

O CVV E A PREVENÇÃO DO SUICÍDIO: PERSPECTIVAS DE GÊNERO

Raiane Marcelino dos Santos¹
Bruno Eduardo Silva Ferreira²

RESUMO

As altas taxas de suicídio fazem com que este seja um tema relevante para a saúde pública e para toda a sociedade. Além das políticas estatais, o Brasil conta com uma associação sem fins lucrativos chamada Centro de Valorização da Vida (CVV) que atua na prevenção do suicídio em todo o país. Este artigo tem por objetivo investigar como o CVV lida com questões de gênero em seu trabalho de prevenção de suicídio. Para tanto, utilizou-se uma metodologia exploratória com abordagem qualitativa, alinhando pesquisas bibliográficas através de entrevistas com quatro voluntários do CVV. Para o levantamento bibliográfico foram utilizados dados obtidos em livros e repositórios eletrônicos como SciELO, Google acadêmico e Bvs-psi. Foi realizado um levantamento de dados estatísticos em fontes nacionais e internacionais sobre as mortes por suicídio e tentativas de suicídio, no qual observa-se que os índices de tentativas são maiores em mulheres, enquanto, o suicídio consumado é maior entre homens, com tendência à métodos mais agressivos. As entrevistas indicam que tais diferenças de gênero não são consideradas para o enfrentamento do suicídio, uma vez que a filosofia do CVV se apoia na ideia de não individualizar as questões trazidas por cada pessoa. Contudo, é possível que, ainda que não sejam desenvolvidos protocolos diferenciados para atendimento de homens e mulheres, a identificação dos aspectos de gênero ligados ao suicídio deva ser observada pela instituição, de modo a qualificar ainda mais seu trabalho e aumentar sua efetividade na prevenção do ato suicida.

Palavras chave: Suicídio; Tentativa de suicídio; Gênero.

ABSTRACT

The high suicide rates make this a relevant topic for public health and for society as a whole. Besides state policies, Brazil has a non-profit association called Centro de Valorização da Vida (CVV), which operates all over the country. This article aims to investigate how CVV deals with gender issues in its suicide prevention work. To achieve this goal, an exploratory research with qualitative approach was carried, crossing bibliographical research with interviews with three CVV volunteers. To the bibliographical survey, data obtained from books and online databases such as Scielo, Scholar Google and Bvs-psi was used. It was also carried out a statistical survey about death by suicide and suicidal attempts, in which one can observe that the number of attempts is higher among women, while the completed suicide is most common among men, with tendency to use more aggressive methods. Interviews show that such gender differences are not taken into account for the coping with suicide, since the CVV philosophy is based on the idea of not individualizing the questions brought by each person. However, it is possible that even if there are no specific protocols for women and men attendance, the identification the gender aspects related to suicide should be observed by the institution, in order to improve the quality of their work and its effectiveness in prevention of suicide act.

Keywords: Suicide; Suicide attempt; Gender.

¹ Graduanda do Curso de Psicologia da Faculdade Doctum de Serra-ES.

² Professor orientador do Curso de Psicologia da Faculdade Doctum de Serra-ES.

1 INTRODUÇÃO

O alto índice de mortes por suicídio faz com que o tema seja considerado um importante problema de saúde pública, no Brasil e no mundo. Dados obtidos no Brasil entre 1980 e 2000 mostram um crescimento contínuo de mortes por suicídio – principalmente entre os homens, chegando a uma quantidade de três a quatro vezes maior do que em mulheres (MELLO-SANTOS; BERTOLOTE; WANG, 2005).

Com base no relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2014), nos anos de 2000 a 2012 em relação a mortes por suicídio em 172 nações, houve no Brasil um aumento de 10,4% (com a maior ascendência no sexo masculino) alcançando em 2012 a marca de 9.198 homens que vieram a óbito contra somente 2.623 mulheres. Ainda em relação aos dados da OMS, “o suicídio representa 1,4% de todas as mortes em todo o mundo, tornando-se, em 2012, a 15ª causa de mortalidade na população geral; entre os jovens de 15 a 29 anos, é a segunda principal causa de morte” (BRASIL, 2017, p. 1).

A epidemiologia é um fator importante na análise de comportamento suicida entre homens e mulheres, mas é necessário transcender a convicção de evidências quantitativas que é restrito aos números de mortes e tentativas. Devido às diferenças de gênero culturalmente aprendidas desde cedo, os suicídios fatais acontecem mais entre homens, enquanto as mulheres, embora tenham maior frequência em tentativas, têm como fator de redução de fatalidade sua facilidade em procurar tratamento (BAERE; ZANELLO, 2018).

Percebe-se que existe uma diferença acentuada nas porcentagens de suicídio entre homens e mulheres, porém os estudos sobre o tema têm dado pouca atenção a essa distinção. É importante identificar as raízes desta diferença, especialmente se ela for motivada por questões de gênero, visto que, entendendo os fatores determinantes de cada sexo, pode-se contribuir para uma prevenção adequada em cada caso, assim possibilitando uma diminuição dessa ocorrência.

Como meio de notoriedade de prevenção, cabe destacar o Centro de Valorização da Vida (CVV), que é uma associação civil que presta serviços voluntários e gratuitos, dando suporte à prevenção do suicídio. O CVV atua através de atendimentos telefônicos, online e presenciais, prestando apoio emocional sob total sigilo com todas as pessoas que queiram ou precisem conversar. Essa associação civil foi fundada em São Paulo em 1973, sendo reconhecida como

utilidade pública, filantrópica e sem fins lucrativos (CVV, acesso em 08 abr. 2021).

Considerando as diferenças entre homens e mulheres no que tange a ideiação suicida e as tentativas de suicídio, é importante buscar saber se o Centro de Valorização da Vida realiza seu trabalho levando em consideração essas diferenças, de modo que este é o objetivo desta investigação.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Gênero

A definição de sexo se dá com base nos aspectos biológicos dos seres humanos. As diferenças nos órgãos genitais já vêm determinadas, sendo que os homens possuem um pênis e as mulheres tem vagina. Além dos órgãos citados, homens e mulheres diferem em termos das células reprodutoras, pois as fêmeas geram óvulos e os machos geram esperma. Essa diferença sexual existe em todos os mamíferos, mas através da simbolização, sua origem tem sido interpretada e dadas novas dimensões ao seu ambiente físico e social (STREY, 2001).

