuem o risco iminente de morte, ou de lesões irreparáveis (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005).

Cabe ressaltar que a cidade de Manaus possui cinco unidades de pronto atendimento para Urgência e Emergência sob a administração do Estado, sendo estas: Pronto-Socorro da Criança Zona Sul, Pronto-Socorro da Criança Zona Leste, Pronto-Socorro da Criança Zona Oeste, Hospital Pronto-Socorro Dr. João Lúcio Pereira Machado e Hospital Pronto-Socorro Platão Araújo. Essas unidades possuem especialidade como: Clínica Geral; Pediatria; Ortopedia; Cirurgia; Odontologia; Nefrologia; Cardiologia; Neurologia. Contudo, de acordo com os dados obtidos junto ao DATASUS, foi possível obter um demonstrativo das ocorrências em hospitais: 78% das ocorrências declarada como envenenamento, acidentes domésticos, quedas, dentre outros, advém destas unidades Infantis mencionadas. Portanto, estes tornaram-se o campo da nossa pesquisa e a seguir faremos uma breve apresentação de cada um.

O Hospital Pronto Socorro da Criança Zona Sul, localizado no bairro Cachoeirinha é o mais antigo dos hospitais visitados, a unidade foi construída no ano de 1983 funcionando desde 1985 como um pronto socorro do INAMPS⁵. Contudo, há aproximadamente 25 anos o local foi destinado ao atendimento infantil, transformando-se em um Hospital Pronto Socorro. Em sua proximidade estão: o Instituto de Saúde da Criança (ICAM), Fundação Alfredo da Mata, Policlínica Codajás e Hospital Adriano Jorge. Além desses grandes estabelecimentos de saúde, a Zona Sul de Manaus concentra os bairros mais antigos e tradicionais da capital, incluindo o centro histórico. Esta área é bastante privilegiada pela concentração de serviços públicos de lazer, educação e serviços em geral, nesta zona estão situadas as principais unidades das Universidades Públicas (UFAM e UEA), o Instituto de Pesquisa da Amazônia (INPA) o que proporciona intensa circulação de pessoas e riquezas. Vale ressaltar que às proximidades do HPSC em questão estão localizadas algumas escolas, em especial uma escola militar - fazemos questão de ressaltar este elemento pois tratou-se de uma informação relevante quando da análise dos dados.

O segundo hospital é o Pronto Socorro da Criança Zona Leste, conhecido como Joãozinho. Em funcionamento há 17 anos, a unidade hospitalar é anexa ao Hospital Pronto Socorro João Lúcio, que atende usuários a partir de 15 anos de idade. Os hospitais tornaram-se referência em neurologia, cirurgia neurológica e politraumatismo na região. Está localizado na zona mais extensa e populosa da cidade de Manaus: a Zona Leste, cujas características de ocupação são bem diversas, possui áreas de muitos comércios e circulação de riquezas, mas também muitos dos seus bairros surgiram de ocupações irregulares. É uma região estigmatizada por possuir números elevados de ocorrências de crimes violentos, taxada como “zona perigosa” da cidade. Além disso, também padece com a falta de

⁵ INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, criado na década de 70 a partir do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS, hoje o INSS: Instituto Nacional de Seguridade Social). O qual garantia aos trabalhadores de carteira assinada atendimento médico. Este instituto foi instinto no início da década de 90 quando da implementação do Sistema Único de Saúde (PAIM, 2009).

assistência e atenção do poder público, há precário fornecimento dos serviços básicos como abastecimento de água, fornecimento de energia elétrica, iluminação pública, assim como os demais serviços para a população que ali reside.

Por fim, o pronto-socorro Zona Oeste, em funcionamento desde 2002, está localizado em um dos limites da cidade de Manaus, às proximidades da ponte que liga a cidade de Manaus ao município de Iranduba. Nesta região estão as sedes do Governo do Estado, sede da Prefeitura Municipal, diversos estabelecimentos militares, um dos principais cartões postais da cidade: a orla da Ponta Negra, o Aeroporto Internacional, e convive com o grande contraste socioeconômico dos luxuosos condomínios fechados e as moradias mais modestas dos bairros vizinhos. Trata-se também da segunda região mais extensa da cidade e abriga uma das maiores áreas verdes da capital, com balneários e opções de ecoturismo. Faremos um breve grifo – semelhante ao feito no HPSC Zona Sul – sobre as imediações do HPSC Zona Oeste onde estão localizados alguns serviços-chave, os quais foram relevantes quando da análise dos dados da pesquisa: o CAIC Alberto Carreira (Centro de Atenção Integral à Criança) o qual presta atendimento ambulatorial, SAICA (Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes) que acolhe crianças e adolescentes cujos direitos foram gravemente violados, e a Maternidade Moura Tapajós a qual presta o Serviço de Atenção às Vítimas de Violência Sexual pelo SAVVIS.

Estes pontos que fizemos questão de sobressaltar serão mais bem explorados adiante. Entretanto, cabe-nos citar a Portaria Ministerial nº 2.048, de 5 de novembro de 2002 a qual traz em seu texto diretrizes, normas e orientações sobre a estruturação dos serviços de Urgência e Emergência no âmbito do SUS, tanto no serviço público, militar quanto na saúde suplementar. Mas, em seu anexo sobre a regulamentação técnica dos serviços, há a exposição de um panorama das condições de atendimentos em unidades hospitalares de urgência e emergência públicas e a descontinuidade da atenção. Assim, nota-se no texto que a assistência às urgências ocorre predominantemente nos hospitais prontos-socorros, ainda que estes sequer estejam devidamente estruturados e equipados.

Abertos nas 24 horas do dia, estes serviços acabam por funcionar como “porta de entrada” do sistema de saúde, acolhendo pacientes de urgência propriamente dita, pacientes com quadros percebidos como urgências, pacientes desgarrados da atenção primária e especializada e as urgências sociais. Tais demandas misturam-se nas unidades de urgência superlotando-as e comprometendo a qualidade da assistência prestada à população. Esta realidade assistencial é, ainda, agravada por problemas organizacionais destes serviços como, por exemplo, a falta de triagem de risco, o que determina o atendimento por ordem de chegada sem qualquer avaliação prévia do caso, acarretando, muitas vezes, graves prejuízos aos pacientes (Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002).

5. 4 Sujeitos

Foram entrevistados 45 (quarenta e cinco) profissionais de saúde dos hospitais selecionados: Pronto-Socorro da Criança Zona Sul, Pronto-Socorro da Criança Zona Leste e Pronto-Socorro da

Criança Zona Oeste. A quantidade de profissionais foi igual tanto por área quanto por unidade hospitalar. Entrevistamos 15 (quinze) profissionais de cada pronto-socorro, 5 (cinco) de cada área formação: técnico(a) em enfermagem, enfermeiro(a) e médico (a). O tempo de atuação em urgência e emergência pediátrica foi cuidadosamente observado a fim de cumprir o critério de inclusão (mínimo de 3 anos) assim como nos proporcionar uma amostra com períodos variados. Obtemos como resultado entrevistados com tempo de experiência de 3 a 45 anos, destes entrevistados 31 eram mulheres e 14 homens. Para melhor visualização dos participantes, segue quadro a baixo:

QUADRO IV: Caracterização dos participantes da pesquisa:

	Identificação*	Sexo	Idade	Tempo de atuação profissional	Tempo de atuação em HPSC	Formação
1	TE 1	F	42	17 anos	14 anos	Téc. Enf.
2	TE 2	F	48	20 anos	20 anos	Téc. Enf.
3	TE 3	M	47	17 anos	17 anos	Téc. Enf.
4	TE 4	F	54	29 anos	4 anos	Téc. Enf.
5	TE 5	M	27	5 anos	4 anos	Téc. Enf.
6	TE 6	F	53	25 anos	16 anos	Téc. Enf.
7	TE 7	M	24	3 anos	3 anos	Téc. Enf.
8	TE 8	F	48	20 anos	16 anos	Téc. Enf.
9	TE 9	F	41	18 anos	14 anos	Téc. Enf.
10	TE 10	F	53	20 anos	6 anos	Téc. Enf.
11	TE 11	F	50	20 anos	17 anos	Téc. Enf.
12	TE 12	F	42	6 anos	3 anos	Téc. Enf.
13	TE 13	F	46	17 anos	17 anos	Téc. Enf.
14	TE 14	F	29	14 anos	14 anos	Téc. Enf.
15	TE 15	M	41	18 anos	11 anos	Téc. Enf.
16	ENF. 1	F	46	18 anos	5 anos	Enfermeiro(a)
17	ENF. 2	F	45	14 anos	14 anos	Enfermeiro(a)
18	ENF. 3	F	42	13 anos	13 anos	Enfermeiro(a)
19	ENF. 4	M	43	20 anos	20 anos	Enfermeiro(a)
20	ENF. 5	M	43	22 anos	22 anos	Enfermeiro(a)
21	ENF. 6	F	43	17 anos	16 anos	Enfermeiro(a)
22	ENF. 7	F	35	14 anos	14 anos	Enfermeiro(a)
23	ENF. 8	F	42	17 anos	17 anos	Enfermeiro(a)
24	ENF. 9	F	42	14 anos	13 anos	Enfermeiro(a)
25	ENF. 10	M	49	22 anos	15 anos	Enfermeiro(a)
26	ENF. 11	F	36	10 anos	10 anos	Enfermeiro(a)
27	ENF. 12	M	45	20 anos	16 anos	Enfermeiro(a)
28	ENF. 13	M	44	11 anos	9 anos	Enfermeiro(a)
29	ENF. 14	F	49	20 anos	11 anos	Enfermeiro(a)
30	ENF. 15	F	40	7 anos	4 anos	Enfermeiro(a)
31	MED. 1	F	42	14 anos	14 anos	Médico(a)
32	MED. 2	F	51	18 anos	8 anos	Médico(a)
33	MED. 3	F	54	30 anos	20 anos	Médico(a)
34	MED. 4	M	55	32 anos	30 anos	Médico(a)
35	MED. 5	M	34	9 anos	9 anos	Médico(a)

36	MED. 6	F	48	21 anos	19 anos	Médico(a)
37	MED. 7	F	31	4 anos	4 anos	Médico(a)
38	MED. 8	M	47	20 anos	17 anos	Médico(a)
39	MED. 9	F	58	34 anos	34 anos	Médico(a)
40	MED. 10	M	56	27 anos	27 anos	Médico(a)
41	MED. 11	F	35	9 anos	6 anos	Médico(a)
42	MED. 12	F	41	10 anos	9 anos	Médico(a)
43	MED. 13	F	51	28 anos	28 anos	Médico(a)
44	MED. 14	F	49	22 anos	22 anos	Médico(a)
45	MED. 15	M	66	45 anos	45 anos	Médico(a)

*LEGENDA DA IDENTIFICAÇÃO: (TE: Técnico(a) de Enfermagem; ENF.: Enfermeiro(a); MED.: Médico(a))

Fonte: dados coletados e tabulados pela pesquisadora.

A busca por distintas áreas deu-se com o intuito de obter percepções a partir de diferentes experiências que são proporcionadas pelo fazer diário, ainda que executem de forma conjunta os protocolos de resgate a vida, por exemplo, cada profissional exerce um tipo de cuidado específico. Como forma de entender essa distinção, faremos uma breve apresentação das atividades desenvolvidas por ramo de profissional. De acordo com o Decreto 94.406/87 que dispõe sobre o exercício dos profissionais da enfermagem, tem-se nos artigos 8 e 10 a descrição das atribuições dos enfermeiros e dos técnicos de enfermagem, respectivamente. A ambos profissionais são incumbidas atividades de integração da equipe e atividades de promoção e educação em saúde.

Em relação ao profissional técnico de enfermagem, este caracteriza-se por ser um profissional de nível médio e técnico. Cabe a ele prestar assistência ao enfermeiro no planejamento das atividades de assistência, na atenção e cuidado de pacientes em estado grave, fazer monitoramento das funções vitais, auxiliar ou executar coleta de materiais para exames laboratoriais, realizar a higiene de pacientes limitados ao leito, ministrar medicações de acordo com a prescrição, fazer acesso venoso periférico ou central, auxiliar no exame físico, entre outros. Ao profissional enfermeiro, além das atividades descritas ao técnico de enfermagem, suas atividades privativas são: direção do serviço de enfermagem, atividades voltadas para a gestão e organização do fluxo de trabalho e planejamento da assistência de enfermagem, prescrição de medicamentos (desde que estabelecidos em programas de saúde e em rotina), cuidados direto a pacientes com risco de morte e todos os outros cuidados de maior complexidade (BRASIL, 1987).

Cabe ao médico, por fim, de acordo com a Resolução 2.077/2014, do Conselho Federal de Medicina, o atendimento para classificação de risco, avaliação da conduta e aplicação dos protocolos de acordo com a demanda, realizar registros de todas as condutas tomadas, prescrever medicações de acordo com a demanda, informar-se e manter os demais profissionais envolvidos nos atendimentos informados dos assuntos que garantam a melhor assistência do paciente etc.

5. 5 Operacionalização

5. 5. 1. Instrumentos

Utilizamos dois principais instrumentos: um questionário fechado para coleta de dados gerais dos profissionais (ANEXO 9.2) e a Técnica de Associação de Palavras.

O questionário fechado, ainda que entre na categoria de entrevista, não segue um formato de roteiro, já que o questionário pressupõe questões bastante fechadas cujo ponto de partida são as referências do pesquisador, conforme diferencia Minayo (2010). Portanto, este questionário servirá como identificador geral do sujeito, possibilitando o conhecimento de sua formação, tempo de atuação, idade, dentre outros aspectos que enriquecerão as discussões quando da triangulação posterior com os outros instrumentos e análises realizadas, de acordo com Minayo (2010).

A Técnica de Associação de Palavras, por sua vez, trata-se de uma técnica projetiva orientada pela hipótese de que a estrutura psicológica do sujeito se torna palpável através das manifestações de conduta, de evocações, escolhas e criação, conforme elucida Nóbrega & Coutinho (2003). Originalmente pensando por C. G Jung em sua prática clínica e, posteriormente, adaptada por Di Giacomo (1981) para o uso no campo da Psicologia Social, vem sendo utilizada, sobretudo nas pesquisas sobre Representações Sociais (NOBREGA & COUTINHO, 2003). Abric (2001,) ao reconhecer a validade desta técnica quando do uso para a coleta de dados em Representações Sociais, destacou que a associação livre permite acessar elementos implícitos ou latentes que seriam “afogados” ou mascarados nas produções discursivas.

A técnica consiste na utilização de um estímulo indutor, por parte do pesquisador, para que este estímulo (palavra, frase ou expressão) desencadeie respostas livres (preferencialmente palavras), por parte do participante da pesquisa. Assim, Nóbrega & Coutinho (2003) afirmam que esta técnica permite a identificação das dimensões latentes nas Representações Sociais, por meio da configuração dos elementos que constituem a trama ou rede associativa dos conteúdos evocados em relação a cada estímulo indutor. Dado o caráter projetivo da técnica, é possível acessar conteúdos latentes e “não filtrados” pela censura e, assim, torná-los salientes (NOBREGA & COUTINHO, 2003).

É importante sempre recordar o fato de que, na abordagem teórica que estamos apresentando, do núcleo central, dois elementos são fundamentais para a análise: o conteúdo, e a organização das representações sociais, sua estrutura interna. Portanto vemos como viável o uso desta técnica pois teremos acesso não apenas ao conteúdo em si mesmo, mas também a organização deste conteúdo, permitindo, conseqüentemente, o acesso ao núcleo central, bem como identificação dos elementos periféricos (ABRIC, 2001).

Por fim, e como salienta Abric (2001), este instrumento de coleta, dado seu caráter

espontâneo e seu potencial projetivo, auxilia o pesquisador para que acesse de forma mais rápida e fácil os elementos constituintes do objeto estudado. Vemos este instrumento como bastante adequado dado o ritmo acelerado de trabalho no local de nossa pesquisa. A exigência de condutas precisas e rápidas quando do atendimento nos ambientes de urgência e emergência nos quais o risco de morte é presente em dezenas de casos recebidos pela equipe de saúde, fazem com que o tempo de elaboração de algumas situações ocorra depois do fato ocorrido. O raciocínio clínico precisa ser ágil para conduzir a conduta, ou seja, a identificação/nomeação de determinada situação é realizada a partir de uma atribuição imediata de sentido, supondo-se, portanto, a dimensão funcional das representações, as quais são evocadas de forma rápida para constituir os significados importantes para a realização da tarefa do cuidado.

5. 5. 2 Procedimentos para coleta de dados

Antes de adentrar na descrição do campo, cabe narrar brevemente os impasses vividos durante a análise do projeto até a autorização para realizar a pesquisa. Após aprovação da banca de qualificação e acertado os ajustes sugeridos pelos membros, o projeto fora submetido junto a Secretaria Estadual de Saúde, a submissão foi realizada com a promessa de que o processo duraria cerca de um mês para apreciação e análise, mas que poderia acompanhar o processo virtualmente ou diretamente no setor responsável. Quando o prazo estipulado estava próximo de se esgotar, iniciei as visitas junto a secretaria, a fim de acompanhar o andamento já que ainda passaria por outra apreciação a qual tomaria mais um mês da pesquisa.

As ligações e as visitas resultavam na mesma resposta: “ainda não temos retorno dos gestores”. Quando o prazo previsto esgotou e mais um mês já havia passado, a sugestão da própria gerente da SUSAM foi de que eu realizasse as visitas pessoalmente e solicitasse a resposta ao pedido que a secretaria havia encaminhado. Assim o fiz: realizei visitas me apresentando como pesquisadora e relatando o procedimento que havia realizado para conseguir a autorização para a pesquisa. Para minha surpresa, em cada unidade a informação sobre o procedimento era distinto do que a Secretaria preconizava, assim como os meios de comunicação utilizado pela secretaria (e-mails) eram ineficientes, pois nenhum dos três diretores receberam o material ou sequer tomaram conhecimento de que havia um processo encaminhado para a unidade.

