



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

SIMONE SANTOS SOUZA

**TENTATIVA DE SUICÍDIO POR MULHERES: REPRESENTAÇÕES
SOCIAIS DE MÉDICOS(AS), ENFERMEIRAS(OS) E TÉCNICAS(OS) DE
ENFERMAGEM**

**SALVADOR
2012**

SIMONE SANTOS SOUZA

**TENTATIVA DE SUICÍDIO POR MULHERES: REPRESENTAÇÕES
SOCIAIS DE MÉDICOS(AS), ENFERMEIRAS(OS) E TÉCNICAS(OS) DE
ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Enfermagem, Área de Concentração: Gênero, Cuidado e Administração em Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Normélia Maria Freire Diniz

Co-orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Nadirlene Pereira Gomes

**SALVADOR
2012**

S719t Souza, Simone Santos.

Tentativa de suicídio por mulheres [manuscrito]:
representações sociais de médicos (as), enfermeiras (os) e
técnicas (os) de enfermagem / Simone Santos Souza. – 2011.

124 f.; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia
(UFBA), Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem, 2011.

“Orientadora: Pof^a Dr^a Normélia Maria Freire Diniz”

“Co-orientadora: Pof^a Dr^a Nadirlene Pereira Gomes”

1. Suicídio – Brasil. 2. Mulheres – Comportamento suicida.
3. Suicídio – Aspectos sociais. 4. Suicídio – Aspectos
psicológicos. 5. Medicina – Brasil. I. Diniz, Normélia Maria
Freire. III. Universidade Federal da Bahia. Escola de
Enfermagem IV. Título. V. Título: Representações sociais de
médicos (as), enfermeiras (os) e técnicas (os) de enfermagem.

CDU 616.89-

008.4441.44

Ficha catalográfica elaborada por *Ana Bárbara N. Fortunato* CRB/5-1297

SIMONE SANTOS SOUZA

**TENTATIVA DE SUICÍDIO POR MULHERES: REPRESENTAÇÕES
SOCIAIS DE MÉDICOS(AS), ENFERMEIRAS(OS) E TÉCNICAS(OS) DE
ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, Área de Concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde.

Aprovada em 18 de julho de 2011.

BANCA EXAMINADORA

Normélia Maria Freire Diniz Normélia Maria Freire Diniz
Doutora em Enfermagem, professora da Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia

Marizete Argolo Teixeira Marizete Argolo Teixeira
Doutora em Enfermagem, professora do Departamento de Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Dora Sadigursky Sadigursky
Doutora em Enfermagem, professora da Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia

Climene Laura de Camargo _____
Doutora em Saúde Pública, professora da Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia

Aos meus pais, **Altamirando** e **Marlene**, obrigado por vocês existirem! Vocês são meus exemplos de vida, de como viver com dignidade. Obrigada por me ensinarem a me tornar a mulher que sou.

Aos meus avos, **Maria** e **Otacílio**, pela dedicação e por todo o amor oferecido a mim durante todo esse tempo.

A **Milene**, minha irmã querida... Minha amiga de todas as horas... Por toda demonstração de carinho. Te amo muito mesmo.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a **Deus**, por ter me dado a oportunidade de ser e estar no mundo.

À **Prof^a. Dr^a. Normélia Maria Freire Diniz**, minha orientadora e exemplo, por me ajudar de uma forma muito especial e única a traçar uma parte muito importante na minha história. Você foi uma das responsáveis em me fazer enxergar hoje o mundo de uma forma diferente, mais especial. Obrigada por tudo!

A minha co-orientadora, **Prof^a. Dr^a. Nadirlene Pereira Gomes**, por toda a companhia, conselhos e sinceridade nas palavras.

A **Prof^a. Dr^a. Regina Lúcia Mendonça Lopes** pelas contribuições desde minha graduação até o mestrado.

As **Prof^a. Dr^a. Marizete Argolo Teixeira, Dora Sadigursky e Climene Laura de Camargo**, por toda a atenção, apoio e contribuições acadêmicas que me ajudarão a aprimorar cada vez mais o meu trabalho.

A minha amiga **Déia**, que aprendi a admirar cada vez mais no mestrado. Obrigada por todo o apoio, os gestos de carinho, atenção e delicadeza.

A **Gleide**, sua amizade foi um belo presente que ganhei no mestrado, obrigada por ser uma amiga e tanto pra mim, de tantas diferentes e significativas formas.

A **Cláudio**, por seu companheirismo e sua capacidade de me acalmar mesmo nos momentos mais estressantes.

A **Cíntia**, por toda sua amizade e pelo incentivo. Adorei trabalhar junto com você.

A **Manu**, minha amiga, por seus belos conselhos e por seus sorrisos sempre cativantes.

A minha amiga **Mari**, pelo ombro amigo e por todas as horas que ela dedicou para me ouvir, pela paciência e cuidado que sempre dispensou para mim, sem reclamar...

A minha amiga **Andiara**, por sempre me fazer acreditar de que eu era capaz. Te adoro demais Naninha.

A minha amiga **Maysa**, pela sinceridade na amizade. May, com você percebi que a distância não é o suficiente para separar os amigos.

A **Zannis**, minha amiga, por me mostrar um mundo novo, cheio de oportunidades.

A minhas primas **Ednéia** e **Camila** que me acompanham desde sempre. Vocês são muito especiais na minha vida.

A **Larissa** e **Luana**, obrigada por todo o apoio e pelos sorrisos sinceros.

A **Catarina**, pelos almoços e cafezinhos deliciosos.

A **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)**, pelo financiamento dessa pesquisa.

A todas as **professoras da Pós-Graduação**, em especial, as da linha Mulher, Gênero e Saúde, da qual eu fiz parte, pelos ensinamentos.