Ainda sobre uma visão biológica, cabe relatar que os seres humanos são compostos por células que contem vinte e três pares de cromossomos, dentre eles vinte e dois pares “iguais” e um deles um par diferenciado. Esse par é que determina o sexo do indivíduo, sendo por isso chamados cromossomos sexuais, e podem ter duas formas: XX (no caso das mulheres) e XY (no caso dos homens) (GOULART JÚNIOR, 1994).

O sexo da criança é definido antes mesmo de seu nascimento, e sobre essa definição biológica incidem determinações sociais como expectativas dos genitores e cores de roupa, por exemplo. Essas determinações sociais constituem o que é chamado pelas ciências sociais de gênero (PAULSON, 2002).

Uma das grandes diferenças entre o sexo e gênero provêm de uma vivência do corpo sexual. A sensação da menstruação, a gravidez, relações sexuais, força, fraqueza, ereção, dentre outras, cria uma relação direta com o corpo; aprendizagens culturais, portanto ligadas ao gênero, influenciam na maneira como se interpreta e se vivencia essas sensações físicas (PAULSON, 2002).

Partindo para definição de gênero Praun (2011, p.56) destaca que:

A palavra gênero designa, segundo o senso comum, qualquer categoria, classe, grupo ou família que apresente determinadas características comuns. Por exemplo, os filmes podem classificar-se de acordo com suas características em românticos, policiais, comédias, de ação, dramas, etc. Da mesma maneira, existem vários gêneros musicais: rock, samba, clássico, romântico. A palavra gênero, na arte, pode ainda designar estilos distintos: gênero dramático, gênero literário. A partir de 1975, porém, o termo *gênero* passou a ser utilizado nos estudos cujo objetivo era compreender as formas de distinção que as diferenças sexuais induzem em uma sociedade. Assim, gênero passou a constituir uma entidade moral, política e cultural, ou seja, uma construção ideológica, em contraposição a sexo, que se mantém como uma especificidade anatômica.

Quanto mais estudos sobre gênero são realizados, maior se torna sua base conceitual. Entretanto, ainda há muito o que se discutir, pois os estereótipos sexuais reconhecem o homem como o ser mais forte do bando, enquanto a mulher ainda é vista como o ser que possui instabilidade emocional, sendo classificada como o sexo frágil (NUNES; SILVA, 2000).

Praun (2011) salienta que a sociedade valoriza mais os aspectos masculinos do que os femininos, e essa hierarquia de gênero acaba por acarretar para algumas mulheres implicações psíquicas.

Foucault (1986) destaca que há séculos a mulher é limitada pelo fato de ser mulher e no século XVIII ocorre o que o autor classifica como a “patologização da mulher”, processo que compreende a mulher como geradora de doenças pelo simples fato de menstruar. Ainda que esse seja um processo biológico natural, essa compreensão social a tornou considerada como dona de um corpo doente.

Reforçando essa visão, Ribeiro (2013) acentua que a mulher ainda passa por uma grande desvalorização, pois ainda existe significações hierarquizadas perante as diferenças dos homens e mulheres, em sentido moral, intelectual e político. O autor salienta que ainda se ouvem comentários como a ‘maternidade é o destino de uma mulher’, ‘a mulher é delicada e dócil’ e que ‘toda mulher tem um instinto maternal’; essas frases ainda são aceitas e vistas sem estranhamento.

Essa hierarquia de gênero é construída desde a infância, uma vez que desde os brinquedos oferecidos às crianças já se observa o direcionamento no desenvolvimento do gênero e identidade das crianças. Foi associado aos brinquedos as representações do feminino e masculino, através dos quais as crianças assimilam e reproduzem as representações da sociedade (ANJOS,2013).

Os brinquedos ditos 'femininos' remetem quase invariavelmente ao cuidado: o tradicional brinquedo das meninas, que são as bonecas, geralmente é vendido com diversos acessórios que remetem a atividades maternas. Além do cuidado com os filhos, os brinquedos destinados a elas (fogões, panelas, ferro de passar) remetem a tarefas domésticas e cuidados com o lar. Os brinquedos masculinos costumam ter caráter de ação, profissões, raciocínio, carros e 'arminhas' (ANJOS, 2013). Reforçam-se assim os papéis de provedor e cuidadora.

A separação entre os papéis de gênero é marcada com frases como 'não brinca de boneca, isso é coisa de menina', 'homem que é homem não leva desaforo para casa', 'homem não chora', ao passo que as meninas, desde a infância, ouvem frases como 'mocinhas tem que sentar de pernas fechadas', 'você não pode fazer assim, já é uma mocinha' (GUERRA, 2007).

Apesar das mulheres terem obtido avanços em termos do reconhecimento social e no mercado de trabalho, muitas acabam por ter dupla ou até tripla jornada de trabalho, pois além do trabalho fora de casa, o seu âmbito particular ainda impõe cuidados com a casa, com os filhos e o marido (KURZ; DA LUZ, 2014).

As diferenças encontradas entre homens e mulheres podem impactar em todas as áreas de suas vidas, inclusive em questões ligadas ao suicídio. O fato estatisticamente indicado de que homens cometem mais suicídio, ao passo que mulheres tem maiores índices de tentativas de suicídio, é explicado por Meneghel e outros (2012) a partir da concepção de que os homens teriam a energia e coragem para cometer o ato, enquanto mulheres seriam incapazes de conseguir finalizá-lo devido à construção social do cuidado.

2.2. Suicídio

Suicídio pode ser descrito como o ato deliberado de se matar, sendo um ato consciente e intencional. Por outro lado, é chamado de comportamento suicida as tentativas de suicídio, qualquer pensamento suicida e os planos que o indivíduo idealiza para execução da tentativa, mas sem o ato propriamente dito (Associação Brasileira de Psiquiatria, 2014).

Outra forma de definir o suicídio é "todo caso de morte que resulta direta ou

indiretamente, de um ato positivo ou negativo, executado pela própria vítima e que ela sabia que deveria produzir esse resultado” (DURKHEIM, 2000, p. 11).