Depois das visitas e mediação das informações, gradativamente as autorizações foram liberadas e cada unidade já apresentou uma amostra da sua dinâmica de funcionamento, suas nuances e, assim, os primeiros vínculos foram estabelecidos para o início da coleta.

Tão logo recebida a anuência institucional, o projeto fora submetido no Comitê de Ética em pesquisa para que depois da apreciação e aprovação fosse de fato executado. De posse do parecer

favorável emitido em 21/12/2017 de número: 2.453.386 (ANEXO 9.4), as visitas nos estabelecimentos de saúde iniciaram. Como dito, cada qual com sua dinâmica institucional própria. O contato iniciado quando da busca por autorização foi importante para essa entrada propriamente dita no campo. Dentro dos hospitais manteve contato direto com funcionários da gerência da área técnica, da educação continuada e, em apenas uma das unidades, com o setor de psicologia.

A partir da rotina de cada hospital foi possível estabelecer o ritmo de coleta, horários e jornada. Houve uma unidade em que a coleta se dava no período noturno, em outra em finais de semana ou feriados assim como houve uma unidade em que o período da coleta estava vinculado ao plantão da psicóloga ou gerente técnica e em dias úteis.

A receptibilidade e disponibilidade para contribuir com a pesquisa superou expectativas, de fato a escolha dos instrumentos da coleta permitiu que os profissionais pudessem participar sem que houvesse impacto em suas atividades do plantão. De todas as pessoas abordadas, apenas três recusaram-se a participar: dois por não querer assinar o TCLE (aparentemente ficou inseguro em relação a uma possível divulgação de seus dados, ainda que garantido o sigilo, o profissional recusou-se), outro optou por não participar por acreditar que “quem comete suicídio merece morrer mesmo, são pessoas que só dão trabalho no plantão quando o ato não é consumado”. Uma característica comum em todos os hospitais é que a grande maioria dos profissionais médicos encontravam-se no chamado conforto, aparentando por vezes não manter um contato próximo com os demais integrantes da equipe assistencial.

Quando selecionados os profissionais dispostos a participar, seguiu-se cuidadosamente os critérios de inclusão e exclusão, em seguida foi feita a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), bem como a assinatura deste.

A primeira técnica de coleta foi a “Associação de Palavras”. Antes da aplicação propriamente dita, foi utilizado um exemplo para clarificar como seria esta etapa sem, entretanto, informar a palavra estímulo. O exemplo foi tão somente para familiarizar o entrevistado acerca de como decorrerá o processo. Foi destacada a importância de falar a palavra logo que viesse à mente, pois quanto menos tempo de elaboração, mais impulsiva ela seria aumentando assim seu efeito de validade, conforme orienta Nóbrega & Coutinho (2003).

Após a certeza de o participante compreendeu como seria o procedimento, foi pedido que o profissional evocasse palavras que viessem imediatamente à mente quando escuta a palavra “Suicídio”. Após julgar que houvera esgotado suas associações, seguiu-se o mesmo procedimento com o estímulo indutor “Suicídio Infantil”. Optamos por realizar as duas etapas para investigar quais as similaridades ou distinções existentes entre um termo mais abrangente e o situado no período da infância.

Em seguida, foi aplicado um breve questionário que nos forneceu as informações gerais do

profissional, como o tempo de formação, tempo de atuação no serviço, tempo de atuação com no atendimento ao público infantil, se eles possuíam conhecimentos sobre instrumentos/orientações/protocolo de atendimento em caso de suicídio na infância, assim como perguntas voltadas para sua vivência pessoal etc. (ANEXO 9.2).

5. 5. 3 Procedimentos para análise de dados

Como almejamos compreender um processo social, como as representações sociais o são, pensar seus princípios e dimensões é fundamental no momento de analisar os dados advindos da pesquisa. Compreender a complexidade do fenômeno é abrir espaço para uma análise partindo de diversos pontos. Portanto, como forma de articular as informações coletadas junto aos profissionais tanto no questionário como na técnica de associações de palavras, assim como através dos documentos/protocolos/orientações, utilizaremos a triangulação de métodos conforme proposto por Minayo (2005).

A autora salienta que a literatura nacional e internacional evidencia a triangulação de métodos como uma estratégia de investigação voltada para a combinação de métodos e técnicas, não se trata, portanto, um método em si, mas sim uma estratégia de pesquisa que se apoia em métodos científicos testados e consagrados, servindo e adequando-se a determinadas realidades, com fundamentos interdisciplinares (MINAYO, 2005).

Esta proposta possui bases bem fixadas no pensamento complexo, inaugurado pelo filósofo Edgar Morin, pois questiona as explicações e análises rígidas e reducionistas, compreende que a ciência não pode ser fragmentada, ao contrário, a integração de perspectivas aproxima recursos quantificadores, com o entendimento de que a quantificação é apenas um indicador e parte da qualidade dos fenômenos, dos processos, dos sujeitos sociais, marcados por estruturas, relações e subjetividade, culturalmente específicas de classes, grupos e segmentos profissionais, gênero, etnia, idade, etc., conforme cuidadosamente salienta Minayo (2005).

Portanto, as análises e discussões partem da integração das informações obtidas através do questionário aplicado aos profissionais, os quais foram sistematizados a partir da Análise de Conteúdo assim como os resultados advindos da Técnica de Associação de Palavras após a realização da Análise Prototípica. Nesta etapa descreveremos como se deu esta etapa da pesquisa.

5.5.3.1. Análise de Conteúdo:

Para a análise e categorização das entrevistas a partir do formulário aplicado aos profissionais, utilizamo-nos da Análise do Conteúdo, pois percebemos como um recurso viável, já que estas consistem em:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens (BARDIN, 2011, p. 48)

Assim, utilizamos o passo a passo apresentado por Bardin (2011) para a construção de categorias analíticas e posterior síntese dos resultados. Como visto, a solicitação feita aos profissionais foi que falassem sobre vivências relacionadas ao suicídio infantil, o relato livre sobre os casos atendidos, observações realizadas para diferenciar um caso de suicídio de outras ocorrências assim como a conduta adotada. Aqueles profissionais que autorizaram tiveram suas entrevistas gravadas e transcritas na íntegra, houve profissionais que optaram por não ter suas falas gravadas, mas se registrou com a maior riqueza de detalhes toda a fala do profissional. Este conteúdo transcrito nos forneceu material para que realizássemos as leituras inicialmente flutuantes, a fim de capturar as ideias mais relacionadas ao que havia sido perguntado, em seguida as incansáveis leituras para se extrair as ideias centrais de cada ponto ressaltando como relevante. Essas etapas permitiram a criação de categorias e subcategorias, as quais surgiram também a partir dos nossos objetivos específicos (BARDIN, 2011).

QUADRO V: Categorias analíticas:

OBJETIVOS	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
1º Investigar as representações sociais acerca da infância em associação com o comportamento autodestrutivo;	Negação do suicídio	Fuga do tema
		A criança é protegida
		Abuso e maus tratos
		A criança não tem noção do risco
		Só queria chamar atenção
	Suicídio e a dinâmica familiar	Distúrbio familiar / pais ausentes
		Pedido de socorro

	Suicídio e patologias	Alteração psicológica
	Suicídio real	Não é pra chamar atenção.
	Mudança de percepção	Experiência próxima de suicídio
2º Analisar o manejo e estratégias destes profissionais diante de pacientes criança-suicida;	Observação de comportamento	A família que silencia, mas a criança manifesta
		Sinais de automutilação
		A criança amedrontada, calada. A importância da internação
		O respeito ao espaço e voz da criança
	Entrevista familiar	História discordante
		A família ajuda muito
		A família pouco sabe
	Atenção à demanda física	Cuidado somente com o corpo
		Exame físico atento
	O saber biomédico	A técnica aplicada
3º Discutir criticamente as Políticas Públicas materializadas em orientações, normativas e recomendações propostas pelo SUS e OMS para lidar com tais ocorrências.	Atenção integral	Trabalho em rede
		Referência e contrareferência
		Trabalho em equipe
		Educação em saúde
	Notificação	Maus tratos
		Desconhecimento / Não efetivado
	Internação	Descontinuidade no cuidado

Fonte: quadro elaborado pela pesquisadora.

Assim, aquelas subcategorias, que emergiam de categorias maiores, serviram como norte para a correlação que será apresentada mais à frente. A relevância das respostas se deu após a recorrência de determinada temática abordada pelo profissional. Como trata-se de uma proposta qualitativa, pudemos realizar uma leitura compreensiva fazendo com que a frequência e recorrência de determinado sentido ganhasse destaque e pudesse ser correlacionada ao material coletado e analisado sob a perspectiva da Teoria do Núcleo Central.

5.5.3.2. Análise Prototípica:

Vale destacar que, como alertou Abric (2001) a produção obtida por associação livre é difícil de interpretar *a priori*, mas o autor sugere que o manuseio dos dados seja no sentido de situar e analisar os sistemas de categorização utilizados pelo sujeito, para que então consiga-se delimitar o conteúdo mesmo da Representação.

Como recurso para realizar esta interpretação, utilizamos a análise prototípica (também chamada análise de evocações ou das quatro casas) a qual é uma das técnicas mais difundidas para caracterização estrutural de uma representação social conforme salientam Wachelke & Wolter (2011). Os mesmos autores explicam que a análise prototípica, desenvolvida por Pièrre Vergès, é baseada no cálculo de frequência e ordens de evocação das palavras. Os autores apresentam que a frequência é a quantidade de vezes que uma palavra ou expressão aparece dentre as evocações dos participantes e, a ordem de evocação é em que momento esta palavra aparece, se logo como primeira evocação ou mais ao final das associações, ressalta-se ainda que aquelas palavras que são evocadas de primeiro possuem maior interesse quando da formulação das hipóteses de centralidade (WACHELKE & WOLTER 2011).

Diante do exposto, apresentamos a frequência e a ordem de evocação como dois indicadores que se relacionam e delineiam a saliência das palavras geradas a partir do grupo. O cruzamento das coordenadas, classificadas em valores altos e baixos (a partir de um número de referência), gera quatro quadros cuja distribuição de palavras monta a hipótese de centralidade e periferia. Os quadros representam as zonas da Representação Social: o Núcleo Central e as periferias.

Na primeira zona, estão as palavras cuja frequência é alta e a ordem de evocação é baixa, ou seja, palavras ditas por um grande número de participantes e evocadas prontamente, são a hipótese mais forte de centralidade. As demais zonas são palavras que compõem a periferia. Há a primeira periferia, com respostas cuja frequência e ordem de evocação são altas, ou seja, são respostas muito significativas, com saliência, mas carregam consigo elementos secundários da representação. A segunda periferia possui frequência baixa e ordem de evocação alta, não apresentando, portanto, saliência em nenhuma das coordenadas indicando que estas palavras não carregam consigo grande representação do grupo social. Por fim a zona de contraste, palavras evocadas cedo, mas com baixa frequência. Esta zona pode indicar duas possibilidades: ou são palavras que complementam a primeira periferia, ou podem indicar elementos importantes que valorizam aspectos distintos da maioria, podendo até a ter um núcleo central diferente (WACHELKE & WOLTER 2011). Conforme quadro a seguir:

QUADRO VI: Exemplo de construção do quadro de análise prototípica ou quatro casas:

NÚCLEO CENTRAL Evocações com maior frequência e prontamente evocadas (baixa média de ordem de evocação). <i>Frequência de evocação $\geq$ Média da frequência</i> <i>Ordem de evocação $\leq$ Média da ordem de evocação</i>	PRIMEIRA PERIFERIA Evocações com maior frequência e mais tardiamente citadas (alta média de ordem de evocação) <i>Frequência de evocação $\geq$ Média da frequência</i> <i>Ordem de evocação $\geq$ Média da ordem de evocação</i>
ZONA DE CONTRASTE Evocações com menor frequência e prontamente evocadas (baixa média de ordem de evocação). <i>Frequência de evocação $\leq$ Média da frequência</i> <i>Ordem de evocação $\leq$ Média da ordem de evocação</i>	SEGUNDA PERIFERIA (SISTEMA PERIFÉRICO) Evocações com menor frequência e mais tardiamente citadas (alta média de ordem de evocação) <i>Frequência de evocação $\leq$ Média da frequência</i> <i>Ordem de evocação $\geq$ Média da ordem de evocação</i>

Fonte: LUKOSEVICIUS; SOARES & JOIA, 2017, p. 5.

Um ponto fundamental para a construção do quadro é a definição dos valores de corte, os quais serão as referências comparativas da amostra. Antes de se extrair valores, um tratamento dos dados denominado “lematização” é feito para que sejam aglutinadas as palavras ou expressões que representam o mesmo sentido, que aparecem no plural e singular ou até mesmo que surgem com gêneros diferentes; por exemplo: “Família desestruturada”, “Desestrutura Familiar”, “Famílias sem estrutura”. Neste caso citado, a palavra ou expressão com maior recorrência, substitui as suas equivalentes (WACHELKE & WOLTER 2011).

Quando do cálculo dos números de corte é importante destacar que Wachelke & Wolter (2011) frisam a não existência de critérios únicos ou equação definida para o cálculo destes valores, contudo, a trajetória feita por Vergès (1994) em sua pesquisa denominada: *Noyau Central, saillance et propriétés structurales*, o autor realizou o cálculo da ordem média de evocação assim como da frequência da seguinte forma: exclui-se as palavras com evocações muito baixas (evocadas uma vez apenas, no caso desta pesquisa), em seguida calcula-se o valor médio a partir da quantidade total de frequência e o número de palavras restantes. Quanto ao cálculo da ordem, atribui-se um valor para cada palavra evocada de forma crescente, as palavras evocadas primeiro recebem o valor 1, as segundas valor 2 e assim por diante. Em seguida tira-se a média a partir da frequência em que a palavra foi evocada. Para se obter o valor de corte, calcula-se a média de ordem de evocação, como exemplo a baixo:

QUADRO VII: Exemplo dos cálculos dos valores de corte:

Palavras Evocadas	Freq.	1°	2°	3°	4°	5°	Ordem Média de Evocação
PROBLEMA SOCIOECONÔMICO	5		2	1		2	2,4
PROBLEMAS	7			2	1	4	4,28
SOFRIMENTO	10	5	1	2	2		1,7
SOLIDÃO	4		1		1	2	4
Média da ordem de evocação (valor de corte)							3,09
Média Frequência (valor de corte): $26/4 = 6,5$							

Fonte: quadro exemplificativo elaborado pela pesquisadora.

Como instrumento para realizar o processamento, análise e visualização dos dados, utilizamos o software OpenEvoc 0.83, disponível gratuitamente e online pelo site www.hugocristo.com.br/projeto/openevoc/. Este recurso é uma versão brasileira desenvolvida pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, baseado no software desenvolvido por Pierre Vergès: o Evoc. Sua finalidade foi oferecer recursos de apoio à pesquisa e análise de Representações Sociais na perspectiva da Teoria do Núcleo Central de Jean-Claude Abric, conforme apresenta Sant'Anna (2012).

6. RESULTADOS E DISCUSSÕES:

Para realizar a análise dos dados obtidos com a associação de palavras, seguimos os passos de tratamento apresentado por Wachelke & Wolter (2011). Organizamos as palavras em um banco de dados, realizamos o processo de lematização e em seguida calculamos os valores de referência. Em relação às evocações a partir da palavra Suicídio, o número total de palavras evocadas seria 225, mas obtivemos 221 evocações no total e 167 palavras distintas. Após o processo de lematização, pudemos construir os quadros com 123 palavras. Em relação ao termo indutor Suicídio Infantil, esperávamos também 225 evocações, mas obtivemos 222, sendo 202 palavras distintas que foram organizadas resultando em 159 palavras.

Como apresentado ao longo do escrito, trabalhamos com a teoria estrutural das Representações Sociais, a qual compreende as representações formadas pelo núcleo central e sistema periférico. Como resultado da análise das evocações, apresentamos os quadros abaixo, os quais são organizados da seguinte maneira: no quadrante superior esquerdo estão as hipóteses de centralidade, são os sentidos mais fortes e imutáveis que são atribuídos ao fenômeno, são os sentidos de consenso, o compartilhado e que coaduna os sentidos partilhados no sistema periférico. De acordo com Abric (1994) estes termos que compõem o núcleo central estão relacionados à memória grupal, regramento social, condições históricas, sociológicas e ideológicas.

Nos quadrantes inferiores e o superior direito estão distribuídos os elementos do sistema periférico, estes, como apresentamos inicialmente, servem como a proteção do núcleo central, pois são mais flexíveis, sensíveis e determinados pelas características do contexto imediato (ABRIC, 1994). A primeira periferia é o local onde estão os elementos periféricos de maior importância, sentidos que mais possuem relação com o núcleo central. No quadrante inferior esquerdo, estão presentes os elementos da zona de contraste, são as palavras e sentidos que já estão em processo de mudança, tanto podem ser associados à primeira periferia, como já podem ser vistos como palavras em transformação, algumas até com núcleo central distinto. Por fim, a segunda periferia, localizada no quadrante inferior direito são os elementos mais “fluidos” e particulares, são caracterizadas pelas peculiaridades dos sujeitos, carregam os sentidos mais pessoais. Podemos observar abaixo tanto as representações gráficas quanto os quadros, os quais analisaremos a seguir.