Aos **profissionais de saúde** que colaboraram diretamente para a realização de uma das minhas maiores conquistas.

Eu só tenho a agradecer por vocês existirem na minha vida. Obrigada!!!

SOUZA, Simone Santos. **Tentativa de suicídio por mulheres:** representações sociais de médicos(as), enfermeiras(os) e técnicas(os) de enfermagem. 119f. 2011. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

RESUMO

Estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa, tendo como eixo teórico a Teoria das Representações Sociais. A pesquisa teve como objeto de estudo as representações sociais de médicos, enfermeiras e técnicos de enfermagem sobre tentativa de suicídio por mulheres e como objetivo analisar as representações sociais de médicos, enfermeiras e técnicos de enfermagem sobre tentativa de suicídio por mulheres. Os sujeitos foram constituídos por 70 profissionais e teve como *lócus* uma unidade de emergência adulta de um hospital geral público de grande porte, em Salvador/BA. Como técnica de coleta de dados, utilizou-se: Teste de Associação Livre de Palavras (TALP) e entrevista. Foram considerados os aspectos éticos recomendados pela Resolução 196/96 do CNS. Os dados provenientes do TALP foram organizados no *Excell* e processados através do *software* EVOC 2005 e os advindos das entrevistas foram organizados com base na análise temática de Bardin. Os sujeitos foram 11 médicos(as), 27 enfermeiras(os) e 32 técnicas(os) de enfermagem, caracterizando-se, majoritariamente, por profissionais do sexo feminino, jovens, solteiras, formadas há mais de 5 anos e trabalhando no *lócus* do estudo há pelo menos 4 anos. No que se refere a abordagem do tema suicídio, apenas 37,1% dos profissionais relataram ter presenciado alguma aula a respeito do tema na graduação ou durante a formação técnica e todos afirmaram não ter tido conhecimento sobre alguma sensibilização do tema no serviço. A estrutura das representações sociais dos profissionais acerca a tentativa de suicídio encontra-se sustentada pelos elementos do núcleo central que dizem respeito aos fatores que vulnerabilizam a mulher ao ato suicida (depressão, falta de fé, desespero, baixa auto-estima, problemas econômicos, tristeza, angústia, solidão e morte) e pelos elementos do sistema periférico, nos quais o termo “doença” guarda relação com o termo “depressão”, o termo “medo” diz respeito ao receio que o profissional de saúde tem em abordar uma mulher que buscou sua auto-destruição e o termo “sofrimento” aparece como um motivo, pois para os profissionais, a morte representa para aquela mulher uma forma de sair daquela tristeza. O tema que resultou da análise das entrevistas (adoecimento) permitiu mostrar que os profissionais representam a tentativa de suicídio como um resultado de um processo depressivo, potencializado por fatores como a falta de fé, a desestruturação familiar, a solidão e a relação conjugal conflituosa/ violência. A assistência no serviço de saúde é representada pelos profissionais como um processo técnico, no qual as questões subjetivas pertinentes ao ato suicida são dificilmente valorizadas, sendo essa assistência permeada pelo estigma que envolve as pessoas que buscam sua auto destruição. A postura estigmatizante do profissional de saúde em relação às mulheres que tentaram suicídio norteia a assistência, sendo necessária uma desconstrução desse esteriótipo, para uma melhor compreensão acerca dos fenômenos que envolvem a tentativa de suicídio.

Palavras-chaves: Suicídio; Tentativa de suicídio; Mulher; Representação social; Pessoal de saúde; Enfermagem.

SOUZA, Simone Santos. **Attempted suicide by women: social representations of doctors, nurses and nursing techniques.** 119pp. 2011. Master Dissertation – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

ABSTRACT

Descriptive study with a qualitative approach, having as theoretical Theory of Social Representations. The research aimed to study the social representations of doctors, nurses and nursing technicians on suicide attempts by women and to analyze the social representations of doctors, nurses and nursing technicians on attempted suicide by women. The subjects consisted of 70 people and had a locus to the emergency department of a general hospital adult large public in Salvador / BA. As data collection technique was used: Test of Free Association of Words (TALP) and interview. We considered the ethical aspects recommended by Resolution 196/96 of the CNS. The data from the TALP were organized in Excel and processed through the EVOC 2005 software and data derived from the interviews were organized based on thematic analysis of Bardin. The subjects were 11 physicians (s), 27 nurses (the) 32 and techniques (the) nursing, characterized, mainly, by professional female, young, single, formed more than five years and working in the locus study for at least 4 years. As regards the approach to suicide issue, only 37.1% of professionals reported having witnessed a lesson on the subject during undergraduate or technical training and all said they had not known about some awareness of the issue in service. The structure of social representations of professionals about the suicide attempt is supported by the core elements that relate to factors that act violated the woman to suicide (depression, lack of faith, despair, low self-esteem, economic problems, sadness, grief, loneliness and death) and the peripheral elements of the system, in which the term "disease" is related to the term "depression", the term "fear" refers to the fear that the health professional has to approach a woman who sought self-destruction and the term "suffering" appears as a reason, because for professionals, death represents for a woman way out of that sadness. The theme that resulted from the analysis of the interviews (illness) allowed to show that professionals represent the attempt to suicide as a result of a depressive, enhanced by factors such as lack of faith, family breakdown, loneliness and marital relationship conflict / violence . Assistance in the health service is represented by professionals as a technical process, in which issues pertaining to the subjective act of suicide are rarely valued, such assistance being permeated by the stigma surrounding people who seek self destruction. The stigmatizing attitude of health professionals towards women who attempted suicide guided assistance, which requires a deconstruction of stereotypes, to a better understanding of the phenomena involving the suicide attempt.