Deve-se diferenciar a ideação suicida e o suicídio. A ideação é o pensamento, planejamento, que é tão comum como o sentimento de alegria e tristeza (SILVA et al., 2006). Nesse sentido Bertolote e outros (2010, p. 589) acentuam:

Não podemos esquecer que há uma coexistência de desejos e atitudes antagônicas que capturam a indecisão do indivíduo frente à vida. Ele deseja morrer e, simultaneamente, deseja ser resgatado ou salvo. Atos estereotipados de tomar psicotrópicos e telefonar em seguida para conhecidos solicitando ajuda expressam ambas as faces do ato. A maioria dos pacientes suicidas é ambivalente, incorpora uma batalha interna entre o desejo de viver e o desejo de morrer.

O suicídio é uma decisão definitiva para uma questão provisória, mas para a pessoa que vivencia a dor, o sofrimento, a perturbação e turbulência, a percepção é que não há outra solução possível.

O suicídio é visto como um ato de desespero, podendo ser impulsivo ou premeditado, quando muitas vezes o ato é cometido, não é porque a pessoa não quer mais viver, e sim por que ela não quer mais sofrer.

O suicida é a pessoa que passa do planejamento ao ato, que pode ser tanto uma tentativa sem sucesso quanto o ato consumado. O suicídio é uma das três principais causas de morte entre jovens e adultos segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2012), e deve ser entendido como resultado de uma complexa interação de fatores psicológicos e biológicos, inclusive genéticos, culturais e socioambientais.

Para Durkheim (2000), a pessoa, ao cometer o suicídio, não está em boa saúde mental. A OMS (2000, p. 19) fortalece esse argumento ao apontar que “[...] estudos em diferentes regiões do mundo têm demonstrado que, na quase totalidade dos suicídios, os indivíduos estavam padecendo de um transtorno mental”.

Por conta da quantidade de casos, falar sobre o suicídio é falar sobre a saúde pública, mesmo que não haja tanta notoriedade na sociedade. Sobre a quantidade de casos, Souza e outros (2011, p. 295) apontam que os

Dados da OMS mostram que, no ano de 2000, 1 milhão de pessoas cometeram suicídio no mundo, o que representou uma morte a cada 40 segundos. Anualmente, 10 a 20 milhões de pessoas tentam o suicídio. O Brasil apresenta uma taxa geral de suicídio considerada baixa na escala mundial (4 a 6 óbitos por 100.000 habitantes), ocupando o 71º lugar quando comparado com outros países no mundo e 9ª posição em números absolutos de mortes por suicídio.

Além da epidemiologia destacada pela OMS, é importante analisar a segmentação destes dados em termos de idade, nível socioeconômico, acesso a dispositivos de saúde, e também no que tange ao sexo e a questões de gênero. A esse respeito, uma primeira diferença entre o homem e a mulher é que

Na maioria dos países ocidentais ocorre alta frequência de tentativas de suicídio entre mulheres, enquanto o suicídio consumado acontece mais em homens, situação descrita como o 'paradoxo do suicídio'. Considerando-se apenas o suicídio consumado, este é um problema masculino, porém, caso se acrescente as tentativas, ocorre uma elevada carga de doença para as mulheres (MENEHHEL et al., 2012, p.1984).

Ribeiro e outros (2018, p. 7) complementam essa análise, destacando a diferença nos métodos escolhidos por homens e mulheres:

[...] estudos mostram que os homens cometem mais suicídio do que as mulheres e os métodos utilizados são de alto grau de letalidade, como enforcamento, uso de arma de fogo e precipitação de locais elevados. As mulheres apresentam maior número de tentativas de suicídio através de ingestão de medicamentos e outras substâncias tóxicas (RIBEIRO et al., 2018, p. 7).

Levando-se em consideração esses aspectos, pode-se argumentar que essas diferenças não podem ser completamente explicadas pelo sexo biológico, mas sim por aspectos sociais que configuram o que as ciências sociais chamam de gênero. “Os cuidados em geral são percebidos como feminino isso existe por que os homens são influenciados por ideias hegemônicas dos padrões do senso comum que consagram o homem como forte, invencível e dominador” (PEREIRA, 2009, p. 6). Maravieski e Serralta (2011, p. 487) complementam: “Desconsiderando a variável idade, as mulheres procuram mais atendimento psicológico do que os homens”.

Sobre o papel social masculino, Meneghel e outros (2012, p. 1988) relatam que:

No mundo ocidental, o papel masculino hegemônico é definido segundo quatro atributos principais: Estoicismo (um homem não pode expressar sentimentos), Autonomia (precisa resolver seus problemas sem buscar ajuda), Sucesso em todos os tipos de empreendimentos e Agressividade.

Mas não seria somente por isso que os índices de mortalidade por suicídios dos homens são maiores do que as mulheres:

Existem algumas tentativas de explicação: 1) os homens usam meios violentos; 2) as mulheres, em nossa cultura, são encorajadas a não expressarem a sua agressividade - e os impulsos represados podem irromper, com mais facilidade, num ato auto agressivo; 3) existe uma maior coação da sociedade contra determinados aspectos na mulher: por exemplo, rotula-se mais facilmente uma mulher promíscua do que um homem, ou, condena-se mais uma moça que brigue ou desobedeça seus pais do que um rapaz na mesma situação (CASSORLA, 1984, p. 86).

A própria escolha do método para o suicídio (agressivo ou não) pode ter relação com a criação direcionada a papéis de gênero (BRAGA; DELL'AGLIO, 2013). As mulheres tentam mais suicídio do que os homens, porém com menos êxito (Meneghelet al., 2004), devido a fatores protetores como baixa prevalência de alcoolismo, religiosidade, atitudes flexíveis às disposições sociais, reconhecimento precoce de sinais de risco da depressão e suicídio, além de maior disposição em buscar ajuda ou redes de apoio.

Para além dos fatos, ainda existem crenças sobre o suicídio que reduzem o sucesso de quaisquer políticas públicas. Uma das mais comuns envolve a noção de que o ato suicida se dá pela falta de religião. Contudo, é oportuno mencionar que:

A fé pode proteger contra o suicídio, uma vez que proporciona um sistema estruturado de crenças e, em geral, advoga em prol da adoção de um comportamento que pode ser considerado benéfico em termos físicos e mentais. No entanto, muitas crenças e comportamentos influenciados pela religião e pela cultura aumentam o estigma em relação ao suicídio e podem desencorajar a procura por assistência médica (BOTEGA, 2015, p.34).