QUADRO VIII: Análise prototípica do Suicídio:

++	Frequência >= 5 / Ordem de evocação < 3			+- Frequência >= 5 / Ordem de evocação >= 3		
	7.24%	DEPRESSÃO	2			
	7.24%	DESESPERO	2.75			
	6.33%	TRISTEZA	1.79			
	5.43%	FRAQUEZA	2.42			
-+ Frequência < 5 / Ordem de evocação < 3				--	Frequência < 5 / Ordem de evocação >= 3	
				4.07%	DOENÇA	3.11
				4.07%	ISOLAMENTO	3.67
				3.17%	TRANSTORNO PSICOLÓGICO	3.71
				3.17%	PROBLEMAS	4.29
				2.26%	FALTA DE DEUS	3.2
				2.26%	PROBLEMA SOCIOECONÔMICO	3.4
				1.81%	SOLIDÃO	4
				1.36%	FUGA	3
				1.36%	FALTA DE ATENÇÃO	3.33
				1.36%	MEDO	3.33

Fonte: Software OpenEvoc 0.83.

QUADRO IX: Análise Prototípica do Suicídio Infantil:

++	Frequência >= 4,05 / Ordem de evocação < 3			+-	Frequência >= 4,05 / Ordem de evocação >= 3		
	6.76%	DESESTRUTURA FAMILIAR	2		6.76%	NEGLIGÊNCIA	3.87
-+ Frequência < 4,05 / Ordem de evocação < 3				--	Frequência < 4,05 / Ordem de evocação >= 3		
				3.6%	TRANSTORNO PSICOLÓGICO	3.88	
				3.15%	DESESPERO	4	
				2.7%	FALTA DA FAMÍLIA	3.5	
				2.25%	MAUS TRATOS	3.4	
				2.25%	ESCOLA	3.4	
				1.8%	FALTA DE AMOR	3.25	
				1.8%	SOLIDÃO	4	
				1.35%	FALTA DE CARINHO	3	
				1.35%	FUGA	3	
				1.35%	VIOLÊNCIA	3.67	
				1.35%	CHOCANTE	4	
				1.35%	FALTA DE POLÍTICAS PÚBLICAS	4.67	

Fonte: Software OpenEvoc 0.83.

6.1 Análise Prototípica

6.1.1 O Suicídio e o Suicídio infantil

O objetivo de utilizar os dois termos indutores foi para analisarmos se a percepção de profissionais sobre o suicídio de modo geral era semelhante ou distinta do suicídio ocorrido na infância. Durante as entrevistas com os profissionais, foi possível notar que quando falávamos apenas sobre suicídio o tempo de latência era bem reduzido, as palavras eram prontamente evocadas e, ainda que a maioria dos profissionais atuassem exclusivamente ou majoritariamente junto ao público infantil, ao falar sobre o fenômeno suicídio referiam-se ao público adulto.

Quando pedido que falassem palavras relacionadas ao suicídio infantil, era possível notar uma maior demora e dificuldade em buscar tais palavras, como visto nos relatos abaixo:

“Suicídio infantil? É mais complexo, né? Porque a cabeça da criança é superdiferente de um adulto, né? Então assim, uma palavra, uma palavra que defina mesmo eu não sei te dizer.” (ENF. 8)

“‘Pra’ mim não existe suicídio infantil, ‘pra’ mim na infância é mais os adultos que matam, né? Mas suicídio em crianças é muito... ‘Pra’ mim é impossível!” (TE 6)

Mais adiante falaremos sobre a hipótese de centralidade do suicídio infantil, contudo, neste momento cabe-nos fazer alguns apontamentos sobre as diferenças observadas entre os termos “Suicídio” e “Suicídio Infantil”. Pudemos notar que relacionado ao “Suicídio”, surgiu como hipótese de centralidade as palavras: depressão, desespero, tristeza e fraqueza, termos estes que estão relacionados ao comportamento ou experiências individuais, centrados no sujeito, podendo-se sugerir que o suicídio esteja relacionado a um desajuste pessoal, um sofrimento individual, aparentemente pouco levando em consideração aspectos ambientais ou sociais, tais fatores surgem apenas nas periferias, especialmente na segunda periferia, a qual traz consigo os aspectos individualizados das Representações Sociais. Aquilo que carrega o sentido do grupo, a construção coletiva e o compartilhado socialmente, o núcleo central, foca-se em aspectos individualizantes.

É interessante citarmos, exemplificativamente, duas outras pesquisas sobre Representações Sociais e Suicídio, realizadas em períodos diferentes, com metodologias distintas, em locais e com públicos diferentes, mas com resultados semelhantes ao encontrado neste escrito.

A primeira pesquisa realizada em Dormentes, Pernambuco (MORAIS & SOUSA, 2011), entrevistou 12 pessoas: familiares de suicidas, idosos, líderes comunitários, gestores e professores, os quais responderam aos questionários e às entrevistas em profundidade cujas falas foram analisadas

utilizando-se o método da Análise do Conteúdo⁶. A segunda pesquisa, realizada em Bragança Paulista, São Paulo (DAOLIO & SILVA, 2009) teve como participantes 30 pessoas, divididos em três subamostras: sujeitos com alguma atividade profissional ligada ao fenômeno do suicídio; integrantes do senso comum e pessoas que passaram pela tentativa do suicídio; foram realizadas entrevistas semiestruturadas e analisadas sob as diretrizes metodológicas do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)⁷.

Na primeira pesquisa a Representação Social do suicídio surgiu como: Fraqueza de espírito/carne e falta de fé em Deus, assim como mistério, tristeza, constrangimento, tragédia, falta de orientação e diálogo familiar, fim dos problemas (MORAIS & SOUSA, 2011). E, na segunda pesquisa, identificaram-se das pessoas com alguma formação profissional, as seguintes representações sociais: “sofrimento” e “desespero”, entre outras; dos participantes do senso comum: “fuga” e “desespero”, entre outras e daqueles que passaram pela tentativa: “sofrimento”, “fuga” e “desespero”, entre outras (DAOLIO & SILVA, 2009).

Nota-se, portanto, que tanto a hipótese de centralidade como as periferias apontadas neste escrito possuem similaridade com os estudos apresentados, ainda que a partir de uma ampla pluralidade de participantes, origens distintas e períodos temporais diferentes, o sentido é muito semelhante. Assim, mesmo no local da nossa pesquisa, um hospital de urgência e emergência, composto por profissionais munidos de suas técnicas e saberes científicos, a leitura feita sobre o fenômeno não está necessariamente alicerçada no saber técnico-científico, mas parte do conhecimento partilhado socialmente, mostrando, dessa forma, como as Representações Sociais permeiam e invadem os espaços:

Elas entram para o mundo comum e cotidiano em que nós habitamos e discutimos com nossos amigos e colegas e circulam na mídia que lemos e olhamos. Em síntese, as representações constituem a realidade de nossas vidas cotidianas e servem como meio para estabelecer as associações com as quais nós nos ligamos uns aos outros (MOSCOVICI, 2013, p. 8).

6.1.2 Suicídio infantil, análise do Núcleo Central:

De acordo com o explicado acima, no quadro com as evocações, a palavra presente no quadrante superior esquerdo é aquela que teve a maior frequência e foi mais prontamente evocada, formando, portanto, a hipótese do núcleo central da representação. Esse núcleo, como visto, é o elemento que exerce a função de defesa da representação, é tido como a parte dura da representação, ou seja, a

⁶ Técnica de análise utilizada nesta pesquisa e apresentada na seção anterior.

⁷ Consiste na reunião, num só discurso-síntese, de vários discursos individuais emitidos como resposta a uma mesma questão de pesquisa, por sujeitos que fazem parte de uma mesma cultura organizacional e de um grupo social homogêneo, na medida em que os indivíduos que fazem parte desse grupo ocupam a mesma ou posições vizinhas num dado campo social. O DSC é então uma forma de expressar diretamente a representação social de um dado sujeito (DAOLIO & SILVA, 2009, p. 70).

menos sensível a mudanças em função do contexto externo ou das práticas cotidianas dos sujeitos. Segundo Abric (2011), pode ser definido como a parte:

Cuya determinación es esencialmente social, relacionado con las condiciones históricas, sociológicas y ideológicas. Directamente asociado a los valores y normas, define los principios fundamentales alrededor de los cuales se constituyen las representaciones. Es la base común propiamente social y colectiva que define la homogeneidad de un grupo mediante comportamientos individualizados que pueden aparecer como contradictorios. Desempeña un papel esencial en la estabilidad y la coherencia de la representación (ABRIC, 2011, p. 26)⁸

De acordo com as falas do profissional, foi possível inferir que a ideia de família estava muito vinculado à família nuclear, à tríade pai, mãe e criança. E, os problemas familiares, eram no campo relacional tanto entre os genitores: pais separados, brigas conjugais, quanto dos pais para com os filhos: abandono afetivos dos pais, falta de atenção, relações violentas ou outros estresses vividos no seio familiar.

“É, aqui tem vários casos. Geralmente quando vem é abandono dos pais. Tem pais que a gente liga e diz: olha, sua filha tá aqui. “Ah, vai dar pra mim ir não”. Ai manda uma amiga, manda qualquer pessoa. Quando a gente pergunta: porque você fez isso? E às vezes fala “ah, tenho problema com meus pais”; “minha mãe não gosta de mim”; “meu pai me abandonou”; “vivo com a minha avó”; “vivo pela rua”. A maioria aqui é assim.” (ENF. 3)

“[...] Pra chamar atenção a criança ingere alguma coisa pra ver se a mãe se aproxima, como um pedido de socorro. Porque essas crianças, a gente vê hoje, elas são muito ao extremo, muito!” (TE 7)

“É só a história familiar que contam quando chega o paciente. Ai sempre a gente vai ver, o distúrbio é a base familiar, sempre ‘tá’ relacionado com esse tipo de relacionamento, a base familiar.” (ENF. 7)

Esses dados reforçam os achados de Cruz Rodríguez *et al* (2013) quando, ao apontar os fatores de risco para o suicídio infantil, apresentam que quando a violência física ou psicológica, o abandono ou a perda for de um dos pais, maior são os riscos da criança vir a desenvolver um comportamento autodestrutivo. Os autores frisam que o apoio a perda, experiência violenta ou apontam os seguintes fatores de risco para o suicídio infantil: violências físicas e psicológicas realizadas pelos próprios pais, falta de rede de apoio familiar, ausência de soluções para os problemas vividos, facilidade de acesso a medicamentos e depressão.

⁸ Tradução Livre:

Cuja determinação é essencialmente social, relacionado com as condições históricas, sociológicas e ideológicas. Diretamente associado aos valores e normas, define os princípios fundamentais ao redor dos quais se constituem as representações. É a base comum propiamente social e coletiva que define a homogeneidade de um grupo mediante comportamentos individualizados que podem aparecer como contraditórios. Desempenha um papel essencial na estabilidade e a coerência da representação (ABRIC, 2011, p. 26)

6.1.3 Periferias:

Como apresentado anteriormente, o sistema periférico possui a imprescindível função de proteção, atualização e contextualização do núcleo central, permite assim uma diferenciação em função das experiências cotidianas nas quais os indivíduos estão imersos. Nas palavras de Abric (2011), caracteriza-se, pois, o sistema periférico como um sistema:

Cuya determinación es más individualizada y contextualizada, bastante más asociado a las características individuales y al contexto inmediato y contingente en que están inmersos los individuos. Este sistema periférico permite una adaptación, una diferenciación en función de lo vivido, una integración de las experiencias cotidianas. Permite modulaciones personales en torno a un núcleo central común, generando *representaciones sociales individualizadas* (ABRIC, 2011, p. 26).⁹

Em síntese, os elementos do sistema periférico fazem a interface entre a realidade concreta e o sistema central, ocorre de semelhante modo ao da objetivação, descrita por Moscovici (2013) como a materialização de uma abstração. Embora falemos da objetivação como processo de construção de uma Representação Social e tal Representação composta pelo Núcleo Central e a Periferia, a materialização desse conceito compartilhado no sentido de tornar o familiar em palpável, aplicado às relações cotidianas.

A introdução realizada anteriormente apresenta algumas características das periferias, algumas possuem sentidos mais fluidos e particulares, outra mais vinculadas ao núcleo central e há ainda aquela cujos sentidos estão em um espaço de transformação. Apresentaremos, portanto, como observamos tais características no fenômeno do Suicídio Infantil.

No quadrante superior direito localiza-se a palavra que também teve alta frequência, mas cuja posição média na ordem de evocação não foi suficiente para que integrassem o núcleo central, sendo denominada de **primeira periferia**. Neste quadrante aparece apenas com a palavra “NEGLIGÊNCIA” reforçando a ideia de que a questão do suicídio na infância está vinculada ao cuidado de terceiros, especialmente familiar; está na esfera interacional da criança.

“Chega uma criança com tentativa de suicídio aqui e geralmente elas são muito caladas, entendeu? A mãe, elas não são assim tão participativas. Ou elas trabalham, ou são pais separados. São crianças que ficam muito à vontade e dá ‘pra’ perceber que não tem aquele relacionamento com os pais.” (ENF. 9)

“Normalmente a família não percebe que a criança tem potencial suicida. Na emergência, a criança chega e a informação dada é pelo familiar que pouco sabe sobre o acontecido.” (MED. 12)

⁹ Tradução Livre:

Cuja determinação é mais individualizada e contextualizada, muito mais associado às características individuais e ao contexto imediato e contingente em que estão imersos os indivíduos. Este sistema periférico permite uma adaptação, uma diferenciação em função do vivido, uma integração das experiências cotidianas. Permite modulações pessoais em torno de um núcleo central comum, gerando *representações individualizadas* (ABRIC, 2011, p. 26).

As falas apresentam as observações de profissionais sobre os comportamentos negligentes de familiares. É interessante destacar que, no manejo e captura dos sinais para compreender a demanda atendida como suicídio, estas reações dos familiares são importantes, fazem com que os profissionais fiquem alerta ao que estão atendendo. Assim como as falas desencontradas, histórias discordantes sobre a ocorrência apontam o desconhecimento da família e necessidade de uma investigação mais cuidadosa.

“Acontece mais nas informações. Elas são divergentes, né? Aí a gente procura uma linha de raciocínio, né? Mediante os relatos que muitas vezes são divergentes entre o informante, o acompanhante e o paciente, a pessoa que tá na situação.” (ENF. 1)

“A primeira coisa que a gente percebe é a história discordante, né? Da família. A história que a família ‘traz ela’ é discordante do que a gente tá vendo no aspecto físico, as lesões, né? Elas são completamente discordantes.” (ENF. 2)

“A gente já observa o comportamento do acompanhante, dos pais, entendeu? De quem trouxe, com quem estava, né? E quando chegam os familiares a gente começa a ficar observando. Às vezes a gente nem ‘tá’ perguntando nada, mas eles já chegam se justificando. A gente sabe que ele ‘tá’ com alguma culpa, né?” (ENF. 4)

Além das observações do comportamento negligente da família, surgiram falas de profissionais ressaltando a ideia de que a criança em regra é o foco da atenção, foco dos cuidados dos adultos em geral e que, por isso, não cometeria suicídio:

“Criança não, porque criança geralmente é o foco da família, é diferente do idoso... Quem mexe com criança mexe com todo mundo, mexe com a sociedade, cê tá mexendo com o pai, com a mãe, com a tia, com avó, com todo mundo que viu crescer desde a gestação... É diferente do idoso, com criança é um amor só. Já com idoso é diferente! Eu sei que a gente não tá falando do idoso, mas é só pra você comparar, com o idoso a gente vê o abandono, o pessoal quando tá interessado no idoso, 90% é em relação aos bens que ele vai deixar... Aí é mais ou menos aí, entendeu?” (ENF 5)

Este contraponto reforça a percepção do profissional de que a ‘negligência’ ou a ‘não negligência’, ou seja, atenção, são aspectos intimamente ligados aos cuidados da criança. A proteção e atenção integral são concepções fortemente vinculadas à infância, tanto a ausência é apontada como aspecto crucial para a ocorrência do suicídio, quanto a afirmação categórica de que “a criança é o foco da família”, ou seja, destinatária de todo cuidado e atenção e, portanto, há a negação de que a criança possa estar desassistida ao ponto de querer cometer suicídio.

No quadrante inferior esquerdo ocorre situação inversa à primeira periferia, pois aí estão situadas as palavras com menores frequências, mas que foram mais prontamente evocadas. Possuem um valor importante pois são palavras rapidamente lembradas, são “palavras fortes”, as quais podem tanto estar em processo de transição para compor outro núcleo central, como podem vir a compor a primeira periferia, esta área é a chamada **zona de contraste**. Nestes quadrantes surgem elementos vinculados à dimensão relacional da criança, mas também emergem elementos ligados à vivência do

sujeito, como podemos observar as palavras: “TRISTEZA”, “SOFRIMENTO”, “MEDO”, “DEPRESSÃO”:

“Eu acho que criança se mata mais por medo, medo dos pais, medo disso, medo daquilo... Medo da consequência de alguma coisa e ela se livra da dor, né?” (MED. 14)

“O caso ocorrido? É, assim o último que ocorreu foi uma jovem, uma pré-adolescente, então ela se sentia muito sozinha, ela sentia falta de atenção dos pais, os pais trabalhavam muito e aí não tinham quase tempo pra ficar com a moça, com a jovem. Aí a jovem ia pra escola, ela... Depois... Os pais acordavam cedo de manhã, deixavam ela na escola, e aí a moça ficava na escola, depois voltava pra casa, tinha alguém na casa dela que arrumava a casa e tudo, mas ela ficava muito tempo só. Então a moça sentia falta da presença dos pais, e aí foi acumulando, né? E primeiro ela falou que os pais dela eram muito ausentes, e aí depois na escola assim ela não sabia lidar com as emoções dela, as crianças ficavam zombando dela; sabe como é adolescente, né? Tinha alguma coisa, ela era um pouco gordinha, ela se sentia mal e aí foi isso que aconteceu, por isso que ela tentou suicídio, pelo menos foi o que ela contou aqui.” (TE 13)

Entretanto, assim como na segunda periferia, nas histórias e observações narradas pelos profissionais há poucas falas do suicídio relacionado aos transtornos mentais. Além disso, da mesma forma como ocorre na segunda periferia, os casos narrados em que os profissionais tratavam sobre a subjetividade do sujeito, era de “crianças mais velhas”, ou “pré-adolescentes”, mas que falaremos mais adiante.