Keywords: Suicide; Suicide Attempted; Women; Social representations; Health Personnel; Nursing.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 CONTEXTUALIZANDO A TEMÁTICA	16
2.1 O SUICÍDIO COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA: DADOS EPIDEMIOLÓGICOS NO BRASIL E NO MUNDO	16
2.2 ASPECTOS CONCEITUAIS E HISTÓRICOS DO SUICÍDIO	18
2.3 FATORES DE RISCO PARA O ATO SUICIDA	20
2.4 DEPRESSÃO: PRINCIPAL FATOR DE RISCO PARA O ATO SUICIDA	23
2.5 POLÍTICAS PÚBLICAS ESPECÍFICAS PARA O ATO SUICIDA	25
2.6 ASSISTÊNCIA A SAÚDE DAS PESSOAS QUE TENTARAM SUICÍDIO	26
2.7 REFERENCIAL TEÓRICO: TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	28
2.7.1 A Teoria do Núcleo Central	30
2.7.2 Organização interna de uma Representação Social	31
2.7.3 As práticas sociais ancoradas na transformação e formulação das representações	32
3 DESENHO METODOLÓGICO	33
3.1 TIPO DE ESTUDO	33
3.2 SUJEITOS	33
3.3 ESPAÇOS DO ESTUDO	34
3.4 ASPECTOS ÉTICOS	34
3.5 COLETA DE DADOS	36
3.6 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	38
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	41
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS	41
4.2 A ESTRUTURA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MÉDICOS(AS), ENFERMEIRAS(OS) E TÉCNICAS(OS) DE ENFERMAGEM SOBRE TENTATIVA DE SUICÍDIO POR MULHERES	42
4.3 O CONTEÚDO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MÉDICOS(AS), ENFERMEIRAS(OS) E TÉCNICAS(OS) DE ENFERMAGEM SOBRE TENTATIVA DE SUICÍDIO POR MULHERES	56
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
REFERÊNCIAS	78
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	87

APÊNDICE B – Teste de Associação Livre de Palavras	88
APÊNDICE C – Roteiro da Entrevista Semi-Estruturada	89
APÊNDICE D – Entrevista	90
APÊNDICE E – Tabelas de caracterização dos sujeitos	91
APÊNDICE F – Descrição das entrevistas	99
ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética	115
ANEXO B – Dicionário dos termos evocados	116
ANEXO C – Distribuição dos termos evocados	118

1 INTRODUÇÃO

O suicídio, bem como sua tentativa, são fenômenos considerados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um problema de saúde pública. Esses fenômenos tem ocupado um relevante papel nas agendas de saúde por incapacitar, reduzir a qualidade de vida e exigir uma readequação da organização tradicional dos serviços (KRUG *et al.*, 2002).

Segundo o relatório da OMS (KRUG *et al.*, 2002), em todo o mundo, anualmente a cada 100 mil habitantes, quatorze realizam suicídio. Estima-se também que para as últimas cinco décadas as tentativas de suicídio sejam 20 vezes mais frequentes do que a ocorrência de suicídio. Em alguns países, o óbito por suicídio já ocupa a quarta posição entre as causas mais constantes de mortalidade da população de 15 a 44 anos de idade.

No Brasil, a taxa oficial de mortalidade por suicídio aumentou 17% em 10 anos, sendo avaliada em 4,9 casos por 100 mil habitantes (PARAGUASSU; FORMENTI; MOURA, 2011).

Em relação a esses dados epidemiológicos, sabe-se que estes se mostram muito deficitários, impossibilitando assim o dimensionamento real da magnitude desse fenômeno. Essa deficiência é consequência do sub-registro ou da não notificação, desses casos, pelos profissionais de saúde justificado principalmente pelo forte estigma que envolve o ato suicida e a dificuldade de se determinar em muitos casos se o ato que provocou a morte da pessoa foi acidental ou não. Schnitman e outros (2010) ressaltam que um dos problemas que prejudicam a validade das taxas oficiais de mortalidade por suicídio no Brasil é a falta de qualidade e cobertura das estatísticas no país.

Apesar da invisibilidade dos dados reais, esse fenômeno possui uma enorme significância social, pois revela as complexas relações sociais e pessoais, questiona-se o sentido da vida em sociedade e as razões pela opção em se interferir em um evento inexorável, que é a morte, que segundo Minayo (1998), no imaginário de muitas sociedades é interpretado como vontade de Deus, dos deuses, ou como ciclo natural da vida.

Suicídios e suas tentativas são fenômenos considerados distintos que possuem diversas interpretações e olhares, desde aqueles que os consideram frutos de distúrbios mentais até aqueles que os compreendem como um ato de suprema liberdade (MINAYO, 2005).

Émile Durkheim (2003, p.13), que introduziu o estudo do suicídio na sociologia, afirma que o suicídio está mais ligado a fatos sociais do que a acontecimentos pessoais. Para o sociólogo, o suicídio é “todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato

positivo ou negativo praticado pela própria vítima, ato que a vítima sabia dever produzir esse resultado. A tentativa de suicídio é, pois, o ato [...] interrompido”, no qual a pessoa deixa transparecer o seu sofrimento psíquico para ser socorrido.

No que diz respeito aos fatores de risco que podem incitar a ideação autodestrutiva, Prieto e Tavares (2005) afirmam que as experiências infelizes de vida comprometem um desenvolvimento emocional saudável, elevando o nível de tensão, podendo assim, resultar em uma sobrecarga de eventos estressores que conduzem ao comportamento suicida.