O suicídio é um fato que atinge todas as classes sociais, sem distinção. Mesmo pessoas cercadas de fama, sucesso e dinheiro cometem suicídio, indicando que esses aspectos não representam necessariamente fatores de proteção (SOLOMON, 2018). De fato,

O suicídio é cercado pelo desconhecimento, medo, preconceito, incômodo e atitudes condenatórias, o que leva ao silêncio a respeito do problema. O suicídio ainda é visto como um problema individual, o que dificulta muito o seu entendimento como um problema que afeta toda a sociedade (MOURA et al., 2011, p. 13).

É preciso discutir este assunto de maneira adequada, sem tabus ou preconceitos, de modo que a pessoa com ideação suicida possa buscar meios para enfrentar essa

situação.

2.3. Estratégias de enfrentamento

Atento ao problema que o suicídio representa, o Brasil desenvolve em 2006, através do Ministério da Saúde, o Manual de Prevenção de Suicídio. Esse material é voltado para os profissionais que compõem as equipes de saúde mental que trabalham na linha de frente com potenciais suicidas e que necessitam desenvolver condições para a prevenção desses atos. O manual ainda esclarece acerca da importância da valorização das equipes dos Centros de Atenção Psicossocial na prevenção do suicídio. Ele ainda auxilia na abordagem adequada da aproximação das pessoas que procuram ajuda, e também faz referência sobre o manejo de pacientes e encaminhamento dos mesmos, quando estes estiverem sob risco de suicídio (BRASIL, 2006).

Além da estratégia estatal, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), em parceria com o Conselho Federal de Medicina (CFM), organiza nacionalmente o Setembro Amarelo desde 2014, usando uma campanha para abordar o assunto, divulgando não só informações relevantes, como a importância de conscientização (SETEMBRO AMARELO, acesso em 04 jun. 2021). É inegável a importância desse tipo de ação, principalmente

Em uma sociedade que não quer saber da morte, que busca escondê-la ou afastá-la a todo custo para impedir que ela aconteça, alguém que tente ou que consiga tirar voluntariamente a própria vida, só poderia ser considerado, no jargão mais “senso comum” possível, um louco (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013, p.17).

Também no ano de 2014, a ABP lança a cartilha “Suicídio: informando para prevenir”. Esse material sugere um processo de adaptação diante da perda da morte por suicídio, ato que atinge a família, amigos e pessoas próximas. Partindo desse princípio, quando ocorre uma morte por suicídio, uma parte da sociedade sofre seus efeitos. Assim, os dados coletados indicam que para cada suicídio cometido, cerca de 60 pessoas são diretamente afetadas. O material ainda sugere que o paciente e a família recebam acompanhamento no intuito de impedir novas tentativas e que o luto seja acompanhado de perto (ABP, 2014).

Os meios de comunicação também podem desempenhar um papel ativo na

prevenção do suicídio, uma vez que influenciam nas crenças, atitudes, comportamentos e práticas políticas. Porém, a OMS (2000, p. 7) afirma que para se noticiar o suicídio devem-se adotar alguns cuidados:

As estatísticas devem ser interpretadas cuidadosamente e corretamente; • fontes de informação confiáveis e autênticas devem ser usadas; • comentários improvisados devem ser feitos cuidadosamente, a despeito das pressões de tempo; • generalizações baseadas em fragmentos de situações requerem atenção particular; • expressões como “epidemia de suicídio” e “o lugar com a mais alta taxa de suicídio do mundo” devem ser evitadas; • deve-se abandonar teses que explicam o comportamento suicida como uma resposta às mudanças culturais ou à degradação da sociedade.

Deve-se também evitar sensacionalismo, julgamentos, normatização do suicídio ou até mesmo falar de forma simplória; é também relevante evitar destaque ao tema, assim como evitar informações de métodos, exposição de imagens e cartas deixadas (FERREIRA, 2021).

2.3.1. O Centro de Valorização da Vida - CVV

Uma instituição diretamente voltada para o tema do suicídio é o Centro de Valorização da Vida (CVV), que capacita voluntários para atendimento presencial e telefônico visando a prevenção do suicídio. O CVV não tem fins lucrativos, e oferece apoio emocional e acolhimento a toda e qualquer pessoa que busca seus serviços. De forma geral, “[...] a finalidade não está em resolver um problema, mas sim em ajudar o indivíduo a obter a independência e o amadurecimento que lhe permitam resolver outros problemas no futuro” (DOCKHORN, WERLANG, 2008, p.195).

Os contatos com o CVV são feitos pelo telefone 188 (o qual, funciona 24 horas), pessoalmente, em postos de atendimento, pelo site www.cvv.org.br, por chat e e-mail. Nestes canais, são realizados mais de 2 milhões de atendimentos anuais, por aproximadamente 3.400 voluntários, localizados em 24 estados brasileiros mais o Distrito Federal (SILVEIRA et al., [s.d.], p. 5).

A ação social do Centro de Valorização da Vida no Brasil é parte da Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio, que busca diminuir as taxas de suicídio e tentativas, em vários contextos da sociedade, atendendo todas as pessoas independentes do sexo ou idade, visando acolhimento para que a pessoa tenha uma vida mais leve e como efeito prevenindo o suicídio (DOCKHORN, WERLANG, 2008, p.195).

Em 2018, o Governo Federal tornou gratuitas as ligações para o número 188 de qualquer lugar do Brasil, como uma forma de disponibilizar o atendimento a todos os cidadãos e reforçar o processo de prevenção por meio da comunicação (SILVEIRA, et al.[s.d.]).

O trabalho do voluntário do CVV exige um forte envolvimento, não só emocional, mas também na sua disponibilidade de horário doado ao posto. Cada voluntário atua em plantões de quatro horas e meia de duração, e quinzenalmente um plantão de oito horas. Além da pontualidade exigida, o voluntário deve se manter disponível e preparado para ajudar, buscando sempre se aperfeiçoar dedicando-se a leituras (DOCKHORN, WERLANG, 2008, p.195).