A associação feita nessa zona de contraste, entretanto, muito nos remete à hipótese de centralidade do Suicídio de modo geral, como apresentamos no primeiro ponto quando do comparativo das respostas obtidas a partir dos dois estímulos: suicídio e suicídio infantil. O que nos aponta como uma área em que outras representações entram em contato.

Quando emerge a evocação “FALTA DOS PAIS”, na narrativa dos profissionais nota-se que o público de quem se fala são as “crianças menores”, crianças mais dependentes das figuras parentais:

“É isso, ‘mana’, terceirização da criança. Tem mãe que não tem intimidade, não vê a filha nua, perde o contato de pele! É o tocar que não existe, é o que eu mais digo: mãe, a gente não pode perder o contato, não deixe de olhar dentro do olho da tua filha, não perca o contato de pele. Isso não existe, numa casa isso não existe, entendeu? É o que eu mais digo, a gente não pode perder a intimidade com os filhos da gente. Não diz assim: a partir dos 3 aninhos o pai não pode mais tomar banho pelado, né? Toma banho de cueca, mas a gente não pode deixar de tomar banho, de ver, de entrar, de adentrar no mundo. E eu digo na cara, quando vão ‘pra’ psicólogo o problema não são eles, o problema é pai e mãe.” (MED 13)

“Chega uma criança com tentativa de suicídio aqui e geralmente elas são muito caladas, entendeu? A mãe, elas não são assim tão participativas. Ou elas trabalham, ou são pais separados. São crianças que ficam muito à vontade e dá ‘pra’ perceber que não tem aquele relacionamento com os pais.” (ENF. 9)

Surgiu também como periferia as palavras: “CHAMAR ATENÇÃO” e “IMPULSIVIDADE”, ambas puderam ser vistas associadas, mas o “chamar atenção” assume um sentido duplo, tanto de pedido de socorro como de “birra”:

“Eu acho que não tem aquela intenção real de tentar o suicídio, é mais pra chamar atenção, um pedido de ajuda, né?” (MED. 4)

“Quer dizer, ele fez, ele quis se matar, talvez não quisesse morrer, mas pra chamar atenção acabou dando o azar.” (ENF. 14)

“interessante que o suicídio se dá mais entre as meninas, os meninos nem tanto. Eu acho que é até um pouco ‘pra’ tentar chamar atenção, às vezes o objetivo não é o suicídio em si, mas é mais chamar atenção... Um pouco de birra, pelo fato de ter algum problema em casa, alguma coisa que ela queira e não consegue e namoradinho. Já sabe, né? É mais complicado.” (TE 15)

“Mas a gente nota que queriam chamar atenção, se quisesse morrer eu acho que tomariam mais.” (MED. 2)

As palavras: “TRAUMA” e “ACIDENTE” apareceram nas narrativas como uma fuga da temática do suicídio, nos indicando uma dificuldade de enxergar ou lidar com o fenômeno. Em alguns casos contados o profissional iniciava o relato falando sobre suicídio, mas em seguida caminhava por outras temáticas. Notamos assim que estes sentidos surgiram como forma de negação do suicídio.

“Já recebemos alguns atendimentos sugestivos dessa situação, especialmente com relação a cocaína, ferimentos de punho autoprovocados, ingestão de agrotóxicos..., mas as crianças nessas idades são vítimas dos adultos” (MED. 9)

“A gente fica mais assim com abuso sexual, sempre tem que estar com a antena ligada, porque sempre tá tendo isso, né? Abuso sexual às vezes partindo da própria família.” (MED. 3)

“O foco permanece sendo de investigar se a ocorrência é de maus tratos, observar se foi autoinfligida é secundário” (ENF. 2)

“Geralmente a criança fala, né? Um estupro, por exemplo, que ela falou também... Ela falava que foi estuprada, mas ela não falava ‘pra’ mãe dela porque ela tinha medo da mãe dela não acreditar. Nesse caso a criança falou, né? Do estupro, já do suicídio não fala muito, só acusa, só faz acusação. Mas essa garota, quando ela chegou, ela tinha 8 anos de idade. Essa criança, era o padrasto que fazia o estupro.” (TE 10)

Antes de seguirmos para última periferia, cabe fazer devido destaque e estes dois últimos grupos de palavras: “chamar atenção”, “impulsividade”, “trauma” e “acidente”. Chamamos, pois, a atenção para a importância destes sentidos diluídos na fala dos profissionais. De fato, como visto sobre a zona de contraste, esta carrega consigo sentidos fortes, mas não tão frequentes, entretanto, quando utilizamos a técnica da Análise do Conteúdo vimos que nas nuances das falas havia certa recorrência destas temáticas, o que nos deixa alerta ao fenômeno da invisibilização das ocorrências ou minimização do sofrimento infantil.

Por fim, no quadrante inferior direito, na **segunda periferia**, estão dispostas as palavras que representam a percepção de cada profissional, são cognições com baixa frequência e baixa média de evocações. Mesmo consideradas como palavras fracas, trazem as características mais particulares do sujeito bem como do local de onde está falando, do seu contexto imediato. Portanto, a localização do hospital e algumas características específicas das adjacências foram destacadas quando da descrição dos locais. Fizemos especial destaque para hospitais próximos de escolas, abrigos, serviços de atendimento às vítimas de abuso sexual já que notamos nos relatos que em muitos casos as crianças que adentraram o serviço advinham destes locais. Os profissionais que já haviam atendido a alguma

ocorrência, observaram nos históricos alguns traços marcantes, seja a violência sofrida pela criança, a ocorrência de bullying ou a ocorrência de um transtorno psicológico sem a devida assistência, surgindo então as seguintes palavras: “TRANSTORNO PSICOLÓGICO”, “VIOLÊNCIA”, “MAUS TRATOS”, “ESCOLA”.

A gente já recebeu de interiores e, mesmo da cidade, pessoas que relataram terem se enforcado ou tentando se enforçar nas cordas das redes, da própria rede e o uso de medicamentos. Alguns com distúrbios mentais e outros com problemas na família de maus tratos ou mesmo de agressão física.” (ENF 10)

Então ela ‘tá’ tendo ali em algum momento, seja em casa, na escola, alguma coisa que é o que ‘tá’ estressando, é o que tá levando. Uma não, uma ela tinha uma parte mais ‘pra’ um transtorno esquizofrênico que também contribuía. Mas a maior parte ou é de bullying, ou é de assédio, então tentar achar onde que ‘tá’, né? Eu sempre

Tento ver com a família se eles estão cientes, como que é a estrutura da família ‘pra’ ver e tem condição de ajudar” (MED 7)

Assim como na zona de contraste, nesta segunda periferia as palavras relacionadas às experiências subjetivas foram: “DESESPERO” e “FUGA”, apareceram como motivações assim como caracterização do comportamento suicida.

“A gente observa assim: querem morrer, elas querem morrer mesmo... O adolescente (10 – 11 anos) quer morrer mesmo! Mesmo que eles saiam, eles querem morrer, eles vão tentar novamente. [...] Ali só ia resolver a vida deles se acontecesse o desfecho. E eles não tem assim... É, como é? Que não quis fazer... Não é só pra chamar atenção, eles não arrependem.” (MED. 11)

“Aí, a criança de 10 anos estava brincando, aí de repente, segundo ela (mãe), né? Ele foi, entrou na rede e foi direto ‘pro’ punho da rede, aí se enrolou na rede e quando “viram ele” estava praticamente asfixiado, né? Na corda da rede. Mas aí depois com uma certa conversa, né? Aí disseram que... Na hora da Anamnese, na hora do exame físico, a gente achou entranho, entendeu? Porque a gente chegava lá e o menino ‘tava’ todo coberto, ele não queria falar com ninguém, aí se a mãe ‘tava’ perto, ele ‘tava’ todo coberto, até o rosto.” (ENF. 1)

“É um sofrimento muito real, eles têm isso... Eles fazem umas coisas fortes mesmo ‘pra’ tentar se matar. E é uma dor muito real mesmo, um sentimento muito forte, muito intenso.” (MED 12)

Neste momento, resgatamos o ponto citado em relação às “crianças mais velhas”. Ainda que nesse escrito não tenhamos definido uma idade para chamar de infância, a definição adveio dos profissionais, os quais atendem nos hospitais sujeitos com até 14 anos de idade (prioritariamente). Assim, as distinções surgidas nas falas e maiores recorrências estão de acordo com o trabalhado na introdução deste escrito, quando realizado um apanhado das ocorrências de suicídio entre crianças e adolescentes no Brasil bem como no Amazonas.

Retomaremos, portanto, uma das motivações e justificativas para a construção deste trabalho, pois notamos o aumento significativo dos óbitos por causas externas apresentado por Waiselfisz (2015), dentre os quais destaca-se o suicídio, o qual teve um aumento percentual de 0,2% para 1,0% entre os anos de 2003 a 2013, sobretudo entre sujeitos com idades entre 10 e 14 anos. O relatório mostra ainda que no estado do Amazonas, neste mesmo período, os números triplicaram

(WASELFISZ, 2015).

Exatamente este recorte etário chama atenção dos profissionais como mais recorrente não apenas na tentativa do suicídio, mas associado ao comportamento de automutilação.

“Eu observo muito os antebraços, as pernas das adolescentes, normalmente elas têm sinais de automutilação” (ENF. 6).

“Das pré-adolescentes que a gente atendeu, a maioria delas já tinham sinais de automutilação mesmo, de corte, de cicatriz em braço, cicatriz em coxa, em abdômen.” (MED. 1)

“Geralmente eles têm aquela questão de cortar pulsos, né? Muito difícil enforcamento. Ou é envenenamento, ou é quando eles se cortam.” (ENF. 8)

“Os três casos que eu vi por tentativa de suicídio, os três eram iguais, tinham marcas no punho, marcas de cortes superficiais.” (TE 9)

A solidão e necessidades afetivas não atendidas estão vinculadas às motivações para o ato suicida, nas evocações surgiram as seguintes palavras: “FALTA DE AMOR”, “FALTA DE CARINHO”, “FALTA DA FAMÍLIA”, “SOLIDÃO”, enquanto que nas narrativas, houve a seguinte fala:

“Já teve criança que falou: -eu não queria morrer, eu só queria que me olhassem.” (MED. 1)

As falas dos profissionais aqui apresentadas consubstanciam os estudos apresentados também na introdução desta dissertação. Notamos que as evocações dos profissionais concordam com os achados por Cruz Rodríguez *et al* (2013) quando apontam os seguintes fatores de risco para o suicídio infantil: violências físicas e psicológicas realizadas pelos próprios pais, falta de rede de apoio familiar, ausência de soluções para os problemas vividos, facilidade de acesso a medicamentos e depressão. Podemos acrescentar ainda que em 87,9% das ocorrências havia o relato de disfunções familiares, relações conflitivas entre as figuras parentais, histórico de maus tratos (CRUZ RODRÍGUEZ *et al*, 2007).

A cognição “FALTA DE POLÍTICAS PÚBLICAS” surge também na fala dos profissionais como a incapacidade dos serviços em acolher a demanda assim como a ausência de profissionais da ponta (atenção básica) capacitados para lidar com as estratégias de prevenção. Contudo, mais adiante analisaremos com mais profundidade este ponto.

“E eu acho que um meio de que não houvesse ou não acontecesse essas situações seria ter acompanhamentos assim, até mesmo pela parte do serviço de saúde, né? Ter acompanhamento domiciliar buscando assim a parte familiar das pessoas, buscar entender como elas vivem, como elas estão vivendo, né? Como é o processo de vida delas. Eu acho que ajudaria muito entender e ajudar essas pessoas. É, na forma de como educar seus filhos, né? Como evitar certos transtornos mesmo com as dificuldades, tendo é... é... relacionado a violência e tal... que eu acho que isso acontece muitas vezes pela família não ser estruturada, né?” (TE 5)

“Porque a gente sabe que não é tão simples assim na rede básica de se conseguir um atendimento logo de cara.” (MED. 10)

“Em alguma parte a gente falhou. E eu acho que é a junção de tudo... A família não ‘tá’ sozinha, a sociedade é um todo, então ela tem que ter um acompanhamento, tem que ter uma família estruturada, pra ter uma família estruturada é preciso ter um

acompanhamento, seja psiquiátrico, seja do psicólogo. Então é uma falha da sociedade em si, é a família, é o profissional de saúde, é a escola. A escola não deixa... A maior parte disso você consegue identificar uma criança assim na escola, então você tendo aquele aviso: algo estranho está acontecendo, dá ‘pra’ se tomar uma ajuda de uma equipe multidisciplinar. Não é só alguém sozinho, entendeu?” (MED. 7)

A última e muito interessante evocação é a palavra “CHOCANTE”, quando relacionada às entrevistas é possível notar que traz a sensação do profissional diante do fenômeno, a angústia e perplexidade.

“Independentemente da idade, não é bom (o suicídio), mas quando se fala em infantil, a tristeza eu penso que seja maior. São crianças, né? Que não viveram um terço da sua vida ainda, né? E não tiveram a oportunidade ainda de viver, de crescer, de ter uma vida onde existem tantas coisas belas ‘pra’ se aproveitar [...] nós nunca recebemos uma preparação de como encarar essa situação, de participar de modo geral essa... Como receber essa... Fazer esse acolhimento. Nós nunca tivemos, mas eu posso te garantir que aqui no pronto socorro, na parte de urgência e emergência, que é o caso nosso aqui, a gente até hoje tem encarado isso muito bem, apesar de a gente não receber esse apoio, né? De psicólogo, porque a gente precisa, né? Ter essa acolhida ‘pra’ que a gente saiba conviver com a dor, né?” (TE 4)

Retomamos o estudo pioneiro de Friederich (1989) no qual a autora ressaltou algumas das dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde ao acolher a demanda do suicídio, principalmente quando realizado por uma criança ou adolescente, visto esbarravam em três aspectos: 1. Entender que o caso de suicídio pertence aos profissionais de saúde mental, por isso não é um campo a se adentrar; 2. Não conseguir lidar com sua própria angústia e, 3. Não se sentir habilitado para estabelecer diálogo com familiares ou responsáveis. Esses pontos são percebidos em algumas falas que trabalharemos a seguir, mas é interessante notar que ainda os sentidos principais do suicídio infantil estejam relacionados à dinâmica familiar, na hora de descrever o manejo, os profissionais atribuíam a responsabilidade de atendimento apenas aos profissionais de saúde mental, não enxergando seu potencial como cuidador hábil para uma situação de crise. Contudo, adentraremos nesta temática no ponto seguinte.

6.2 A atuação profissional e as políticas públicas:

Conforme anunciado, aqui abriremos um espaço para discutir e refletir acerca das políticas públicas de atenção à saúde relacionadas ao suicídio e dos impasses para a implementação, como se dá o atendimento dos profissionais, os desafios encontrados, limitações e possibilidade de ações transformadoras. Temos como ponto de partida algumas falas dos profissionais do serviço de urgência e emergência:

“A nossa formação em urgência e emergência é muito direcionada a solução de ocorrências, então quando temos algum caso de ingesta de substância tóxica, a gente vai em cima de uma conduta de salvar a vida sempre! O cirurgião ele tem a mesma forma de conduzir, então tem que cessar o sangramento o quanto antes ‘pra’ evitar a morte, né? Então são condutas muito direcionadas a salvar aquela vida e a parte investigativa ela deixa a desejar muito.” (MED 9)

“Nós que trabalhamos na área de saúde sabemos muito bem, por exemplo, se eu te der um tapa, a direção do meu tapa em você é uma; se você se dá um tapa, é outra. Se eu te empurro e você bate a cabeça, é diferente de eu bater a cabeça. A gente sabe muito bem o caso clínico da criança. Então nós sabemos muito bem o que é uma emergência e o que não é uma emergência, entendeu? Então tudo tem a sua técnica de ver, isso é a área de saúde.” (TE 2)

Nos trechos dos profissionais, o enfoque é dado ao olhar clínico, observação e conduta pautada em um saber técnico preciso. Esta descrição nos remete às tecnologias em saúde apresentadas por Merhy (1997), as quais são classificadas em três categorias: dura, leve-dura e leve. De acordo com o autor, as tecnologias duras podem ser compreendidas como aquelas relacionadas aos equipamentos tecnológicos, normas, rotinas e estruturas organizacionais. As “leve-dura” podem ser entendidas como todos os saberes bem estruturados no processo de saúde. Por fim as leves seriam as tecnologias de relações, de produção de comunicação, de acolhimento, de vínculos, de autonomização (Merhy, 1997). Aqui daremos destaque a esta última, as tecnologias leves, as quais emergem na fala dos sujeitos como algo que falta desde a sua formação profissional, muito embora saibamos que as três categorias, ou os três tipos de tecnologia se inter-relacionam. Como já discutido anteriormente, as três formas de atenção são necessárias para a garantia da saúde, desde os equipamentos e recursos materiais, o conhecimento técnico, mas sobretudo pautados em uma relação de acolhimento, escuta atenta e consideração da complexidade inerente ao ser humano, seu contexto, suas condições ambientais, biológicas, psicológicas, seu estilo de vida etc.