Neste sentido, o Manual Prevenção do Suicídio (BRASIL, 2000), traz como fatores de risco sociodemográficos e ambientais o desemprego, em especial a perda do emprego, mais do que o fato de estar desempregado, e os estressores da vida como: problemas interpessoais, vivência de violência doméstica, rejeição, separação da família e amigos; eventos de perda, no qual se inclui o luto, a vergonha e a culpa.

Neste contexto, vale ressaltar que estudos mostram que as maiores taxas de tentativas de suicídio ocorrem entre as mulheres (KRUG *et al.*, 2002; MARÍN-LEÓN; BARROS, 2003; VANSAN, 1999) e que de 30 a 40% das pessoas que tentam suicídio e não são assistidos por profissionais, tendem a repetir a tentativa no próximo ano (MACEDO; WERLANG, 2007).

Sendo assim, sabe-se que fatores como a vulnerabilidade da mulher, o método utilizado para tentar o suicídio, o acesso aos serviços de saúde e a assistência prestada auxiliam na prevenção de novos casos (LÓES, 1998).

Considerando então que as mulheres que tentam suicídio estão num processo de crise, sem apoio de familiares, amigos e da própria rede social em que estão inseridas, as mesmas necessitam de uma atenção específica e imediata para tentar interromper este processo de autodestruição.

Para tanto, o atendimento inicial a uma mulher em situação de tentativa de suicídio nos serviços de emergência dos hospitais gerais deve ser entendido, também, como uma intervenção terapêutica que pode estabelecer um vínculo entre o profissional e a cliente, o que torna essa pessoa mais assídua ao tratamento e pode diminuir as chances de reincidivas.

Porém, o que se percebe nas unidades de pronto-atendimento é a dificuldade dos profissionais de saúde em abordar uma pessoa que tentou o suicídio. Estudo realizado com os profissionais da equipe de enfermagem de um hospital mostrou que apenas 12% concordaram com o direito de uma pessoa a vir cometer suicídio, pois para os 88% restantes “a vida é dom de Deus, pois só Ele pode levá-lo de volta” (BOTEGA *et al.*, 2005). Assim, os profissionais tendem a apresentar uma incompreensão com as mulheres que tentam suicídio que se traduz em um certo desconforto emocional em cuidar e falar com elas.

Neste contexto, o meu interesse pela temática da violência se deu durante o Curso de Graduação em Enfermagem ao ingressar, em 2006, no Grupo de Estudos sobre Saúde da Mulher (GEM), na linha Mulher, Saúde e Violência, como bolsista do Programa Institucional de Bolsas para Iniciação Científica (PIBIC). Participei, no mesmo ano, do projeto de extensão Mulheres em situação de violência doméstica e a rede de atendimento¹ no qual desenvolvi a pesquisa de Iniciação Científica (IC) intitulada Percepção de mulheres sobre estratégias de intervenção na violência doméstica².

Em 2007, participei do projeto de extensão Estratégias de intervenção na violência doméstica em famílias negras³, no qual desenvolvi minha segunda pesquisa de IC denominada Percepção de homens negros sobre estratégias de intervenção na violência doméstica⁴.

Esses projetos de extensão possibilitaram a minha aproximação com a temática, com o espaço da pesquisa, que foi realizada no Calafate, com o apoio do Coletivo de Mulheres do Calafate (CMC), e com os sujeitos do estudo.

Essa aproximação se deu através de oficinas de sensibilização nas quais foram utilizados elementos do teatro espontâneo da Teoria Psicodramática Moreniana, como o aquecimento com imagens esculturais, a inversão de papéis e o compartilhamento (AGUIAR, 1998). Essa metodologia de trabalho, permitiu-me não apenas perceber como vivem as mulheres em situação de violência mesmo estando de fora, mas ao mesmo tempo, ver e sentir a partir da posição do outro.

¹ Projeto de extensão realizado na comunidade do Calafate tendo apoio do CMC, com a participação de professoras e discentes da graduação e pós-graduação (mestrado e doutorado) vinculadas ao GEM e do Grupo de Pesquisa Violência, Saúde e Qualidade de Vida da EEUFBA, que teve como objetivos gerais o acolhimento a mulheres que sofrem violência doméstica vinculando-a a rede de atendimento para mulheres em situação de violência e discutir a temática violência doméstica e o atendimento na rede para mulheres em situação de violência. Este projeto, coordenado pela Dr.^a Normélia Maria Freire Diniz, foi aprovado pelo Departamento de Enfermagem Comunitária – DECOM e realizou-se semanalmente entre os meses de agosto a dezembro de 2006.

² Relatório de pesquisa do PIBIC/Fapesb, que teve como objetivo geral analisar a percepção de mulheres sobre os serviços de intervenção de violência doméstica. Esta pesquisa, coordenada pela Dr.^a Normélia Maria Freire Diniz, faz parte da Linha de Pesquisa Mulher, Saúde e Violência do GEM/EEUFBA. Este estudo está publicado, sob a forma de resumo, no Livro Resumos do VIII Seminário de Pesquisa e Pós-Graduação e XXVI Seminário Estudantil de Pesquisa e na Revista Baiana de Enfermagem, volume especial, n22, maio 2008.

³ Projeto de extensão realizado na comunidade do Calafate tendo apoio do CMC, com a participação de professoras e discentes da graduação e pós-graduação (mestrado e doutorado) vinculadas ao GEM e do Grupo de Pesquisa Violência, Saúde e Qualidade de Vida da EEUFBA, que teve como objetivo geral acolher famílias negras em situação de violência doméstica, vinculando seu atendimento ao Centro de Referência Loretta Valadares, no que se refere à violência. Este projeto, coordenado pela Dr.^a Normélia Maria Freire Diniz, foi aprovado pelo DECOM e realizou-se semanalmente entre os meses de julho a novembro de 2007.