Considerando as diferenças entre homens e mulheres no que tange a ideação suicida e as tentativas de suicídio, surge a pergunta que norteia a realização desta pesquisa: como o trabalho realizado pelo CVV leva em consideração as diferenças entre homens e mulheres com ideação suicida?

3 METODOLOGIA

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa exploratória, visto que o mesmo busca conhecer mais a fundo o tema que ainda é pouco conhecido. Segundo Raupp e Beuren (2006) o estudo exploratório, consiste em explorar novas dimensões até então não conhecida ou buscar mais conhecimento sobre a pesquisa. A abordagem escolhida foi qualitativa, pois possibilita maior aprofundamento no assunto Gênero, suicídio e o trabalho do CVV diante da estratégia enfrentamento ao suicídio, no qual Dalfovo (2008, p.06) salienta que:

A pesquisa qualitativa, por sua vez, descreve a complexidade de determinado problema, sendo necessário compreender e classificar os processos dinâmicos vividos nos grupos, contribuir no processo de mudança, possibilitando o entendimento das mais variadas particularidades dos indivíduos.

Foi utilizado como método desta pesquisa o estudo de caso, no qual segundo Yin (2001 apud GIL, 2002, p. 54), “[...] é encarado como o delineamento mais adequado para a investigação de um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto real, onde os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente percebidos”

O presente trabalho conta também com a pesquisa bibliográfica a partir de livros e artigos, em três repositórios eletrônicos de artigos científicos – SciELO (Scientific Electronic Library Online), Google acadêmico e Bvs-psi, salientando que o levantamento bibliográfico tem o objetivo de transportar ao leitor tudo que já foi produzido sobre o tema, propiciando novos entendimentos para conclusões inovadoras (LAKATOS; MARCONI, 1996).

Os dados e informações do CVV foram buscados no site da própria associação, que relata a sua disponibilidade e a forma como trabalham. A partir da coleta de dados sobre a associação e sobre as temáticas de suicídio e gênero, passou-se ao momento seguinte de coleta de dados, que contou com a colaboração de voluntários do CVV. Após assinarem um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido contendo todas as informações necessárias para sua participação na pesquisa, ocorreu a realização das entrevistas para o levantamento de dados sobre o atendimento e abordagens direcionados aos indivíduos em tentativas de suicídio. Importante ressaltar o anonimato dos respondentes, bem como o fato de que não será realizada nenhuma avaliação ou análise individual das respostas dadas. Por não expor a individualidade das pessoas que participaram da pesquisa, nem efetuar análises individualizadas sobre seu trabalho, esta investigação atende à resolução CNS 466/12, que normaliza as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Os dados coletados foram analisados à luz das teorias encontradas, em busca de similaridades e diferenças que permitam identificar as maneiras pelas quais o CVV trabalha sua atuação a partir da perspectiva de gênero. As respostas dadas foram transcritas de forma literal, mantendo-se eventuais erros gramaticais e a oralidade derivada do próprio formato da entrevista.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo quatro pessoas que atuam como voluntários nos CVVs de Vitória-ES, Governador Valadares-MG, Ipatinga-MG e Brasília-DF, sendo três do sexo feminino e um do sexo masculino. O tempo de atuação junto ao CVV varia entre 18 meses e 23 anos, aspecto que pode afetar algumas respostas

dadas.

De acordo com as respondentes (que serão tratadas apenas pela inicial de seu nome), o trabalho é em formato de plantão semanal, com duração de 4h. Em um plantão normal, pode-se atender em torno de 13-14 pessoas, mas há plantões em que a quantidade de atendimentos é bem inferior, uma vez que “[...] a quantidade de ligações varia, pois pode ser de 5 minutos até 1 hora cada ligação” (L). Já (A) afirma que “A procura pelo serviço do CVV vem crescendo ano a ano. Em 2020, tivemos aproximadamente 3 milhões de atendimentos por telefone (188), e-mail e chat. Como o serviço é nacional, nosso número é nacional”.

Não há um direcionamento de atendimentos para um voluntário ou outro, como afirma (L):

Todos os voluntários são aptos de maneira igual (no atendimento telefônico, atendimento presencial não tem na minha cidade), portanto qualquer pessoa que ligar, não importa o motivo, é atendido por qualquer voluntário que está de plantão no momento. As ligações são nacionais, portanto o atendimento é direcionado para qualquer posto de atendimento do Brasil.

O CVV tem ganhado bastante notoriedade nos últimos tempos, e o número de pessoas que estão entrando em contato frequentemente também. Mesmo tendo vários postos de atendimento em todo o Brasil e vários voluntários, ainda existe uma demanda acima da capacidade da instituição, fato perceptível a partir da constatação de que quando se entra em contato com o CVV, o atendimento não é imediato (deve-se aguardar a linha ficar disponível). De acordo com o exposto, (N) salienta que:

Quando uma pessoa liga 188 qualquer lugar do Brasil pode me atender, como somos 4 mil voluntários no Brasil, atualmente uma média de 3 mil por causa da pandemia, de acordo o número da população brasileira isso é o mínimo e então isso faz com que as pessoas desistam, por que as vezes e o vigésimo terceiro na linha e claro que isso é rápido ne, ou mais ou menos rápido, mas quando você liga, você quer ser atendido na hora.

Para atuar como voluntário no CVV é preciso fazer a inscrição no site da instituição, se disponibilizando e posteriormente realizando um treinamento oferecido pelo próprio CVV. Esses voluntários não necessariamente precisam de uma formação em nível superior, visto que alguns tem uma graduação e outros não. A esse respeito, cabe acrescentar que:

[...] o CVV oferece a todos os voluntários estrutura de apoio e desenvolvimento para melhor desempenho do serviço. Além do curso inicial, para tornar-se voluntário, há cursos para aprofundamento da filosofia, dos atendimentos, reciclagens, reuniões em pequenos e grandes grupos para treinamento contínuo (A).