Para tanto, resgataremos os preceitos trabalhado pela Política Nacional de Humanização (PNH), HumanizaSUS, o qual busca evidenciar as habilidades mais humanas, a fim de contemplar as multifaces do cuidado. Abrimos um breve “parêntese” para apresentar o conceito de cuidado do qual falamos. Segundo Pinheiro (2009):

Cuidado é um ‘modo de fazer na vida cotidiana’ que se caracteriza pela ‘atenção’, ‘responsabilidade’, ‘zelo’ e ‘desvelo’ ‘com pessoas e coisas’ em lugares e tempos distintos de sua realização [...] O ‘cuidado’ consiste em um modo de agir que é produzido como ‘experiência de um modo de vida específico e delineado’ por aspectos políticos, sociais, culturais e históricos, que se traduzem em ‘práticas’ de ‘espaço’ e na ‘ação’ de ‘cidadãos’ sobre os ‘outros’ em uma dada sociedade [...] Daí o ‘cuidado como ato’ resulta na ‘prática do cuidar’, que, ao ser exercida por um cidadão, um sujeito, reveste-se de novos sentidos imprimindo uma identidade ou domínio próprio sobre um conjunto de conhecimentos voltados para o ‘outro’. O outro é o lugar do ‘cuidado’. O outro tem no seu olhar o caminho para construção do seu ‘cuidado’, cujo sujeito que se responsabiliza por praticá-lo tem a tarefa de garantir-lhe a autonomia acerca do modo de andar de sua própria vida. (PINHEIRO, 2009).

Ou seja, o processo de cuidado em saúde é pautado na relação, na atenção, na responsabilidade, no zelo e na produção de autonomia. Assim, como aponta Ayres (2004), o espaço

das tecnologias leves é aquele em que os profissionais de saúde estão imediatamente diante do outro na relação terapêutica focados nesse cuidado acima descrito. Entretanto, o modo como esse espaço é construído e ocupado, é o modo em que as intervenções poderão ter maiores ou menores chances de dar espaço para que a presença desse outro seja mais efetiva e criativa. A sensibilidade do profissional, sua disponibilidade em estar presente e atendo às demandas do sujeito que busca um socorro é um dos fatores cruciais para a efetivação ou não do processo de cuidado. Podemos citar como exemplo algumas situações relatadas pelos profissionais:

“Houve uma vez em que na triagem a técnica achou o comportamento da menina estranho. Ela sentia dor no peito, falta de ar. Aí a técnica pediu que a menina entrasse sozinha na sala de emergência ‘pra’ eu avaliar. Enquanto a gente conversava, ela começou a chorar, a falar das situações que ‘tava’ vivendo, que se cortava e pensava em se matar.” (ENF. 6)

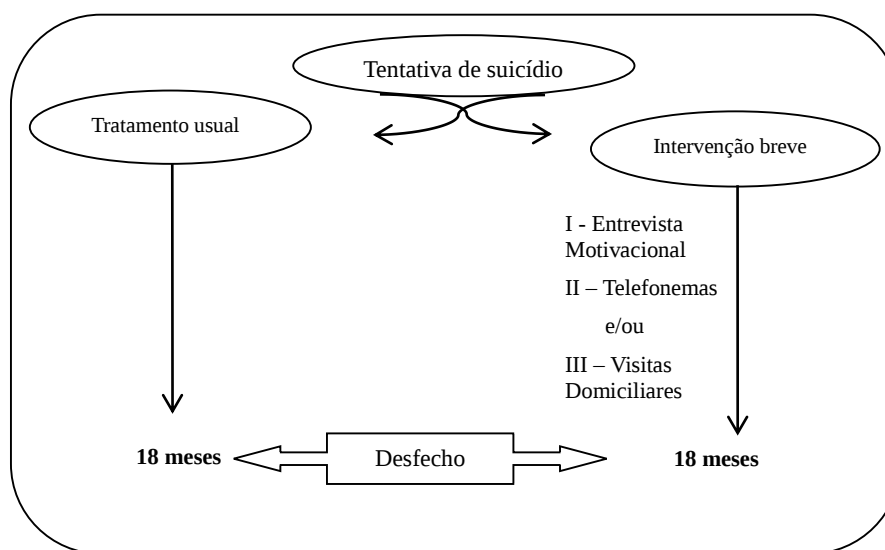
Neste breve exemplo nota-se o comportamento sensível desde a triagem, quando se aproxima do sujeito e nota sua necessidade de espaço, de atenção que ultrapassa a esfera física; foi possível proporcionar um espaço e fala em que a adolescente verbalizou suas ideias suicidas e em seguida pôde ter uma atenção diferenciada, possivelmente resultando em outro desfecho caso o foco a assistência estivesse apenas na ausência de justificativa clínica para seu mal-estar. Portanto, nesta atenção aos casos que adentram ao Pronto Socorro, retomamos os pontos norteadores enumerados na Política de Humanização (HUMANIZASUS, 2004) associando-os às sugestões feitas por Deslandes (1999) na conclusão de sua pesquisa. Temos, assim, a imperativa necessidade de trabalhar em equipes multiprofissionais, estimulando a transdisciplinaridade e grupalidade, para que os muitos olhares sobre o fenômeno auxiliem na conduta bem como um profissional possa servir de apoio para outrem, já que a busca por humanização também perpassa pela consideração das limitações e angústias que os profissionais enfrentam quando lidam com demandas tão delicadas, como o suicídio o é. Deste modo, ações solidárias entre equipes e espaços para educação continuada permitem que os profissionais tornem-se gradativamente mais sensíveis e capacitados para que haja a valorização da dimensão subjetiva e social dos sujeitos envolvidos no atendimento, especialmente em uma crise suicida (DESLANDES, 1999; HUMANIZASUS, 2004).

Para além do atendimento, é importante que haja conhecimento engajamento dos profissionais em relação às orientações para o atendimento e conduta após uma tentativa de suicídio ou suicídio consumado. Neste sentido, Botega (2015) apresenta o segmento sistemático em caso de tentativa de suicídio elaborado a partir do Estudo Multicêntrico de Intervenção no Comportamento Suicida (SUPRE-MISS), já citado nesse escrito. Neste seguimento é possível construir um fluxo de ações para prevenir o desfecho fatal e dar apoio familiar. O processo é composto por três passos em que uma equipe psicossocial acompanha o sujeito por 18 meses.

Este processo foi desenvolvido e testado em estudo comparativo entre os países participantes

da pesquisa¹⁰, contando com 2.238 participantes separados aleatoriamente em dois grupos, foram executadas duas modalidades de atendimento: tratamento usual e a intervenção breve, em seguida analisados os resultados. Ainda que a intervenção não tenha resultado na diminuição do número de tentativas de suicídio, dentre os sujeitos do grupo do tratamento usual, o número de suicídios concretizados foi 10 vezes maior que no segundo grupo, o das intervenções breves (BOTEGA, 2015). Logo abaixo está o diagrama com os procedimentos utilizados:

FIGURA I: Fluxograma do ensaio clínico SUPRE-MISS, da Organização Mundial de Saúde:

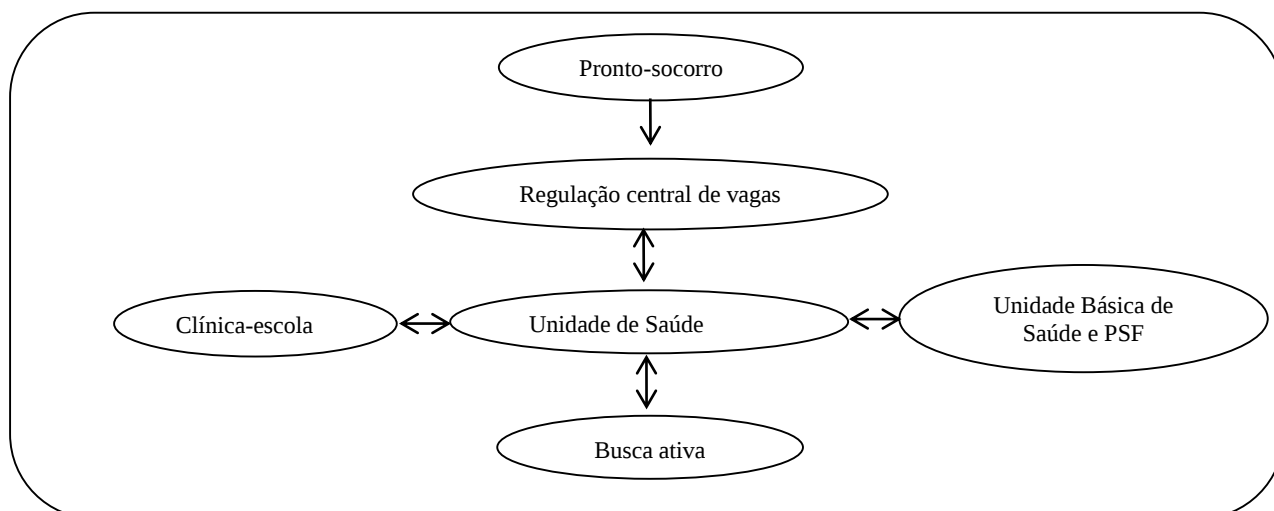


Fonte: BOTEGA, 2015, p. 263.

Neste diagrama, os profissionais de urgência e emergência estão na posição-chave pois são os responsáveis pelo acolhimento da tentativa de suicídio. Ainda que o acompanhamento não seja realizado pelos mesmos profissionais, a eles cabe o imprescindível trabalho de notificação e referência dentro do serviço para que, em outra esfera, seja no Programa Saúde da Família ou na Saúde Mental, haja um acompanhamento mais próximo do usuário. Mostraremos a seguir o exemplo de um projeto implantado na cidade de São Paulo (SP), em duas subprefeituras. Esta estratégia foi implementada entres os anos de 2004 e 2005, quando profissionais trabalhadores dos estabelecimentos de saúde no território das subprefeituras participaram de capacitações para o trabalho em prevenção do suicídio, foram treinados o registro, monitoramento das ocorrências e busca ativa. O fluxo de trabalho se dava da seguinte forma:

¹⁰ Ver página 27.

FIGURA II: Seguintos sistemáticos de indivíduos que tentaram suicídio em São Paulo:



Fonte: BOTECA, 2015, p. 264.

Assim, tão logo o usuário do serviço recebesse alta hospitalar, os profissionais do pronto-socorro já o deixavam com o encaminhamento para o profissional para acompanhamento próximo de sua residência, seja nas unidades básicas de saúde, algum serviço específico de saúde mental ou mesmo alguma clínica escola assim como o profissional do pronto-socorro realizava um informe da ocorrência à coordenação do programa. Fora criado uma central de vagas, onde possuía uma profissional psicóloga que fazia o monitoramento via telefone, este monitoramento não era realizado junto ao usuário, mas com o profissional, ele tornava-se responsável pela busca ativa do sujeito que houvera tentado suicídio. Além da responsabilização dos profissionais, este acompanhamento servia como forma de apoio técnico e emocional aos trabalhadores. Segundo Botega (2014), em dois anos de duração do projeto, não houve caso de suicídio entre os sujeitos acompanhados e os profissionais realizavam reuniões quinzenais onde criavam um espaço de apoio mútuo para enfrentar as dificuldades operacionais e clínicas no acompanhamento dos casos. Segundo o próprio autor:

Verificamos que essa forma personalizada de atender os casos de tentativa de suicídio, nos dizeres de um dos profissionais do projeto, “mobilizava mentes e corações”. A rede se estabelecia e se fortalecia – na verdade, as relações humanas se fortaleciam – a cada novo paciente que chegava. Foi uma experiência muito estimulante para todos que participaram do projeto (BOTECA, 2015, p. 265).

Contudo, percebemos que se tratou de um projeto situado em determinados pontos da cidade e sem continuidade, não foi incorporado ao processo de cuidado do município. No entanto, como garantia de atenção (e obrigação também) temos previsto na portaria ministerial 1.271/2014 a notificação compulsória e imediata - em até 24 horas - quando constatado o risco ou tentativa de suicídio. Esta notificação é de encargo do profissional de saúde ou do responsável pelo serviço assistencial em que o usuário recebeu o primeiro atendimento, em seguida esse profissional comunica e encaminha ao serviço da rede de atenção à saúde no município de residência da pessoa. Esta

notificação é a mesma em caso de violência doméstica, maus tratos, violência sexual, dentre outros agravos e doenças (como anexo está a listagem nacional das doenças ou agravos, os órgãos a quem se comunica, bem como o período para comunicação). Apesar disto, os profissionais pouco sabiam sobre esta normativa:

“Em relação ao protocolo eu não vi nada ainda, só a notificação mesmo. Mas eles não deixam muito... Eles não esclarecem direito, não tem uma orientação coesa.” (ENF. 11)

“Se eu não me engano tem uma notificação. Sei que tem ‘pra’ maus tratos, violência sexual e acho que tem pra suicídio, mas nunca vi por aqui.” (MED. 11).

A importância da notificação já foi abordada anteriormente, mas no caso específico do suicídio notamos, na fala dos profissionais, a percepção de que a atenção básica não possui um trabalho preventivo em relação às famílias assim como em outros espaços de acesso, como na escola. Portanto, vemos o Programa Saúde na Escola (PSE), sabe que este:

[...] vem contribuir para o fortalecimento de ações na perspectiva do desenvolvimento integral e proporcionar à comunidade escolar a participação em programas e projetos que articulem saúde e educação, para o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes e jovens brasileiros. Essa iniciativa reconhece e acolhe as ações de integração entre saúde e educação já existentes e que têm impactado positivamente na qualidade de vida dos educandos (BRASIL, 2011, p.6)

Assim, por ser privilegiado pelo fato de estar inserido no ambiente escolar, pode ser tido como um importante aliado na prevenção do suicídio, já que é beneficiado pelo acesso às crianças, pelo contato com familiares assim como pela possibilidade de intervenção em um dos espaços de socialização da criança. Vale lembrar a fala dos profissionais associando o espaço escolar a um ambiente estressor e de violência contra a criança através do bullying. Portanto, o mapeamento possível através da notificação permite a construção de estratégias de ação nesses espaços.

Por fim, um último ponto fundamental em relação a prevenção do suicídio são as estratégias chamadas de “posvenção”. Segundo Botega (2015) são ações afim de evitar a morbidade psicológica em pessoas que enfrentam as consequências do suicídio, trata-se de várias medidas que favorecem a expressão de ideias e sentimentos relacionados ao trauma e a elaboração do luto. Esse trabalho de posvenção pouco é executado por alguma rede de apoio institucional oficial, no geral redes de apoio são construídas por familiares com histórias semelhantes, pela própria família, amigos, vizinhos e grupos da igreja, como demonstra Velasquez (2017). A autora acrescenta ainda que a probabilidade de membros da família, que sofreram uma perda por suicídio, desenvolverem comportamento suicida é consideravelmente maior do que perdas por outros motivos. Estes dados são concordantes com a pesquisa comparativa de Kuramoto *et al* (2013) quando este constatou a permanência do risco do comportamento suicida por crianças e adolescentes após a vivência da perda de um dos pais também

por suicídio, conforme apresentado na introdução deste escrito. Entretanto, o que notamos na fala de alguns profissionais pode ser representado na seguinte fala:

“A gente na emergência vê, mas eu não sei porque se matou ou deixou de se matar. A gente não sabe o que aconteceu, já chega morrendo... O paciente chega da rua desmaiado, mas ninguém sabe o que aconteceu. A gente faz o que tem que fazer: entuba, faz o que tem que fazer e vai ‘pra’ UTI. Tira do risco se conseguir, né? Se for a óbito vai ‘pro’ IML como morte violenta. A gente não lida com o pós-óbito.” (MED. 12)

A alta demanda e a própria formação dos profissionais acabam por torná-los distantes e alienados em relação ao processo de cuidado. Não é esperado que o profissional do pronto atendimento realize o acompanhamento, mas para o bom funcionamento da rede, seria importante que os profissionais se articulassem e tomassem conhecimento das possibilidades de atendimento dentro do Sistema Único de Saúde assim como pudessem referenciar os usuários a estes serviços.

6.3 Implicações das Representações Sociais, o que elas nos apontam:

Com vista à conclusão deste escrito, retomaremos alguns aspectos das Representações Sociais. Pudemos apreender que estas são uma modalidade particular de conhecimento, cuja função é a elaboração dos comportamentos e a comunicação entre as pessoas e grupos. Abric (2011) traz alguns pontos sobre as funções e os componentes das Representações Sociais:

La primera función de las representaciones: *constitución de un saber común* nos parece que ha sido suficiente y brillantemente demostrada por trabajos como los de Moscovici sobre el psicoanálisis (1961) o de Jodelet sobre la enfermedad mental (1989) de ahí que resulte innecesario volver sobre ello. Pasa lo mismo con la segunda función: la de la *orientación de las conductas y comportamientos*, que dio lugar a gran número de investigaciones experimentales cuyos resultados son concordantes. Ya sea en situaciones de interacción conflictiva (ca. Apfelbaum, 1967, Abric, 1987) o en relaciones intergrupos (cf. Doise, 1969), o pedagógicas (cf. Gilly, 1980), está demostrado que el comportamiento de los individuos o de los grupos es determinado directamente por los cuatro componentes de su representación de la situación, que toman una importancia relativa según el contexto y finalidad de la misma. **Estos cuatro componentes son: representación de sí, de la tarea, de los otros y del contexto en que actúan y determinan la significación de la situación de los sujetos y inducen por eso los comportamientos, las gestionen cognitivas y el tipo de relaciones interindividuales o intergrupos** (ABRIC, 2011, p.28).¹¹

¹¹ Tradução Livre:

A primeira função das representações: *constituição de um saber comum*, nos parece ter sido suficiente e brillantemente demonstrada por trabalhos como os de Moscovici sobre a Psicanálise (1961) ou de Jodelet sobre a enfermidade mental (1989), de modo que se torna desnecessário retomá-la. O mesmo ocorre com a segunda função: a da *orientação das condutas e comportamentos*, que deu lugar a um grande número de pesquisas experimentais cujos resultados são concordantes. Seja em situações de interação conflituosa (cf. Apfelbaum, 1967, Abric, 1987), em relações intergrupais (cf. Doise, 1969) ou pedagógicas (cf. Gilly, 1980), tem demonstrado que o comportamento dos indivíduos ou dos grupos é determinado diretamente pelos quatro componentes da sua representação e da situação, que tomam importância relativa de acordo com o contexto e a finalidade da mesma. **Estes quatro componentes são: representação de si, da tarefa, dos outros e do contexto em que atuam e determinam a significação da situação dos sujeitos e induzem assim os comportamentos, as decisões cognitivas e o tipo de relação interpessoais ou intergrupais** (ABRIC, 2011, p. 28).