⁴ Relatório de pesquisa do PIBIC/CNPq, que teve como objetivo geral analisar a percepção de homens negros sobre os serviços de intervenção na violência doméstica. Esta pesquisa, orientada pela Dr.^a Normélia Maria Freire Diniz, faz parte da Linha de Pesquisa Mulher, Saúde e Violência do GEM/EEUFBA. Este estudo está publicado, sob a forma de resumo, no Livro Resumos do IX Seminário de Pesquisa e Pós-Graduação e XXVII Seminário Estudantil de Pesquisa e na Revista Baiana de Enfermagem, volume especial, n22, maio 2008.

As oficinas possibilitaram as mulheres discutirem assuntos como: questões de gênero, sexualidade, família, raça, aborto, violência, rede de atendimento à mulher que sofre violência, estratégias de enfrentamento da violência, Lei Maria da Penha e adoecimento da população feminina, assuntos estes, próprios do seu dia a dia. Durante esses encontros, as mulheres compartilharam suas histórias de vida, narrando suas relações conjugais permeadas pela desigualdade de gênero e vivência de violência e a dificuldade que as mesmas ainda encontram em sair dessa situação, devido, dentre outros motivos, a falta de apoio familiar, social e da rede de atenção.

Neste sentido, as oficinas e minhas pesquisas de IC, juntamente com as leituras referentes à categoria gênero, permitiram-me compreender a complexidade em que vive uma mulher em situação de violência seja ela doméstica, familiar e/ou conjugal, as repercussões dessa violência na saúde das mesmas e quais foram suas experiências frente as estratégias de enfrentamento, sobretudo, nos espaços da comunidade, como o CMC, e nos serviços públicos, tais como: delegacia da mulher, centros de referência e unidades de saúde.

Dentre esses serviços de atendimento à mulher em situação de violência, tive como resultado em meus estudos que a Delegacia Especial de Atendimento a Mulher (DEAM) ainda é o que tem maior visibilidade. Porém, no decorrer das oficinas, notei que mesmo que as mulheres e os homens mesmo tendo conhecimento da existência desse órgão de proteção, ainda há dificuldades em tornar público os tipos de violência que ocorrem no âmbito privado da casa.

Esse questionamento me motivou a desenvolver meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) intitulado O processo da denúncia e não denúncia: mulheres negras em vivência de violência doméstica⁵, no qual cheguei a conclusão de que muitas mulheres não querem expor sua vida privada no espaço público e a invisibilidade da violência contra a mulher, principalmente nas unidades de saúde, associada a falta de apoio da família, do ambiente social e dos profissionais da rede e da equipe de saúde, também costuma prolongar o silêncio, permanecendo assim essa mulher na situação de violência, culminando, dentre outros aspectos, em prejuízos para a sua saúde.

Neste sentido, a vivência de violência possui um caráter sistemático e repetitivo, desenvolvendo agravos de ordem física e mental que muitas vezes não são fatais porém

⁵ Trabalho de Conclusão de Curso apresentada ao curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, tendo como orientadora a Prof^a. Dr^a. Normélia Maria Freire Diniz.

repercutem na diminuição de anos saudáveis de vida das mulheres, aumentando o índice de morbidade dessa população.

Sendo assim, as mulheres em situação de violência tendem a ir aos serviços de saúde com mais frequência, em decorrência dos efeitos crônicos da agressão, sendo rotuladas como clientes poliqueixosas, somatizadoras e portadoras de distúrbios neuro-vegetativos (GUSMÃO, 2010). A repercussão da violência nos serviços de saúde não é visualizada pois a assistência prestada a mulher em situação de violência não se dá de forma integral e esses casos são rotulados como de difícil solução, mesmo quando se trata de queixas simples e bem conhecidas, como por exemplo, a enxaqueca.

Logo, ao mesmo tempo em que há um aumento na demanda do serviço por essas mulheres, a assistência prestada as mesmas possui um baixo poder resolutivo e assim a situação de violência continua e estimula o processo de adoecimento. Isto evidencia, dentre outros fatores, a debilidade na estrutura do sistema de saúde e a dificuldade encontrada pelos profissionais para prestar assistência a essa mulher. É notório que os profissionais de saúde não percebem a violência como um problema de saúde, mas de justiça ou da polícia e se centralizam apenas para a assistência mecanicista, centrada no modelo biomédico, não proporcionando a usuária em situação de violência o direito de ser atendida visando todas as suas necessidades.

Tudo isso contribui para a reincidência e agravamento de casos de violência que podem culminar em tentativas de suicídio. Segundo o Ministério da Saúde (2002), o isolamento social e a dinâmica familiar conturbada representam fatores de risco para o suicídio.

A vivência de violência, a falta de amparo e apoio da família, amigos e da rede e a invisibilidade da violência para os profissionais de saúde podem contribuir para a ocorrência ou idealização do ato suicida como uma estratégia para sair dessa situação de sofrimento intenso.

Neste sentido, pergunto: Como os médicos(as), enfermeiras(os) e técnicas(os) de enfermagem representam a tentativa de suicídio por mulheres? Como se dá o processo de assistência desses profissionais as mulheres que tentaram suicídio?

A fim de obter respostas para o meu questionamento, defini como objeto de estudo as representações sociais de médicos(as), enfermeiras(os) e técnicas(os) de enfermagem sobre tentativa de suicídio por mulheres.