Os voluntários aprendem os protocolos de atendimento já existentes, tendo inclusive um protocolo para atender o usuário que fica em silêncio. Para realizar os atendimentos são impostas algumas regras, como por exemplo não realizar aconselhamento individualizado. Entende-se, a partir das respostas obtidas, que nenhum protocolo direciona o atendimento em relação a questões de gênero. É acentuado apenas que no treinamento inicial os voluntários precisam se desprender de suas crenças e valores, como retrata a participante (A):

No treinamento, o voluntário aprende que o CVV não tem sexo, nem religião, nem cor, [...] Se o voluntário não consegue separar suas ideologias, preconceitos ou religião do atendimento, ele não serve para o CVV e é convidado a se retirar, ou nem conclui o treinamento se for percebido a tempo.

Ainda sobre o atendimento voluntário, no que se refere aos protocolos de atendimento, o participante (C) afirma que:

Protocolo formal, não. Porque cada ligação é diferente da outra, mesmo que seja pessoa que liga repetidamente. Existe um treinamento aos voluntários para efetuar o diálogo da relação de ajuda que se utiliza alguns aspectos parciais da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), de Carl Rogers. Tem algo (parte) da Comunicação Não Violenta (CNV). Repito, não existe e nem é permitida atuação terapêutica. O diálogo visa ter respostas dos voluntários que promovem a melhor forma de ouvir e atender, no sentido de evitar ao máximo, palavras que possam causar qualquer tipo de sofrimento, julgamento ou ameaça para quem liga.

O trabalho no CVV é feito de maneira preventiva, acolhendo as pessoas sem julgamentos. Esse acolhimento é totalmente sigiloso, de modo que as pessoas que ligam não precisam se identificar. O CVV trabalha baseado na ideia de que todas as pessoas são iguais, de modo a não individualizar as questões trazidas por cada indivíduo. Sobre o exposto, a participante (N) destaca: “[...] o que a gente entende é que o ser humano não importa nada a cor, o nível de raça não interfere no sentimento né, lógico que pode causar uma dor, mas a gente vai lidar com essa dor, não com a individualidade dela”.

Em seu trabalho, os voluntários do CVV buscam compreender e ter empatia com as pessoas que os procuram, oferecendo condições para que essas pessoas

possam desabafar e falar dos seus sentimentos e angústias. A participante (N) acrescenta que “agente busca compreender a pessoa, a gente respeita o tempo dela e a forma de estar se sentindo e aceitação né, que a gente não tem que aceitar necessariamente o que a pessoa faz, mas tem um ser humano ali por trás”.

Apesar do CVV trabalhar em prol da prevenção do suicídio, os voluntários não têm total domínio do tema “suicídio”, como afirma o participante (C):

No CVV, a atuação é exclusiva na forma de prevenção ao suicídio, e concentra a atenção para o diálogo em que se facilita o desabafo. E assim, não possui foco na temática do suicídio e não se compõe de pessoas que possuem conhecimento nesse tema.

Ainda de acordo com o sigilo das ligações, visando preservar o anonimato das pessoas que procuram o CVV, não é realizado nenhum tipo de registro específico das pessoas que procuram o serviço. Isso impede que se realize qualquer tipo de acompanhamento após o atendimento inicial, uma vez que não se tem nenhum contato (endereço, telefone, e-mail) registrado. A participante (N) descreve que “a única identificação é quando a pessoa liga e as vezes fala o nome, mas mesmo assim nem isso é necessário, não é necessário de onde ela está falando né, ela liga, a gente faz o trabalho de apoio emocional e pronto”.

Levando em consideração o CVV e questões de gênero, observou-se que o CVV não trabalha com diferenciações entre o sexo feminino e masculino. A respeito das diferenças entre homens e mulheres no que tange o suicídio, três das quatro pessoas que participaram afirmam que existem diferenças a considerar. Por outro lado, a participante (A) afirma que, na sua visão, o suicídio não teria relação com o gênero. A participante salientou que “[...] a pessoa que pensa em suicídio, pensa em escapar de suas angústias, muitas vezes insuportáveis, seja ela de qual for o gênero, etnia ou posição social. Sabe-se que os homens morrem mais por suicídio, e as mulheres tentam mais” (A).

O participante (C) reconhece que existem diferenças na abordagem e relatos entre homens e mulheres, porém salienta que “Mesmo que as palavras proferidas possam ter abordagens diferentes dentre homens/mulheres, a dor e o sofrimento os iguala, e o CVV procura focar nos sentimentos, então, por fim, todos resultam no mesmo ponto”.

A não identificação das pessoas que buscam o CVV inviabiliza a produção de dados estatísticos sobre quem o procura mais, se homens ou mulheres. Contudo, uma respondente (L) relata a sensação de atender mais homens em seus plantões. A mesma respondente salienta ainda que o comportamento de demonstrar mais resistência em falar (mesmo tendo buscado o CVV) é mais comum entre homens. Estes aspectos, caso sejam comprovados estatisticamente, poderiam subsidiar uma maior preocupação no sentido de desenvolver materiais de apoio voltados para as especificidades apresentadas por estes homens.

Essa necessidade se torna mais visível a partir do fato relatado por duas respondentes, de que as queixas trazidas por homens e mulheres diferem bastante. Enquanto homens relatam relacionamento e solidão, mulheres em geral trazem depressão e orientação sexual como queixas recorrentes.

Cabe também destacar a diferença entre os percursos de homens e mulheres até o ato suicida trazida por (N), que acrescenta:

A mulher tenta mais que o homem, então o homem é mais certo do que vai fazer, a mulher entra em contato com a dor muito grande o que ela tem a mão, remédio e ela vai lá e toma, o homem vai acumulando e quando vai resolve ele faz de verdade.

Interessante notar o fato de que uma respondente (L) afirma, inicialmente, que questões culturais e de gênero não interferem na ideação suicida, como indicado nas respostas a seguir:

P. Na sua opinião, questões culturais influenciam na ideação suicida e na incidência de tentativas de suicídio?

R. Eu acho que não. Cada um tem seu motivo, mas não posso dizer se esse motivo é de origem cultural.

P. As pressões sociais que incidem sobre homens e mulheres têm efeito sobre a incidência de ideação suicida?

R. Sim. Mas sem diferenciar o gênero. Independente do sexo, se a pessoa está sofrendo e se sentindo pressionada a cometer suicídio, ela irá tentar.