Além disso, Moscovici (2013) afirma que as Representações Sociais emergem de três condições: a dispersão da informação, a focalização individual e coletiva e a impressão e a inferência do que é socialmente definida. De modo que a dispersão das informações são as informações, conceitos, ideias que tem lançado no mundo, de maneira geral e não necessariamente organizada. A focalização, por sua vez, é o ponto de toque da situação, informação ou conceito nos sujeitos ou coletivos, e, as impressões ou inferências são as construções a partir da elaboração realizada por coletivo ou sujeitos dos pontos que o tocam e ao acervo socialmente construído e seu repertório pessoal, conforme explica Moscovici (2013).

Diante disto, como forma de ilustração, apresentaremos duas histórias marcantes colhida durante as entrevistas que explicitam a influência desse saber quando da percepção dos fenômenos assim como o manejo dos casos. A primeira situação é de um médico pediatra, com mais de 40 anos de experiência em urgência e emergência que, quando pedido que associasse as palavras a partir dos estímulos indutores Suicídio infantil, as evocações estavam relacionadas às patologias e heranças genéticas, suas palavras foram: *“predisposição, formação da personalidade, genética e distúrbio psíquico” (MED 15)*. Pudemos observar também sua fala permeada desta percepção:

“Quando a gente estuda, olha, suicídio segundo a psiquiatria, você já traz esse substrato na formação da personalidade, ela poderá aflorar em qualquer fase da vida. Pelo menos eu estudei assim. Existe nas, também existe nas neuroses, nas psicoses, você nasce predisposto. Pode nunca, passar a vida todinha e nunca aparecer, mas uns mais do que os outros. Isso é o que dizia o psiquiatra que deu aula ‘pra’ nós de psiquiatria... Como era o nome dele? Quer dizer que você nasce... E olha, eu já vi pessoas, eu já vi casos que toda a família ele era, foi o sexto suicida. Será que tem uma predisposição genética? Porque assim, ‘pros’ casos se repetirem na mesma família, que coisa que tem?” (MED. 15).

Junto a tais falas, após ser indagado se já houvera atendido alguma ocorrência de suicídio, o profissional afirmou que não, muito embora trabalhasse há tanto tempo e nos hospitais cujos relatos de outros profissionais era afirmativo em relação às ocorrências.

Este exemplo se contrapõe ao que apresentaremos em seguida, mas ilustra o “poder” de um conhecimento e de uma representação, visto que atua como uma lente pela qual o sujeito percebe e compreende o mundo que o cerca.

O segundo exemplo é de outro profissional médico, mas que houvera experimentado uma perda por suicídio de uma pessoa muito próxima com quem mantinha um relacionamento quase que familiar. Em seu relato o fato vivido apresentou-se como um “divisor de águas”, houve a clara e consciente mudança e reflexão sobre seus conceitos e condutas diante do fenômeno, os quais foram questionados após a experiência afetiva intensa.

“Na verdade, depois que eu tive essa visão mais próxima do suicídio, que foi o que aconteceu... Não era família, mas foi tudo muito próximo, então eu acompanhei muito de perto o dia a dia. Então você muda completamente a sua visão, eu não tinha essa visão quando eu me formei, confesso que a maior parte das pessoas têm uma visão discriminada: Ah, quer chamar atenção! A maior parte da visão é isso. E, realmente quando eu me formei mais assim na questão da adolescência eu tinha um pouco esse preconceito, mas depois do

que foi passado a gente muda, então eu cheguei a atender, acho que foram duas crianças por tentativa de suicídio depois do que aconteceu [...] A gente às vezes até consegue encaminhar, dependendo da urgência, mas falta uma conscientização melhor de toda equipe, uma sensibilidade maior. Coisa que às vezes só tem quem passa ou que já pegou de perto.” (MED. 7)

Ambos os exemplos demonstram como a bagagem cultural, história de vida, trajetória profissional e pessoal interagem com o dia a dia e constituem uma maneira de perceber e atuar. E, ainda que uma Representação Social seja compartilhada e possua aspectos imutáveis (até transformar-se em outra Representação), as implicações no fazer profissional podem ser vistas de formas distintas, como visto na discussão sobre o núcleo central e as periferias.

Dessa forma, nota-se que o mesmo sentido: Desestrutura Familiar, pode ser um entendimento que afasta os profissionais de saúde da sua responsabilidade enquanto agentes de cuidado, por compreender que o espaço familiar é privado e restrito apenas aos membros que a compõem. Podem entender também como um espaço em que a criança é simplesmente um produto, “a criança é vítima dos adultos” (MED 9), retirando de sobre ela sua potencialidade construtiva e destrutiva. Ou ainda ou ainda percebem a necessidade de uma intervenção continuada, uma articulação com outros serviços:

“E eu acho que um meio de que não houvesse ou não acontecesse essas situações seria ter acompanhamentos assim, até mesmo pela parte do serviço de saúde, né? Ter acompanhamento domiciliar buscando assim a parte familiar das pessoas, buscar entender como elas vivem, como elas estão vivendo, né? Como é o processo de vida delas. Eu acho que ajudaria muito entender e ajudar essas pessoas.” (TE 5)

Portanto, a aproximação destes sentidos atribuídos aos profissionais, que são “corporificados” nas suas práticas cotidianas, possibilita ações que podem vir a transformar o meio em que estão inseridos, suas representações sobre dado fenômeno assim como sua postura profissional diante das demandas emergentes.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diversas vezes, durante o período de construção desta dissertação, perguntas sobre a temática da pesquisa foram respondidas sob olhares perplexos e, não raro, falas como: “nossa que pesado”, “mas na infância?”, “e criança se mata?”, “que coisa, nunca havia pensado sobre isso”. As reações advinham dos mais variados públicos, pessoas de diversos círculos sociais: do âmbito pessoal, acadêmico, em Manaus ou até mesmo de outros estados. Essas reações fizeram com que o esse escrito ganhasse mais sentido. Assim, a busca pela compreensão das concepções dos profissionais de urgência e emergência sobre o suicídio infantil mostrou-se um campo rico de informações, sobretudo quando lançamos mão da Teoria das Representações Sociais.

Esta Teoria, tal como abordado no decorrer dos textos, são os conhecimentos “lançadas no mundo”, não importa se é o mundo acadêmico, o mundo religioso, o mundo cotidiano, não importa qual seja, todos são formados e formadores de Representações Sociais, pelo senso comum, pelas experiências compartilhadas. Como visto, estas representações facilitam a comunicação, a convivência de sujeitos e grupos, contudo, também podem simplesmente construir alguns pontos cegos, invisibilizar certos fenômenos.

A morte, ainda que seja um processo natural da vida é um assunto que desperta medo, resistências. No período da infância parece ser tido como inadmissível, quando auto infligida torna-se ainda mais delicada, aumentam a complexidade, a dificuldade de entender, de aceitar. Mas como visto, a morte autoprovocada não é tão inesperada como se parece, estratégias de prevenção podem ser implementadas e promover resultados expressivos enquanto que a negação e o silenciamento acabam por permitir que as taxas aumentem, como pudemos ver inicialmente.

Diante disto, com esta pesquisa pudemos alcançar alguns resultados que nos ajudaram a compreender a percepção dos profissionais, o manejo assim como o que temos como políticas públicas relacionadas ao suicídio infantil. Quanto à análise do Núcleo Central das Representações Sociais, notamos que os sentidos periféricos orbitam ao redor do núcleo: “Desestrutura Familiar”. Associada a Análise de Conteúdo, notou-se que esta família está muito relacionada à família nuclear, a tríade: criança, mãe e pai. As relações conflituosas, violentas, falta de uma das figuras parentais, negligência surgiram como acontecimentos intimamente ligados a esse núcleo. Quando analisamos as periferias, notamos as nuances que o suicídio pode ter, as causas apontadas por eles, os efeitos do suicídio na equipe do hospital, as lacunas no serviço, entre outros. É interessante destacar que, dentre as periferias, houve a diferenciação entre o suicídio de “crianças maiores” e “crianças menores”. Os profissionais fizeram essa clara diferenciação apontando que as crianças maiores (com idades entre 11 e 14 anos, em média) os casos de suicídio são mais para chamar atenção, normalmente se dá entre as meninas, enquanto que as crianças menores (faixa etária entre 7 e 10 anos) são vítimas dos adultos,

as violências sofridas são causadas por terceiros, como se não houvesse casos de lesões autoprovocadas. Muito embora os profissionais tenham relatado ocorrências atendidas de tentativa de suicídio nessa faixa etária, o que nos respondeu ao nosso primeiro objetivo específico, pois almejávamos compreender as Representações Sociais destes profissionais acerca da infância em associação com o comportamento autodestrutivo.

No que tange ao nosso segundo objetivo específico: analisar o manejo e estratégias destes profissionais diante de pacientes criança suicida. Notou-se que o foco dos profissionais na atenção é o exame físico: marcas, cicatrizes, sinais vitais, mecanismo do trauma, seguido de uma entrevista com familiares, observando-se histórias discordantes, analisando as reações emocionais do familiar, quando possível conversa-se com a criança, observa também suas reações de medo, emudecimento, se há outras marcas sugestivas de automutilação, etc. Todos esses procedimentos, associados aos protocolos de resgate à vida são executados pelos profissionais. Por vezes de maneira sensível e empática, por outras de forma inquisitória, sedentos por informações para construir uma história que chega tão obscura, cheia de pontos encobertos.

O olhar clínico de fato é fundamental para indicar se as lesões foram acidentais, autoprovocadas ou feitas por terceiro. Mas após a definição do tipo de lesão, medidas são tomadas para os casos de negligência, maus tratos, violência sexual, seguindo-se protocolos específicos de notificação e acionando os órgãos competentes. Enquanto que, nos casos evidentes de tentativa de suicídio, tenta-se manter a criança internada (quando há leito), os setores de psicologia são acionados e tenta-se um encaminhamento para um atendimento no serviço de Saúde Mental, o CAPSi. Com a insuficiência do serviço não é raro, segundo os profissionais, que a criança não receba assistência e, tempos depois, dê entrada nos hospitais com a mesma demanda.

Essa observação feita pelos profissionais já se tornou resultado para outro ponto o qual tínhamos interesse em investigar e discutir, contido em nosso terceiro e último objetivo específico: discutir criticamente as Políticas Públicas materializadas em orientações, normativas e recomendações propostas pelo SUS e OMS para lidar com ocorrências de suicídio infantil. A própria equipe notava os buracos na rede de assistência, o tipo de atendimento realizado no hospital pronto-socorro às vezes parece descolado do Sistema de Saúde e de suas propostas primeiras de prevenção e promoção da saúde, restringindo-se apenas à recuperação. No caso específico do suicídio, uma atenção continuada é fundamental, tanto quando já houve uma tentativa, quanto na posvenção. Torna-se claro, portanto a imperativa necessidade dos hospitais de urgência e emergência interagir com todos os outros dispositivos da rede assistencial, desde a pré-hospitalar (unidades básicas de saúde, programa de saúde da família, ambulatorios especializados, unidades não hospitalares etc.), serviços de atendimento pré-hospitalar móvel (SAMU, Resgate, etc.), até a rede hospitalar de alta complexidade. De modo que todos sejam capacitados e responsabilizados pela atenção que lhe

competer, respeitando os limites de complexidade e capacidade de resolução, estabelecendo assim uma relação de complementaridade através de mecanismos organizados e regulados de referência e contra referência e não apenas os encaminhamentos burocráticos.

Por fim, mas sem a pretensão de entender como concluída esta discussão, é importante retomar o recomendado por Deslandes (1999) e voltar os olhos aos profissionais e às unidades hospitalares. Vemos como necessário um trabalho de sensibilização e apresentação da necessidade das notificações, do monitoramento das ocorrências assim como das possibilidades de atendimento ao usuário e aos familiares. A implementação de uma rotina hospitalar em caso de suicídio para que as responsabilidades sejam devidamente atribuídas e dentro da competência de cada profissional e, finalmente, que os estabelecimentos de urgência se reconheçam como parte do Sistema, vinculado aos outros serviços com suas especificidades de atendimento, suas obrigações, mas também com a liberdade de chamar à responsabilidade as outras unidades de saúde, para que não haja descontinuidade no cuidado.

8.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRIC, J-C. *Pratiques Sociales et Representations*. Tradução: Jose da Costa Chevel y Fatima Flores Palacios. Revisão técnica: Ma. Tereza Acosta Ávila. 1 ed. Cultura Libre, México, 2001, 227 p.

ALLEGRO, F.; CORTEZ, P.; NAVARRETE, D.; SALVO, L. Intento de suicidio en población infantil. *Pediatr. Día*, Chile, v 23, n 2, p. 42-48, mai./jun.; 2007.

ALMEIDA, A. M. de O.; SANTOS, M. de F. de S.; TRINDADE, Z. A. Representações e práticas sociais: contribuições teóricas e dificuldades metodológicas. *Temas em Psicologia da SBP*, Ribeirão Preto/SP, v 8, n. 3, p. 257-267, 2000.

ARGEMÍ, S.; COBO, J.; PUJOL, G.; BARTOLI, D.; ALDECOA, V.; GARCÍA, M. Características y evolución de las urgencias psiquiátricas infantojuveniles en un servicio general de urgencias pediátricas hospitalarias. *Acta Pediatr Española*, Espanha, v. 68, n. 11, p. 547-553, dez., 2010.

ARIÈS, P. *História social da criança e da família* / Phillipe Ariès ; tradução de Dora Flaksman. – 2º ed.. Rio de Janeiro : LTC, 2015. 197 p.

AYRES, J.R.C.M.; FRANÇA, Jr. I.; CALAZANS, G.J.; SALETTI FILHO, H.C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro/RJ : Fiocruz, 2003, p. 117-139.

AYRES, J.R.C.M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo/SP, v.8, n.14, p.73-92, set.2003-fev.2004

BARBOSA, M. A. *Desigualdades sociais e sistema de saúde no Amazonas: o caso de Manaus*. Dissertação (Mestrado): Fiocruz - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; Manaus, AM, 2004.

BARDIN, L. *Análise do conteúdo* / Lourence Bardin ; tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. 1º ed.. São Paulo ; Edições 70, 2011, 280 p.

BELLA, M. E.; FERNÁNDEZ, R. A.; WILLINGTON, J. M. Identificación de factores de riesgo en intentos de suicidio en niños y adolescentes. *Rev. Argent. de Salud Publica*, Espanha, v.1, n. 3, p. 24-29, jun, 2010.

BOTEGA, N. J. *Crise suicida: avaliação e manejo* / Neury José Botega. Porto Alegre : Artmed, 2015.

BOTEGA, N. J. Comportamento suicida: Epidemiologia. *Departamento de Psicologia médica e psiquiátrica da Faculdade de ciencias medicas da Universidade Estadual de Campinas*, Campinas/SP, p. 231–236, 2014.

BOTEGA, N. J.; MARÍN-LEÓN, L.; OLIVEIRA, H. B; BARROS, M. B. de A.; SILVA, V. F. Da; DALGALARRONDO, P.; Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro/RJ, v. 25, n. 12, p. 2632-2638, dez., 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instrutivo PSE / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2011, 27 p.

BRASIL. *Constituição Federal de 1988*. Promulgada em 5 de outubro de 1988.

BRASIL, Decreto n.º 94.406, de 08 de junho de 1987. Diário Oficial da União de 08.06.87, Brasília, seção I, fls. 8.853-8.855, 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes para prevenção do suicídio*. Portaria n° 1.876, de 14 de agosto de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência*. Portaria n° 2.048, de 05 de novembro de 2002.

CASTRO, E. K. Psicologia Pediátrica: A Atenção à Criança e ao Adolescente com Problemas de Saúde. *Psicologia Ciência E Profissão*, São Paulo/SP, vol. 27, n. 3, p. 396-405, 2007.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Porto Alegre/RS, v.9, n.16, p. 161-177, 2005.

COHN, C. Concepções de infância e infâncias: um estado da arte da antropologia da criança no Brasil. *Civitas*, Porto Alegre/RS, v. 13, n. 2, p. 221-244, maio-ago, 2013.

CUTOLO, L. R. A. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, Florianópolis/SC, v. 35, n. 4, p. 16-24, 2006.

CRUZ-RODRÍGUEZ, E.; RÍOS, I. M.; CASTILLO, O. O.; MORENO, N. P.; GONZÁLEZ, P. L. H. Factores de riesgo del intento suicida en adolescentes. *Rev Ciencias Médicas Pinar del Río*. Cuba, v. 15, n. 4, p. 52-61, jun, 2013.

DAOLIO, E. R.; SILVA, J. V. da. Os significados e os motivos do suicídio: as representações sociais de pessoas residentes em Bragança Paulista, SP. *Bioethikos - Centro Universitário São Camilo*, São Paulo/SP, v 3, n 1, p. 68-76, 2009.