Tenho como objetivo geral analisar as representações sociais de médicos(as), enfermeiras(os) e técnicas(os) de enfermagem sobre tentativa de suicídio por mulheres e

como objetivos específicos identificar o conteúdo e a estrutura das representações sociais de médicos(as), enfermeiras(os) e técnicas(os) de enfermagem sobre tentativa de suicídio por mulheres e descrever o atendimento prestado a mulher que tentou suicídio.

2 CONTEXTUALIZANDO A TEMÁTICA

2.1 O SUICÍDIO COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA: DADOS EPIDEMIOLÓGICOS NO BRASIL E NO MUNDO

Nas últimas décadas, o Brasil vem alcançando importantes avanços na área da saúde o que gerou significativas mudanças no seu perfil epidemiológico, principalmente no que diz respeito ao aumento da expectativa de vida da população devido a queda da taxa de mortalidade infantil, a redução na mortalidade em decorrência das doenças infecciosas e o aumento das doenças crônicas-degenerativas (BRASIL, 2006b).

Concomitantemente, houve o crescimento das causas externas⁶, entre as quais pode-se citar as agressões, sendo elas auto-infligidas ou não, e os acidentes, que a partir de 1989, passam a ocupar o segundo lugar entre as causas de morte no país, tornando-se objeto de preocupação entre os profissionais da área da saúde. As causas externas já são consideradas como as principais responsáveis pelos índices de mortalidade dos brasileiros de um até 39 anos de idade, representando a 3ª causa de morte na população geral (BRASIL, 2006b).

Percebe-se, desta forma, que nos últimos 20 anos, os agravos provocados por violências e acidentes vem ocorrendo com mais frequência do que as enfermidades infecciosas, mudando o perfil e o contexto das taxas de mortalidade e morbidade da população (BARRETO; CARMO, 1995).

Estes dados refletem os custos significativos de uma demanda específica e considerável para o setor saúde, no que diz respeito a assistência prestada a uma pessoa em situação de violência. Neste contexto, a violência deixa de ser apenas um problema da esfera social e econômica, necessitando um olhar dos profissionais de saúde no que diz respeito a promoção e prevenção dessas situações.

Em relação a violência auto-infligida, ou seja ao suicídio, esta se constitui um problema complexo que vem aumentando ao longo do tempo, causando impactos significativos e imensuráveis, o que faz com que, em muitos países, o suicídio tenha sido reconhecido como uma prioridade em saúde pública (BRASIL, 2006a).

Estima-se que para cada caso de suicídio, 5 ou 6 pessoas, em média, que tinham algum tipo de relação direta com o falecido, sofrem conseqüências emocionais, sociais e

⁶ Causas externas constituem um conjunto de eventos e lesões em razão de causas acidentais e intencionais (violências). Essa classificação encontra-se na 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID). A CID-10 foi conceituada para padronizar e catalogar as doenças e problemas relacionados à saúde, tendo como referência a Nomenclatura Internacional de Doenças, estabelecida pela Organização Mundial de Saúde.

econômicas. Relata-se que 1,4% do ônus global ocasionado por doenças, no ano 2002, foi devido a tentativas de suicídio, e previsões afirmam que em 2020, esse ônus chegará a 2,4%, o que exige uma reestruturação dos serviços e das políticas de saúde a fim de oferecer uma assistência voltada a essa população específica, visando medidas de prevenção e de promoção a vida (BRASILb, 2006).

O número de mortes por suicídio, em termos globais, para o ano de 2003 girou em torno de 900 mil pessoas, apresentando-se entre as dez principais causas de mortalidade em todas as idades e entre as três primeiras entre 15 e 35 anos. Estima-se também que a cada 40 segundos uma pessoa comete suicídio no mundo e a cada 3 segundos uma pessoa atenta contra a própria vida (BRASILb, 2006; OMS, 2000).

A OMS prevê que aproximadamente 1,53 milhão de pessoas cometerão suicídio em 2020 e ainda acrescenta que em relação as tentativas, esse número aumentará de 10 a 20 vezes, o que representa 1 morte por suicídio a cada 20 segundos e 1 tentativa a cada 2 segundos (MELEIRO; TENG; WANG, 2004).

Em relação ao Brasil, as primeiras informações fornecidas a OMS datam de 1980, sendo que este país já se encontra no ranking mundial entre os 10 países com maiores números absolutos de morte por suicídio, em um total de 7907 em 2004 (BRASIL, 2006b).

Meleiro, Teng e Wang (2004) revelam que no período de 1980 a 2000 foi observado um aumento de 21% na taxa de suicídio na população brasileira, passando de 3,3 para 4 mortes a cada 100.000 habitantes.

No que diz respeito a faixa etária, os dados do Ministério da Saúde (2006) salientam que nos últimos 45 anos, a mortalidade global por suicídio vem migrando em participação percentual do grupo dos mais idosos para o de indivíduos mais jovens (15 a 45 anos), sendo que no Brasil, o grupo dos jovens foi a população cujas taxas de suicídio mais cresceram nos últimos 20 anos. Vale ressaltar que em indivíduos entre 15 e 44 anos, o suicídio é a sexta causa de incapacitação no mundo.

Já em consideração a categoria gênero, estudos brasileiros confirmam a tendência de que os homens brasileiros obtêm mais sucesso no ato suicida, numa proporção de 3 homens para cada mulher, enquanto as mulheres tentam três vezes mais suicídio em concordância com os estudos internacionais (MELEIRO; TENG; WANG, 2004). Ou seja, os homens morrem mais e as mulheres tentam mais suicídio.

Essa diferença é explicada pelos métodos utilizados por cada gênero. Enquanto os homens utilizam em maior frequência os métodos ditos como os mais letais, como arma de

fogo e enforcamento, as mulheres optam pelo envenenamento ou ingestão de medicamentos (MACENTE; SANTOS; ZANDONADE, 2009).