Contudo, mais adiante a mesma respondente aponta acreditar que a diferença nos modelos de criação de homens e mulheres exerce influência nas ideações suicidas, como destacado no trecho a seguir:

Eu acredito que o homem que foi criado com essa crença, ao lidar com uma situação difícil, que não vê solução, acha que a única solução é se matar a tentar seguir em frente, seja qual for a causa que o atormente. Eu acho que mulheres tem mais facilidade a começar de novo, lutar, tentar (L).

Desta forma, é possível inferir que nem todos os voluntários no CVV tenham total ciência do que são questões culturais ou de gênero, embora seja possível que eles reconheçam seus efeitos sobre a subjetivação de homens e mulheres em nossa sociedade. Desta forma, ainda que não se estabeleçam protocolos específicos para o atendimento de homens e mulheres, vale a pena considerar a possibilidade de oferecer treinamentos e cursos de formação para desenvolver junto aos voluntários a percepção das questões de gênero e seus impactos sobre as pessoas e sobre a sociedade.

Por fim, cabe destacar a diferença nas visões apresentadas pelos respondentes, que quando questionados em como acham que as populações veem o CVV, cada uma trouxe uma perspectiva diferente. A participante (A) afirma: “[...] acreditamos que as pessoas veem o CVV como um serviço de apoio emocional, ao qual podem recorrer em um momento de dor, de angústia, no qual ela sente necessidade de compartilhar com alguém”. Por sua vez, (L) acredita que “acham que todos os atendentes são psicólogos (o que não é verdade); que é disk-sexo infelizmente, que é disk-oração, que é um momento de lazer para bater papo”. A visão de (N) é bem mais positiva: “Hoje é muito respeitado tá, não que não fosse antes, [...], o CVV sempre foi respeitado, mas hoje ele é mais conhecido, ainda não tanto como deveria”. Por fim, (C) relata que, “[...] atualmente, é reconhecido como uma importante instituição que colabora na prevenção do suicídio, que é questão de saúde pública”. Considerando que cada uma destas visões pessoais refletem uma visão compartilhada na sociedade, cabe pensar na necessidade de se popularizar o CVV e seu trabalho, e essa ampliação de sua presença na sociedade passa necessariamente por uma discussão urgente acerca do suicídio e de todos os tabus envolvidos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O suicídio é considerado como um importante problema de saúde pública, devido ao seu alto índice de mortes, que por sinal vem apresentando aumento a cada ano.

Embora o caminho que leva uma pessoa a desenvolver ideações suicidas ou efetivamente decidir realizar o ato seja complexo e multifacetado, é possível apontar alguns aspectos sociais que incidem sobre este processo, em especial aspectos de gênero. Quantidade de suicídios consumados, métodos utilizados, além da própria busca por ajuda são afetados pela construção social de homens e mulheres.

Desta forma, as diferenças culturais entre mulheres e homens podem ser fatores determinantes para a ideação e para o comportamento suicida, de modo que este assunto poderia ser abordado pelos serviços de prevenção ao suicídio disponíveis no Brasil.

Pelo exposto, infere-se que há necessidade de se discutir de forma transparente e comum o suicídio, seus determinantes e os tabus sociais relativos ao tema, para que as pessoas possam notar comportamentos suicidas, ou mesmo dar o apoio necessário para que pessoas em sofrimento possam buscar ajuda sem medo de serem ajudados. Outro fator importante a considerar é que o suicídio também pode causar grandes impactos na vida das pessoas que estão à volta do suicida.

Contudo, um ponto importante a ser considerado é o fato do tamanho do país. Isso impede que o desenvolvimento de uma estratégia desenvolvida em escala nacional seja efetivamente capaz de mostrar resultados de forma linear. Nesse sentido, a OMS (2012) destaca:

Apesar de ser difícil avaliar uma estratégia nacional de prevenção de suicídio como um todo, as avaliações de componentes individuais de uma estratégia nacional a intervalos razoáveis oferecem oportunidades para examinar criticamente o resultado e impacto de intervenções vis-à-vis os objetivos declarados. As avaliações podem também indicar se é tempo para fazer mudanças no processo de intervenção ou incrementar intervenções. Para alcançar tudo o acima exposto, a avaliação precisa ser planejada e acordada antecipadamente para assegurar o envolvimento de todos os interessados relevantes, incluindo inputs de pessoal chave envolvido na implementação de um programa ou intervenção específica, bem como *feedback* de membros da comunidade (p. 23).

Para além de todas as dificuldades, o CVV vem realizando um trabalho belíssimo na prevenção do suicídio, e isso não pode ser desconsiderado. Contudo, a partir das respostas obtidas, pode-se afirmar que o CVV não insere em seu trabalho questões de gênero. Os próprios voluntários muitas vezes não sabem se estão

falando com um homem ou com uma mulher na ligação telefônica, já que o CVV trata a sociedade como um todo de formas iguais, de modo a não individualizar as questões trazidas por cada indivíduo. A filosofia de trabalho da instituição entende que a pessoa com ideação suicida está querendo apenas fugir de seu sofrimento, seja ela homem ou mulher.

Acredita-se que o CVV atribuindo ao seu trabalho o uso de categoria de gênero possa contribuir para o atendimento de prevenção mais assertivo, pois seria um atendimento mais direcionado. Esta mudança levaria em consideração as questões culturais de cada um, visto que, a maneira de agir dos homens e das mulheres é totalmente distinta, onde um apresenta demandas diferente do outro. É oportuno o investimento em pesquisas para maior conhecimento dessas diferenças, pois essa inclusão pode melhorar na forma de lidar com o indivíduo que procura o CVV e na forma de enfrentamento, sendo capaz até mesmo de haver uma redução da ocorrência de comportamento suicida, uma vez que, terão maior conhecimento e domínio na forma de acolhimento.

Por fim, o desafio de enfrentamento é muito grande pois envolve cultura, gênero e todos os aspectos criados desde o nascimento para o desenvolvimento do comportamento de cada sexo, no qual influenciam na sua forma de ideação suicida e métodos, salientando que poucas pessoas ainda não tem conhecimento da diferenciação que existe da ideação suicida entre os homens e as mulheres, incluindo a escassez de bibliografia atualizada, e afim de que tenham uma maneira mais assertiva de acolhimento para o enfrentamento, é necessário que as pessoas trabalhem em conjunto com a sociedade, não podendo depender apenas do setor da saúde; é necessária uma nova revisão de políticas de prevenção ao suicídio que inclua a temática desta pesquisa, para que se possam vencer.