DESLANDES, S. F. O atendimento às vítimas de violência na emergência: “prevenção numa hora dessas?”. *Caderno de Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro/RJ, v. 4, n. 1, p. 81-94, 1999.

DUCAN, J. W. The immediate management of suicide attempts in children and adolescent: psychologic aspects. *J Fam. Pract.*, EUA, v. 4, n. 1, p. 77-80, jan., 1977.

FARR, R. M. Representações Sociais: a teoria e sua história. In: GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVITCH, S. (org.). *Textos em Representações Sociais* / prefácio de Serge Moscovici. 8º ed. Petrópolis/RJ : Vozes, 1995.

FENSTERSEIFER, L.; WERLANG, B.S.G. Suicídio na infância - será a perda da inocência? *Rev. Psicologia Argumento*, Curitiba/PR, v. 21, n. 35, p. 39-46, out., 2003.

FIGUEIREDO, A. E. B.; SILVA, R. M. da; MANGAS, R. M. do N; VIEIRA, L. J. E. de S.; FURTADO, H. M. J.; GUTIERREZ, D. M. D; SOUSA, G. S. de. Impacto do suicídio da pessoa idosa em suas famílias. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro/RJ, v. 17, n. 8, p. 1993-2002, 2012.

FILHO, A. M. S.; CORTEZ-ESCALANTE, J. J.; FRANÇA, E. Revisão dos métodos de correção de óbitos e dimensões de qualidade da causa básica por acidentes e violências no Brasil. *Caderno de Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro/RJ, v. 21, n. 12, p. 3803-3818, 2016.

FRIEDRICH, S. *Tentativas de suicídio na infância*. 1898, 144p. Tese (Doutorado em Psiquiatria). Escola de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo/SP.

GIGLIO-JACQUEMOT, A. Definições de urgência e emergência: critérios e limitações. Em: *Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, Coleção Antropologia e Saúde, p. 15-26, 2005.

GUARESCHI, P. A. Representações Sociais: avanços teóricos e metodológicos. *Temas em Psicologia da SBP*, Ribeirão Preto/SP, v. 8, n. 3, p. 249-256, dez., 2000.

GUARESCHI, P. A. Representações Sociais: alguns comentários oportunos. In.: NASCIMENTO SCHULZE, C. M. (org.). *Novas contribuições para a teorização e pesquisa em representação social*. Florianópolis/SC : Imprensa Universitária/UFSC, 1996, p. 9-35. (Coletânea da ANPEPP, 10).

HESLER, L. Z., *Suicídio em um município do Sul do Brasil – um enfoque de gênero*. 2013, 122 p. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Porto Alegre/RS.

HUMANIZASUS. *Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

JESUS, T. de; MOTA, E. Fatores associados à subnotificação de causas violentas de óbito. *Caderno de Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro/RJ, v. 18 n. 3, p. 361-370, 2010.

KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. *História, Ciências, Saúde*, Rio de Janeiro/RJ, vol. 8, n. 1, p. 49-70, mar./jun., 2001.

KURAMOTO, S. J.; RUNESON, B.; STUART, E. A.; LICHTENSTEIN, P.; WILCOX, H. C. Time to hospitalization for suicide attempt by the timing of parental suicide during offspring early development. *JAMA Psychiatry*. Suécia, v. 70, p. 149–157, 2013.

LUKOSEVICIUS, A. P.; SOARES, C. A. P.; JOIA, L. A. Caracterização da complexidade em projetos de engenharia. *Gest. Prod.*, São Carlos, p. 2-13, out., 2017.

LOVISI, G. M.. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 31, supl. 2, Out. 2009.

MARTINS, R. de C. *Jovens mulheres vitimadas: abuso sexual, sofrimento e resiliência*. Curitiba/PR : Editora Juruá, 2010.

MELLO-SANTOS, C. d., BERTOLETE, J. M., & WANG, Y.-P. (2005). Epidemiologia do suicídio no Brasil (1980-2000): caracterização das taxas de suicídio por idade e gênero. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo/SP, v. 27, n. 2, p. 131-134, jun., 2005.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. in: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAYO, M. C. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. de S. (org.). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2005.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R (org). *Violência sobre o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

MORAIS, S. R. S. de; SOUSA, G. M. C. de. Representações Sociais do suicídio pela comunidade de Dormentes – PE. *Rev. Psicologia: Ciência e Profissão*, São Paulo/SP, v. 31, n. 1, p. 160-175, 2011.

MOSCOVICI, S. *Representações Sociais; investigação em Psicologia Social* / Serge Moscovici; editado em inglês por Gerard Duveen ; Traduzido do inglês por Pedrinho Guareschi. 10º ed. – Petrópolis/RJ : Ed. Vozes, 2013, 404 p.

MOSQUERA, L. Conducta suicida en la infancia: Una revisión crítica. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, Espanha, v. 3. n. 1, p. 9-18, jan., 2016.

NASCIMENTO, C. T. do; BRANCHER, V. R; OLIVEIRA, V. F. de. A Construção Social do Conceito de Infância: uma tentativa de reconstrução historiográfica. *Linhas*, Florianópolis/SC, v. 9, n. 1, p. 4-18, jan./jun., 2008.

NÓBREGA, S. M.; COUTINHO, M. P. de L. O teste de associações de palavras. In: COUTINHO, M. da P. (org.) *Representações Sociais: abordagem Multidisciplinar*. João Pessoa/PB : Editora universitária da UFPB, 2003.

OLIVEIRA, M. S. B. S. Representações sociais e sociedades: a contribuição de Serge Moscovici. *Revista Brasileira De Ciências Sociais*, São Paulo/SP, v. 19, n. 55, p. 180-186, jun., 2004.

Organização Mundial da Saúde (OMS). *Constituição Mundial da Saúde (OMS/WHO)*, Nova Iorque, 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanosusp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html> Acessado em: 14 de março de 2017.

Organização Mundial da Saúde (OMS). *Prevenção do suicídio*, Genebra, 2014.

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

PAIM, J. S. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2009. (Coleção Temas em Saúde).

PÉREZ-OLMOS, I.; RODRÍGUEZ-SANDOVAL, E.; DUSSÁN-BUITRAGO, M. M.; AYALA-AGUILERA, J. P. Caracterización Psiquiátrica y Social del Intento Suicida Atendido en una Clínica Infantil, 2003-2005. *Revista de Salud Pública*, Colômbia, v. 9, n. 2, p. 230– 240, jun., 2007.

PINHEIRO, R. Cuidado em Saúde *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>

PINHEIRO, R. Integralidade. In: *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/intsau.html>>

RICHARDSON, R. J; PERES, J. A. de S. *et al.* Pesquisa Social: métodos e técnicas. São Paulo : Atlas, 1999.

ROBLES-GARCÍA, R.; PÁEZ AGRAZ, F.; ASCENSIÓN GUIRADO, M.; MERCADO SALCEDO, E.; HERNÁNDEZ MUÑOZ, L.; Evaluation of suicide risk in children: psychometric properties of the Spanish version of the Risk of Suicide Questionnaire (RSQ). *Actas. Esp. Psiquiatric.*, México, v. 33, n. 5, p. 292-297, set./out., 2005.

SÁ, C. P. *Núcleo Central das Representações Sociais*. Petrópolis/RJ : Vozes, 1996.

SANT'ANNA, H. C. OpenEvoc: um programa de apoio à pesquisa em Representações Sociais. In: *VII Encontro Regional de Psicologia Social – ABRSPSO*. Psicologia Social: Desafios contemporâneos. Anais. Vitória/ES, p. 94-103, 2012.

SADOCK, B. J. *Manual Conciso de Psiquiatria Clínica* / Tradução: Cristina Monteiro, 2ª ed., Porto Alegre : Artmed, 2008.

SAKS, M.; ALLSOP, J. (org.) *Pesquisa em saúde: métodos qualitativos, quantitativos e mistos*. / Tradução de Carolina Andrade e revisão técnica de Celina Andrade Pereira. São Paulo/SP : Roca, 2011.

SCHWEICKARDT, J. C.; LIMA, R. T. de S.; CECCIM, R. B.; FERLA, A. A.; CHAVES, S. E. *Educação permanente em gestão regionalizada da saúde: saberes e fazeres no território do Amazonas*. 1º ed., Porto Alegre/RS : Rede UNIDA, 2015. (Série Saúde & Amazônia).

SECCHI, L. *Políticas Públicas: conceito, esquemas de análise, casos práticos*. 2º ed., São Paulo/SP : Cengage Learning, 2015.

SILVA, M. M da. *Suicídio: trama da comunicação*. São Paulo/SP : Scortecci, 2008.

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

VELASQUEZ, B. M. B. Vivências socioafetivas de famílias de famílias que sofreram morte por suicídio de membros jovens no bairro de Petrópolis – Manaus. / Orientadora: Denise Machado Duran Gutierrez. Dissertação (Mestrado em Psicologia: Processos Psicossociais), Universidade Federal do Amazonas, 2017, 128p.

VENCESLA MARTINEZ, J. F.; MORIANA ELVIRA, J. A. Conducta autolítica y parasuicida: Características sociodemográficas en población infantojuvenil de ámbito rural. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, Espanha, n. 84, p. 49-64, out./dez., 2002.

VERGÈS, P. Noyau Central, saillance et propriétés structurales. *Papers on Social Representations – Textes sur les Representations Sociales*, França, vol. 3, n. 1, p. 3-12, 1994.

VIANA, N. *Senso Comum, representações sociais e representações cotidianas*. Bauru/SP : EDUSC, 2008.

WACHELKE, J.; WOLTER, R. Critérios de Construção e Relato da Análise Prototípica para Representações Sociais. *Rev. Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, vol. 27, n. 4, p. 521-526, out./dez., 2011.

WASELFISZ, J. J. Violência Letal Contra as Crianças e Adolescentes do Brasil / Julio Jacobo Waiselfisz. – Relatório de pesquisa – Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais (Flacso), Brasil, 2015.

YUNES, M. A. M.; SZYMANSKI, H. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In.: J. Tavares (org.) *Resiliência e Educação*. São Paulo: Cortez, 2001, p. 13-42.

9. ANEXOS

9. 1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pág. 1/3

	UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS FACULDADE DE PSICOLOGIA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM PSICOLOGIA
--	---

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar da pesquisa “**As Representações Sociais de profissionais de urgência e emergência sobre o Suicídio Infantil**”, sob a responsabilidade da pesquisadora Eliza do Amaral Silva Ferreira, que poderá ser contatada no endereço Av. General Rodrigo Octávio Jordão Ramos, 6200, Coroado I, Campus Universitário Senador Arthur Virgílio Filho, Setor Sul, Bloco X ou por meio do telefone (92) 98200-7320 ou ainda pelo e-mail eliza.as.ferreira@gmail.com; assim como de sua orientadora, Prof.^a Dra. Denise Machado Duran Gutierrez, a qual poderá ser contatada no endereço Av. André Araújo, 2.936, Petrópolis, telefone (92) 99984-7127 ou pelo e-mail ddgutie@ufam.edu.br. Com essa pesquisa pretendemos compreender as suas concepções, enquanto profissional da saúde em serviços de urgência-emergência pediátrica, acerca do suicídio infantil. E ainda investigar as representações sociais acerca da infância em associação com o comportamento autodestrutivo; analisar o manejo e estratégias adotadas como prática profissional diante de pacientes criança-suicida e, por fim, discutir criticamente as Políticas Públicas materializadas em orientações, normativas e recomendações propostas pelo SUS e OMS para lidar com tais ocorrências.

É importante que o (a) senhor(a) saiba que sua participação é voluntária e se dará por meio da aplicação de um questionário para que busca coletar dados sobre sua formação profissional assim como algumas informações de sua vida privada, assim como será realizada a aplicação da técnica de associação de palavras. Ambos os instrumentos foram escolhidos e elaborados cuidadosamente para que não ocasione qualquer desconforto ou constrangimento e que todas as informações serão gravadas/registradas, sendo utilizadas **exclusivamente** para os fins desta pesquisa.

Contudo, como toda pesquisa envolve riscos, esclarecemos que, caso o (a) senhor (a) venha a sentir qualquer tipo de desconforto e, devido a isso, deseje um atendimento

especializado, garantimos seu encaminhamento a serviços especializados de atendimento psicológico para devido acompanhamento junto ao serviço de saúde mais próximo de sua residência ou ao Centro de Serviço de Psicologia Aplicada da Universidade Federal do Amazonas, localizado Av. General Rodrigo Octávio Jordão Ramos, 6200, Coroado I, Campus Universitário Senador Arthur Virgílio Filho, Setor Sul, Bloco X, CEP 69077-000, Manaus, AM. Asseguramos também que o (a) senhor (a) não terá nenhuma despesa, já que a pesquisadora irá ao seu encontro quantas vezes forem necessárias para a coleta de dados e também não receberá nenhuma remuneração. Comprometemo-nos ainda a indenizar e/ou ressarcir, quando houver a necessidade de cobertura material para reparação de dano, se este for causado pela participação na pesquisa, de acordo com a CNS 466/12.

Como benefícios dessa pesquisa o (a) senhor (a) estará contribuindo para o desenvolvimento **científico** na área, ajudando a melhorar políticas públicas de atendimento às crianças em sofrimento psíquico que tentaram cometer suicídio. Ademais será uma oportunidade para que o (a) senhor (a) expresse livremente tudo o que sente e vive em um ambiente de respeito e segurança. Se depois de consentir em sua participação o (a) senhor (a) desistir de continuar participando, **tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa**, seja antes ou depois da entrevista, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa.

Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) senhor (a) poderá entrar em contato com o pesquisador nos endereços fornecidos anteriormente ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFAM, na Rua Teresina, 495, Adrianópolis, Manaus/AM, telefone (92) 3305-1181, ramal 2004 bem como pelo endereço de e-mail: cep.ufam@gmail.com.

Consentimento Pós-Informação:

Eu, _____, fui informado (a) sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar da pesquisa, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.



Impressão Dactiloscópica

Assinatura do participante

Data: __/ __/ __

Assinatura do orientador

Assinatura do pesquisador

9. 2 Modelo de questionário

	UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS FACULDADE DE PSICOLOGIA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM PSICOLOGIA
--	--

IDENTIFICAÇÃO:

Iniciais: _____ sexo: () Fem. () Masc. Idade: _____

Fone para contato: _____ Formação: _____

Possui filhos? () Não () Sim Idade (s): _____

Convive com crianças? () Não () Sim _____ Idades: _____

Já houve casos de suicídio próximo? () Não () Sim _____

ATUAÇÃO PROFISSIONAL:

Tempo de atuação enquanto profissional: _____

Tempo de atuação no serviço: _____

Neste período, já lidou com algum caso de tentativa de suicídio ou suicídio consumado de crianças?

Não () Sim () caso positivo, poderia relatar a experiência? _____

Quais observações/procedimentos para identificação do suicídio infantil? _____

FORMAÇÃO

Há documentos/protocolos/orientações que abordem a temática e lhe auxilia na sua prática?

Não () Sim (), quais? _____

Você já buscou materiais/leitura sobre a temática do suicídio infantil?

Não () Sim (), quais? _____

Durante a formação profissional houve alguma disciplina que tratou sobre a temática?

Não () Sim (), quais? _____

9.3 Termo de Anuência do CSPA - UFAM



TERMO DE ANUÊNCIA DO CSPA

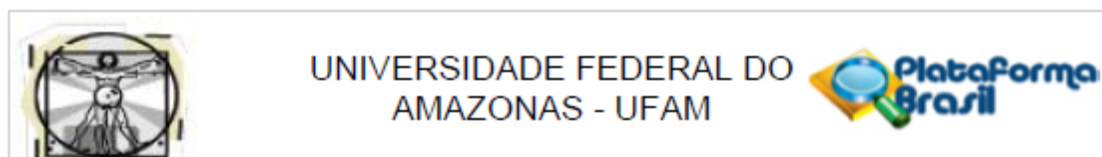
Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo o atendimento psicológico, caso necessário, dos participantes da pesquisa intitulada "AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA SOBRE O SUICÍDIO INFANTIL", sob a orientação da Professora Doutora Denise Machado Duran Gutierrez, a ser desenvolvida pela mestranda Eliza do Amaral Silva Ferreira. Projeto vinculado ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas, o qual terá o apoio deste Centro de Serviço de Psicologia Aplicada (CSPA).

Manaus, 27 de junho de 2017.

Rebeca Louise Pevas Lima de Freitas
Psicóloga responsável

Centro de Serviço de Psicologia Aplicada
Ψ CSPA

9.4 Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa:



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA SOBRE O SUICÍDIO INFANTIL

Pesquisador: Eliza do Amaral Silva Ferreira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 79983317.6.0000.5020

Instituição Proponente: Faculdade de Psicologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.453.386

Apresentação do Projeto:

Protocolo em segunda submissão.