No Brasil, publicações recentes corroboram esses dados ao mostrar as crescentes taxas de suicídio da população feminina jovem nas principais capitais do país. No ano de 2007, foram registrados pelo Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX), 112403 casos de intoxicação humana sendo 24183 destes, os casos de tentativa de suicídio, o que corresponde a 21,51%, dos quais 523 evoluíram para o óbito. Foi reafirmado também que as mulheres tentam o suicídio mais vezes do que os homens e utilizam método ditos mais amenos como os medicamentos (63,09%) e os produtos domissanitários (FEIJÓ *et al.*, 1996; MARÍN-LEÓN; BARROS, 2003;).

2.2 ASPECTOS CONCEITUAIS E HISTÓRICOS DO SUICÍDIO

A palavra suicídio (etimologicamente *sui*=si mesmo; *-caedes* = ação de matar) foi utilizado pela primeira vez, em 1737, por Desfontaines, e significa a morte intencional auto-infligida, isto é, quando a pessoa decide voluntariamente por fim a sua própria vida (COSTA, 2010). É um fenômeno exclusivamente humano, que acompanha o homem desde a sua consciência e acontece em todas as culturas, mesmo representando valores diferentes.

Na cultura oriental, a morte auto-infligida, muitas vezes, foi considerada como um acontecimento comum e normal. Na Índia anualmente ocorrem milhares de suicídios e no Iraque, na Palestina, no Afeganistão, no Paquistão e no Sri Lanka são comuns os atentados suicidas através dos homens-bomba. Os japoneses praticam um ritual, denominado de *Haraquiri*, no qual a pessoa utiliza uma espada para provocar sua morte. Houve também os *kamikazes*, famosos pilotos japoneses voluntários, que no fim da 2ª Guerra Mundial, foram treinados para atirarem seus caças contra os navios dos inimigos, configurando-se assim no ataque suicida (GREGÓRIO, 2001).

Porém, vale ressaltar a diferença do significado e da natureza do suicídio nos atentados suicidas. Nesses casos, ocorre o que se denomina de suicídio altruísta no qual há uma super valorização da honra e da religião do grupo, ou qualquer outro interesse coletivo, acima da vida individual. A causa dos atentados suicidas não está na psicopatologia ou nos fenômenos individuais, mas sim em condições sociais mais abrangentes (GUARNIERI, 2009).

Em relação ao primeiro suicídio praticado na história, é difícil definir datas. A Enciclopédia Delta de História Geral registra que, em 2.500 a.C., na cidade de Ur, ocorreu um ritual no qual doze pessoas ingeriram uma bebida envenenada e se deitaram para esperar a

morte. Na Bíblia, pode-se encontrar referências a histórias famosas de suicídio como a de Sansão, Abimelec, Rei Saul, Eleazar e Judas. No Egito, o suicídio de Cleóprata tornou-se ilustre (SILVA, 1992).

É possível constatar, através da história, o fenômeno do suicídio abordado como questão política. Na Antiga Grécia, o suicídio representava um afronto a estrutura da comunidade e para que um indivíduo pudesse se matar, ele deveria ter um consenso prévio do Estado, que poderia autorizar ou induzir a pessoa a tentar o suicídio. Pode-se citar como exemplo o caso de Sócrates que foi obrigado a se envenenar (SILVA, 1992).

Em outras culturas, o ancião tinha o dever de se matar a fim de preservar a solidez do grupo. Os soldados derrotados da Roma antiga e do Japão feudal eram obrigados a suicidar-se assim como os servos, no Egito, que deveriam ser enterrado junto com o faraó ou o dono dos escravos e todos os seus bens (SILVA, 1992).

Na França, o rei Luís XIV, em 1670, decretou uma lei criminal na qual o corpo da pessoa que se suicidaria deveria ser atirado pelas ruas, virado para baixo e depois depositado no depósito de lixo da cidade, enquanto todos os seus bens materiais eram confiscados (DURKHEIM, 2003).

Foi na Idade Média, período que houve uma dominação religiosa intensa, que a taxa de suicídio, considerado como pecado perante as leis de Deus, diminuiu. Posteriormente, na renascença, período de maior liberdade religiosa, os casos de suicídio retornaram com tendência ascendente que permanece até os dias atuais (GREGÓRIO, 2001).

Neste sentido, Cassorla e Smeke (1994) afirmam que o fenômeno do suicídio encontra-se enraizado a diversos fatores presentes no cotidiano e na cultura, no qual o ser humano se torna ao mesmo tempo o agente e o paciente desse complexo processo.

Os autores ainda colocam que o suicídio quase sempre aparece no imaginário das pessoas como a expressão máxima da violência cometida contra si mesmo, do auto-aniquilamento. Entretanto, esta autodestruição pode ser vista de quatro formas:

Primeiro, do ponto de vista individual auto-referido, como o suicídio propriamente dito, "uso de drogas", mortes acidentais, etc. Segundo, do ponto de vista individual referido ao outro, como homicídios, [...], envenenamentos. Terceiro, do ponto de vista coletivo auto-referido: dificuldade de práticas e sentimentos solidários, competição, dificuldade de organização social, política de categorias subalternas, etc. E quarto, do ponto de vista coletivo referido ao outro: atropelamentos, chacinas, queimas de arquivo, a perversa distribuição de renda [...] (CASSORLA; SMEKE, 1994, p.62).

Todas essas categorias podem ser consideradas como diferentes formas de violência, mas todas elas resultam na destruição de seres humanos, facilitadas ou provocadas diretamente por si mesmos, ou indiretamente pelo próprio ambiente humano em que vivem, mostrando assim, que a própria convivência em sociedade já é um fator predisponente ao ato suicida.