6 REFERÊNCIAS

Associação Brasileira de Psiquiatria. Comissão de Estudos e Prevenção do Suicídio. **Suicídio: informando para prevenir.** Brasília: CBM/ABP. 2014. Disponível em: <<http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/index9/?numero=14>>. Acesso em: 01 maio 2021.

BANDEIRA, E.; DOMINGUES, J. V. Entre malhas, sapatilhas e corpos esguios: as masculinidades do ballet clássico em Rio Grande. In: **Anais do V Congresso Sulbrasileiro de Ciências do Esporte.** UIVALI – Itajaí– SC 23 a 25 de setembro de

2010). Disponível em:

<<http://cbce.tempsite.ws/congressos/index.php/sulbrasileiro/vcsbce/paper/viewFile/2129/1028>>. Acesso em: 19 abr. 2021.

BERTOLETE, J. M. et al. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 32, supl. 2, p. 587-595, 2010.

BOTEGA, N. J. **Crise suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BRAGA, L. L., DELL'AGLIO, D. Suicídio na adolescência: fatores de risco, depressão e gênero. **Contextos Clínicos**, São Leopoldo, v. 6, n. 1, p. 2-14, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Estratégia nacional de prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_prevencao_suicidio_saude_mental.pdf> Acesso em: 01 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Brasília. v. 48, n. 30, p. 1-14, 2017.

CASSORLA, R. M. S. **O que é suicídio**. São Paulo: Brasiliense, 1984.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **O suicídio e os desafios para a psicologia**. Brasília, DF, 2013.

CVV. **O CVV**. Disponível em: <https://www.cvv.org.br/o-cvv/>. Acesso em: 8 abr. 2020.

DALFOVO, Michael Samir; LANA, Rogério Adilson; SILVEIRA, Amélia. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista interdisciplinar científica aplicada**, v. 2, n. 3, p. 1-13, 2008.

DOCKHORN, Carolina Neumann de Barros Falcão; WERLANG, Blanca Susana Guevara. Programa CVV: Prevenção do suicídio no contexto das hotlines e do voluntariado. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 7, n. 2, p. 183-198, 2008.

DURKHEIM, E. **O Suicídio: Um Estudo Sociológico**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

FERREIRA, Renata da Silva et al. Notícias sobre suicídio veiculadas em jornal brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 1565-1574, 2021.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 6. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

GIL, Antonio Carlos et al. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

GOULART JÚNIOR, Paulo. Cromossomos sexuais: a determinação do sexo. **Série-Estudos-Periódico do Programa de Pós-Graduação em Educação da UCDB**, 1994.

GUERRA, Claudia. Menino brinca de boneca e menina de carrinho? **Revista de Educação Popular**, v. 6, n. 1, 2007.

KURZ, Marcio Rogério; DA LUZ, Nanci Stancki. Divisão sexual do trabalho no Brasil: mulher cuidadora e homem provedor? **Cadernos de Gênero e Tecnologia**, p.55-63, 2014.

MARAVIESKI, S. SERRALTA, F. B. Características clínicas e sociodemográficas da

clientela atendida em uma clínica-escola de psicologia. **Temas em Psicologia**, v. 19, n. 2, p. 481-490, 2011.

MELLO-SANTOS, C. BERTOLOTE, J. M. & WANG, Y. Epidemiologia do suicídio no Brasil (1980-2000): caracterização das taxas de suicídio por idade e gênero. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, p. 131-134. 2005.

MENEGHEL, S. N. et al. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, p. 804-810, 2004.

MENEGHEL, S. N. et al. Suicídio de idosos sob a perspectiva de gênero. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 1983-1992, 2012.

MOURA, A. T. M. S. et al. **Prevenção do suicídio no nível local**: orientações para a formação de redes municipais de prevenção e controle do suicídio e para os profissionais que a integram. 2011.

NUNES, C. SILVA, E. **A educação sexual da criança**: subsídios para uma abordagem da sexualidade para além da transversalidade. São Paulo: Autores Associados, 2000.

OLIVEIRA, Andréa Carla Ferreira et al. Setembro Amarelo e os enlutados por suicídio: relato de experiências. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 2, p. 6518-6524, 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Ação de saúde pública para a prevenção de suicídio**: uma estrutura. OMS, 2012. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/07/documento-suic%C3%ADdio-traduzido.pdf>> Acesso em: 01 maio 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do Suicídio**: Manual para profissionais da mídia. Genebra, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio**: um manual para profissionais da saúde em atenção primária. Genebra, 2000. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_phc_port.pdf> Acesso em: 01 maio 2021

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevención del suicídio**: um imperativo global. Washington, 2014.

PAULSON, Susan. Sexo e gênero através das culturas. **Coletânea gênero plural**. Curitiba: UFPR, 2002.

PEREIRA, A. K. D. Saúde do Homem: até onde a masculinidade interfere. **II Seminário Nacional de Gênero e Práticas Culturais**. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2009.

PRAUN, Andréa Gonçalves. Sexualidade, gênero e suas relações de poder. **Revista Húmus**, v. 1, n. 1, 2011.

RAUPP, Fabiano Maury; BEUREN, Ilse Maria. Metodologia da pesquisa aplicável às ciências. **Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: teoria e prática**. São Paulo: Atlas, p. 76-97, 2006.

RIBEIRO, N. M. et al. Análise da tendência temporal do suicídio e de sistema de informações em saúde em relação as tentativas de suicídio. **Texto contexto - enfermagem**. Florianópolis, v. 27, n. 2, 2110016, 2018.

SCHLEMM, J. J. **O suicídio e o luto materno**. 2016.

SILVA, V. F. et al. Fatores associados à ideação suicida na comunidade: um estudo de caso-controle. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 1835-1843, 2006.

SILVEIRA, L. R. et al. **Campanha Setembro Amarelo no Brasil**: O marketing social como meio de prevenção do suicídio.

SOLOMON, A. **Um crime da solidão**: Reflexões sobre o suicídio. 1.^a ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2018.

SOUZA, V. S. et al. Tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio em um município no interior da Bahia. **J. bras. psiquiatria**, Rio de Janeiro , v. 60, n. 4, p. 294-300, 2011.