Objetivo da Pesquisa:

Mantido.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa apresenta riscos mínimos nas áreas sociais, culturais, morais e intelectuais; e não apresenta riscos físicos para o participante, tendo em vista que não será realizado nenhum tipo de intervenção físico/fisiológico. Entretanto, caso o participante venha a ter algum tipo de complicação causada direta ou indiretamente pela pesquisa em qualquer aspecto, será realizada assistência imediata e/ou integral ao mesmo, sem qualquer tipo de ônus. Destacamos que a participação na pesquisa pode acarretar riscos na área psíquica, emocional e espiritual, uma vez que o participante poderá relembrar situação de crise em sua prática profissional. Caso o participante apresente algum tipo de constrangimento psíquico, emocional ou espiritual, imediato ou em longo prazo, decorrente direta ou indiretamente de sua participação na pesquisa, o pesquisador o encaminhará ao serviço

Endereço: Rua Teresina, 495

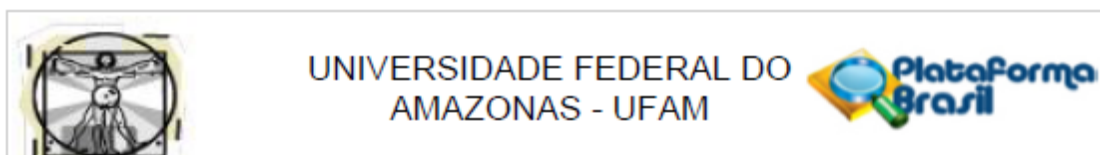
Bairro: Adrianópolis

UF: AM **Município:** MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

CEP: 69.057-070

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.453.386

de atendimento psicológico gratuito fornecido pela Faculdade de Psicologia da Universidade Federal do Amazonas o Centro de Serviço de Psicologia Aplicada, localizado Av. General Rodrigo Octávio Jordão Ramos, 6200, Coroado I, Campus Universitário Senador Arthur Virgílio Filho, Setor Sul, Bloco X, CEP 69077-000, Manaus, AM. O pesquisador se compromete a indenizar e/ou ressarcir, quando houver a necessidade de cobertura material para reparação de dano, se este for causado pela participação na pesquisa, de acordo com a CNS 466/12.

Benefícios:

A participação na pesquisa possibilita ao participante oportunidade de reflexão acerca da prática médica, atenção integral à saúde da criança em situação de urgência e emergência e de suas estratégias de enfrentamento. Ao trazer esses conteúdos à discussão, o profissional tem a possibilidade de refletir sobre sua prática no decorrer da entrevista, bem como perceber seus conceitos, pré-conceitos e resistências no que diz respeito ao suicídio na infância. Será oferecido um Seminário Final de Pesquisa para compartilhamento de resultados da pesquisa para os serviços de saúde e profissionais, direta ou indiretamente envolvidos na pesquisa, como forma de reconhecimento e prestação de benefícios.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Critério de Inclusão:

Participarão da pesquisa profissionais de enfermagem, técnicos em enfermagem e médicos plantonistas, independente de orientação sexual, raça ou religião; que trabalhem diretamente no atendimento de urgência e emergência infantil há pelo menos 03 (três) anos, pois compreendemos que este tempo permite ao profissional o acúmulo de experiências permeadas pelas especificidades do serviço (urgência e emergência) e do público (infantil) as quais permitem uma construção, reprodução e partilhamento de um conhecimento resultante desta prática; aqueles que, mediante consentimento, assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

Critério de Exclusão:

Profissionais cuja idade é inferior a 18 anos; profissionais que, mesmo trabalhando em hospitais infantis de urgência e emergência não atuem

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

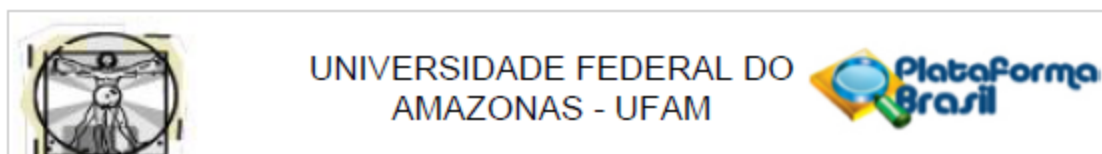
UF: AM

Telefone: (92)3305-1181

Município: MANAUS

CEP: 69.057-070

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.453.386

diretamente nos atendimentos emergenciais, como aqueles que prestam serviços exclusivamente em setores como internação, UTI, entre outros;
pessoas que apresentem estado de embriaguez ou entorpecimento no momento da pesquisa; pessoas que apresentem incapacidade de comunicar-se verbalmente, dada a limitação da pesquisa em não gozar de interprete da Linguagem Brasileira de Sinais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Mantido.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O presente protocolo em segunda submissão atende as Resoluções 466/12 e 510/16.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_951728.pdf	04/12/2017 11:39:43		Aceito
Parecer Anterior	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_2395511.pdf	04/12/2017 11:39:08	Eliza do Amaral Silva Ferreira	Aceito
Cronograma	Cronograma_atualizado_apos_analise.pdf	04/12/2017 11:38:36	Eliza do Amaral Silva Ferreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_com_alteracoes_apos_analise.pdf	04/12/2017 11:35:21	Eliza do Amaral Silva Ferreira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Suicidio_Infantil_com_alteracoes_apos_analise.pdf	04/12/2017 11:34:59	Eliza do Amaral Silva Ferreira	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	06/11/2017 20:43:17	Eliza do Amaral Silva Ferreira	Aceito
Outros	Anuencia_HPSC_Zona_Sul.pdf	06/11/2017 20:35:57	Eliza do Amaral Silva Ferreira	Aceito
Outros	Anuencia_HPSC_Zona_Leste.pdf	06/11/2017 20:35:11	Eliza do Amaral Silva Ferreira	Aceito
Outros	Anuencia_HPSC_Zona_Oeste.pdf	06/11/2017 20:34:16	Eliza do Amaral Silva Ferreira	Aceito
Outros	Anuencia_SUSAM.pdf	06/11/2017 20:33:27	Eliza do Amaral Silva Ferreira	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_FINANCEIRO.pdf	06/11/2017 20:28:28	Eliza do Amaral Silva Ferreira	Aceito

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

UF: AM

Município: MANAUS

CEP: 69.057-070

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAZONAS - UFAM



Continuação do Parecer: 2.453.386

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MANAUS, 21 de Dezembro de 2017

Assinado por:

Eliana Maria Pereira da Fonseca
(Coordenador)

UFAM
COORDENADORIA DE PESQUISA
Prof. Eliana Maria Pereira da Fonseca
COORDENADORA DE PESQUISA

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

CEP: 69.057-070

E-mail: cep.ufam@gmail.com

9. 5. *Evocações Associação de Palavras*

9.5.1. Termo indutor: Suicídio

Lista de palavras	Freq	1°	2°	3°	4°	5°
ACESSO A MEIOS LETAIS	1					1
ADOLESCÊNCIA	1		1			
AFLIÇÃO	1			1		
ANGÚSTIA	4	1	2	1		
BULLYING	1				1	
CULPA	1			1		
DECEPÇÃO	2			2		
DEPRESSÃO	16	8	4	1	2	1
DESAFETO	1					1
DESAMPARO	1			1		
DESCUIDO	1					1
DESEQUILÍBRIO	2	1		1		
DESESPERO	16	2	7	2	3	2
DESESTRUTURA FAMILIAR	4	1	2		1	
DESGASTE EMOCIONAL	1	1				
DESGRAÇA	1				1	
DESILUSÃO	2				2	
DESISTIR DA VIDA	1					1
DIFICULDADES	1			1		
DOENÇA	9		3	4		2
DOR	5	1	2		1	1
DRAMA	1					1
DROGAS	2				1	1
ESCOLA	2		1		1	
ESGOTAMENTO	5	1	1	1	2	
ESTRESSE NO TRABALHO	1			1		
ESTRUTURAL	1			1		
EXTREMO	1				1	
FALTA DA FAMÍLIA	1	1				
FALTA DE AJUDA	2				1	1

FALTA DE AMOR	1				1	
FALTA DE APOIO	2	1				1
FALTA DE ATENÇÃO	3		1		2	
FALTA DE CONVERSA	2					2
FALTA DE DEUS	5		2	1	1	1
FALTA DE FOCO	1					1
FALTA DE INFORMAÇÃO	1				1	
FALTA DE OBJETIVO NA VIDA	1				1	
FALTA DE SENTIDO	2				2	
FALTA DE VONTADE DE VIVER	2			2		
FAMÍLIA	1	1				
FILHO	1	1				
FRAGILIDADE	1			1		
FRAQUEZA	12	4	3	2	2	1
FRUSTRAÇÃO	1			1		
FUGA	3		1	1	1	
FUNDO DO POÇO	1					1
GENÉTICA	2		1	1		
HORROR	1				1	
IDA PARA SEMPRE	1	1				
INCAPACIDADE	2		1		1	
INESPERADO	1					1
INFELICIDADE	1		1			
INSATISFAÇÃO	2		1			1
INTROSPECÇÃO	1			1		
ISOLAMENTO	9		1	4	1	3
LUTO	1					1
MEDO	3		1	1		1
MISÉRIA	1					1
MORTE	4	3		1		
MULTIFATORIAL	1	1				
PEDIDO DE SOCORRO	1	1				
PERDA	2			1	1	
PERDA DA ALEGRIA	1					1

PERDA DE CONTROLE	1			1		
PERDA DE PERSPECTIVA	1					1
PERSEGUIÇÃO NO TRABALHO	1				1	
PERSONALIDADE	1		1			
PREDISPOSIÇÃO	1	1				
PROBLEMA SOCIOECONÔMICO	5		2	1		2
PROBLEMAS	7			2	1	4
REVOLTA	1				1	
SAÍDA	2				1	1
SEXUALIDADE	1					1
SOFRIMENTO	10	5	1	2	2	
SOLIDÃO	4		1		1	2
SOLUÇÃO	1				1	
TRAGÉDIA	1		1			
TRANSTORNO PSICOLÓGICO	7			3	3	1
TRISTEZA	14	9	3			2
VAZIO	1			1		
Total	221					

9.5.2. Termo indutor: Suicídio Infantil

Lista de palavras	Freq	1°	2°	3°	4°	5°
ABANDONO	1				1	
ABUSO	1	1				
ACIDENTE	3	1	1	1		
ADOLESCÊNCIA	1			1		
AGRESSIVIDADE	1		1			
AMENDRONTADOR	1			1		
AMIZADES	1					1
ANORMALIDADE	1	1				
ASSUSTA	1				1	
AUTOMUTILAÇÃO	1		1			
BIRRA	2	1				1

BRIGA	1			1		
BRINCADEIRA	1	1				
BULLYING	1	1				
CHAMAR ATENÇÃO	4	1	1	1		1
CHOCANTE	3		1			2
COBRANÇAS	1					1
COISAS NEGATIVAS	1					1
COMPLEXO	2	2				
CONVIVÊNCIAS	1					1
criação	2		2			
criança DESESTRUTURADA	1			1		
crianças MAIS VELHAS	1				1	
DECEPÇÃO	1	1				
DEPRESSÃO	4		3	1		
DESACORDO	1					1
DESAFETO	1	1				
DESCASO	1		1			
DESCONHECIDO	2	2				
DESCUIDO	1		1			
DESEJO DE MORRER	1					1
DESEQUILÍBRIO	2			1		1
DESESPERO	7			2	3	2
DESESTRUTURA FAMILIAR	15	5	6	3	1	
DESOBEDIÊNCIA	2				2	
DIFERENÇA	1			1		
DIFERENTE DO ADULTO	1		1			
DIFÍCIL	1			1		
DIVÓRCIO	1	1				
DOENÇA	1	1				
DOR	1		1			
DROGAS	1			1		
EDUCAÇÃO	1			1		
ESCOLA	5		2		2	1
ESTUPRO	2			1	1	

EXTREMA DOR	1					1
FALTA DA FAMÍLIA	6	2			1	3
FALTA DE AJUDA	1		1			
FALTA DE AMOR	4		1	1	2	
FALTA DE APOIO	2		2			
FALTA DE ATENÇÃO	1	1				
FALTA DE BRINCADEIRA	1		1			
FALTA DE CARINHO	3			3		
FALTA DE CONVERSA	2		1			1
FALTA DE CUIDADO	1				1	
FALTA DE DEUS	1					1
FALTA DE ORIENTAÇÃO	2			1		1
FALTA DE POLÍTICAS PÚBLICAS	3				1	2
FALTA DE SOLUÇÃO	1					1
FALTA DOS PAIS	5	2		2		1
FASE	1				1	
FUGA	3		1	1	1	
GENÉTICA	1		1			
GRAVIDEZ	1				1	
HORROR	1				1	
IMATURIDADE	1			1		
IMPOSSÍVEL	1	1				
IMPREVISÍVEL	1				1	
IMPULSIVIDADE	3	1	1		1	
INCOMPREENSÃO	1	1				
INCONSEQUÊNCIA	1				1	
INDIFERENÇA	1				1	
INFLUÊNCIA	1			1		
INIMÁGINAVEL	1		1			
INSEGURANÇA	2	1				1
IRRESPONSABILIDADE	1			1		
ISOLAMENTO	2			1		1
JOVENS FRÁGEIS	1					1
MAUS TRATOS	5	1		2		2

MEDO	4	2	2			
MENINAS	1	1				
MUDANÇAS NA FAMÍLIA	1				1	
MUITA COBRANÇA	1		1			
MUITO RUIM	1			1		
MULTIFATORIAL	1		1			
NA INFÂNCIA NÃO SE MATAM	1			1		
NÃO CONSIGO IMAGINAR	1				1	
NÃO EXISTE	1					1
NÃO QUER MORRER	1		1			
NEBULOSO	1			1		
NEGLIGÊNCIA	15	1		3	7	4
PERDA DA INFÂNCIA	1	1				
PERSONALIDADE	1	1				
PREOCUPANTE	1			1		
PROBLEMAS	1				1	
REVOLTA	1		1			
SEPARAÇÃO	1				1	
SEQUELA	1	1				
SO ACONTECE COM ADULTO	1		1			
SOBRECARGA	2		1	1		
SOFRIMENTO	5	3	1			1
SOLIDÃO	4			1	2	1
SUPERPROTECAO DOS PAIS	1			1		
TECNOLOGIA	1				1	
TENEBROSO	1					1
TRAGÉDIA	1	1				
TRANSTORNO PSICOLÓGICO	8		1	1	4	2
TRAUMA	3	1	2			
TRISTEZA	5	3	1			1
VALORES INVERTIDOS	1			1		
VIDA SEDENTÁRIA	1					1
VIOLÊNCIA	3			1	2	
Total	222					

9.6. Lista Nacional de notificação compulsória:

ANEXO

Lista Nacional de Notificação Compulsória

Nº	DOENÇA OU AGRAVO (Ordem alfabética)	Periodicidade de notificação				
		Imediata (≤ 24 horas) para*				Semanal*
		MS	SES	SMS		
1	a. Acidente de trabalho com exposição a material biológico			X		X
2	b. Acidente de trabalho: grave, fatal e em crianças e adolescentes			X		
3	Acidente por animal peçonhento			X		
4	Acidente por animal potencialmente transmissor da raiva	X	X	X		
5	Botulismo	X	X	X		
6	Cólera		X	X		
7	Coqueluche					
	a. Dengue - Casos					
8	b. Dengue - Óbitos					
9	Difteria	X	X	X		X
10	Doença de Chagas Aguda		X	X		
11	Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ)		X	X		X
	a. Doença Invasiva por "Haemophilus Influenza"		X	X		
	b. Doença Meningocócica		X	X		
12	Doenças com suspeita de disseminação intencional:	X	X	X		
	a. Antraz pneumônico					
	b. Tularemia					
	c. Varíola					
13	Doenças febris hemorrágicas emergentes/reemergentes:	X	X	X		
	a. Arbovírus					
	b. Ebola					
	c. Marburg					
	d. Lassa					
	e. Febre purpúrica brasileira					
14	Esquistossomose					
15	Evento de Saúde Pública (ESP) que se constitua ameaça à saúde pública (ver definição no Art. 2º desta portaria)	X	X	X		X
16	Eventos adversos graves ou óbitos pós-vacinação	X	X	X		
17	Febre Amarela	X	X	X		
18	Febre de Chikungunya	X	X	X		
19	Febre do Nilo Ocidental e outras arboviroses de importância em saúde pública	X	X	X		
20	Febre Maculosa e outras Riquetisioses	X	X	X		
21	Febre Tifoide		X	X		
22	Hanseníase					X
23	Hantavirose		X	X		
24	Hepatites virais					X
25	HIV/AIDS - Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida					X
26	Infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puerpera e Criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV					X
27	Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)					X
28	Influenza humana produzida por novo subtipo viral	X	X	X		
29	Intoxicação Exógena (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados)					X
30	Leishmaniose Tegumentar Americana					X
31	Leishmaniose Visceral					X

Nº	DOENÇA OU AGRAVO (Ordem alfabética)	Periodicidade de notificação				
		Imediata (≤ 24 horas)			para SMS	Semanal*
		MS	SES			
32	Leptospirose				X	
33	a. Malária na região amazônica b. Malária na região extra Amazônica					X
34	Obito: a. Infantil b. Materno	X	X		X	
35	Poliomielite por poliovírus selvagem					X
36	Peste	X	X		X	
37	Raiva humana	X	X		X	
38	Síndrome da Rubéola Congênita	X	X		X	
39	Doenças Exantemáticas: a. Sarampo b. Rubéola	X	X		X	
40	Sífilis: a. Adquirida b. Congênita c. Em gestante					X
41	Síndrome da Paralisia Flácida Aguda	X	X		X	
42	Síndrome Respiratória Aguda Grave associada a Coronavírus a. SARS-CoV b. MERS-CoV	X	X		X	
43	Tétano: a. Acidental b. Neonatal				X	
44	Tuberculose					X
45	Varicela		X		X	
46	a. Caso grave internado ou óbito a. Violência: doméstica e/ou outras violências b. Violência: sexual e tentativa de suicídio				X	X

*Informação adicional:

Notificação imediata ou semanal seguirá o fluxo de compartilhamento entre as esferas de gestão do SUS estabelecido pela SVS/MS;

Legenda: MS (Ministério da Saúde), SES (Secretaria Estadual de Saúde) ou SMS (Secretaria Municipal de Saúde)

A notificação imediata no Distrito Federal é equivalente à SMS.