Assim, o suicídio normalmente se apresenta como um fenômeno complexo, invisível que se mostra através de ações individuais e solitárias, porém ocorre em um determinado meio social e é suscetível às intervenções além de apresentar fatores protetores.

2.3 FATORES DE RISCO PARA O ATO SUICIDA

Neste sentido, faz-se necessário conhecer os fatores de risco envolvidos diretamente no ato suicida.

Um fator de risco é um termo estatístico. Pode ser definido como “a associação entre alguma característica ou atributo do indivíduo, grupo ou ambiente, que aumenta a chance de se desenvolver um resultado adverso e mensurável, que precede o resultado.” (MELEIRO; TENG; WANG, 2004, p.110). O fator de risco sempre se refere a um parâmetro e quanto maior o número de fatores de risco presentes, mais vulnerável a pessoa fica ao ato suicida.

Os fatores de risco são classificados em modificáveis como por exemplo o tratamento inadequado e ineficaz para o transtorno depressivo e a presença de arma de fogo no domicílio, a longo prazo podemos citar também dificuldades financeiras e desemprego, e em não-modificáveis: história pregressa, história familiar e os aspectos demográficos (MELEIRO; TENG; WANG, 2004, p.110).

É importante salientar então que a conduta dos profissionais de saúde que prestam assistência a mulher deve ser direcionada para enfraquecer os fatores de risco modificáveis e fortalecer os fatores protetores, como a presença de crianças em casa, senso de responsabilidade para a família, gravidez, religiosidade, prazer pela vida, traçar estratégias de enfrentamento dos problemas, apoio da rede social e uma relação terapêutica de confiança que garanta a continuidade do tratamento (APA, 2003).

Os fatores de risco modificáveis são a base na formulação de programas de prevenção ao suicídio, enquanto os fatores de risco não-modificáveis servem em programas e estudos de avaliação da realidade do fenômeno em cada cultura estudada.

Vale ressaltar que esses fatores associados ao suicídio são diferentes para cada localidade ou população específica, pois sofrem influência dos aspectos culturais, biológicos, sociais, políticos e econômicos.

Neste sentido, o Ministério da Saúde salienta a importância em se diferir o ato suicida de acordo com o contexto histórico e cultural para que assim possa ser instituídas medidas de intervenção e de prevenção adequadas e eficazes (BRASIL,2002).

Considerando essa conjuntura, vale salientar que estudo de Bellasalma e Oliveira (2002, p.126) assinala que no Brasil a mulher tenta dez vezes mais o suicídio que o homem, embora consiga três vezes menos êxito do que ele, ratificando a idéia de que uma tentativa de suicídio é um pedido de ajuda, “é uma forma de comunicação em que a mulher domina mais que o homem”.

Estudos como o de Garbin *et al.*(2006), Ministério da Saúde (2005) e Diniz e Monteiro (2003), também trazem que as precárias condições socioeconômicas, a falta de apoio da rede social e de familiares, o isolamento e a vivência de violência traz repercussões para a saúde da mulher, dentre as quais pode-se citar a tentativa de suicídio, suicídio e morte.

Faz-se necessário então analisar as grandes transformações econômicas, sociais e demográficas, que o Brasil esta passando, particularmente nas quatro últimas décadas, com significativas repercussões nas condições de vida e trabalho da população e, conseqüentemente, em sua situação de saúde.

Em 2005, a OMS criou a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (Commission on Social Determinants of Health - CSDH), com o objetivo de conscientizar a população sobre a importância dos determinantes sociais na situação de saúde de indivíduos e populações e sobre a necessidade do combate às iniquidades em saúde por eles geradas. Um ano depois, em 2006, foi criada no Brasil a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS, 2008).

Para se analisar a relação dos determinantes sociais da saúde (DSS) e a origem da iniquidade em saúde utiliza-se, no Brasil, o modelo de Dahlgren e Whitehead que inclui os DSS dispostos em diferentes camadas, segundo seu nível de abrangência, dos determinantes individuais até os macrodeterminantes (CNDSS, 2008).

Neste modelo, consideram-se primeiramente as características mais individuais (como idade, sexo e fatores genéticos). Posteriormente, analisa-se o comportamento e os estilos de vida individuais, como acesso a informações, propaganda, a alimentos saudáveis e espaços de lazer, entre outros (CNDSS, 2008).

Em seguida, estuda-se a influência das redes comunitárias e de apoio considerando a importância desses espaços para a saúde da sociedade como um todo (CNDSS, 2008).

No próximo nível, estão representados os fatores relacionados a condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambiente e serviços essenciais, como saúde e educação, indicando que as pessoas em desvantagem social apresentam diferenciais de exposição e de vulnerabilidade aos riscos à saúde, como consequência de condições habitacionais inadequadas, exposição a condições mais perigosas ou estressantes de trabalho e acesso menor aos serviços (CNDSS, 2008).

Finalmente, no último nível, estão situados os macrodeterminantes que possuem grande influência sobre as demais camadas e estão relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais do país (CNDSS, 2008).

Neste contexto, é importante ressaltar que a maioria das mulheres que tentam suicídio vivem em condições precárias de vida, o que dificulta ainda mais o acesso à educação, trabalho e saúde. Essa situação favorece o adoecimento da mulher, o que resulta, em muitos casos, na depressão, aumentando, assim, a probabilidade dessa mulher tentar suicídio.

Segundo a OMS, diversas circunstâncias produtoras de estresse podem aumentar o risco de suicídio, devendo-se assim salientar fatores como: o desemprego, a pobreza, a perda de um ente querido, as discussões familiares ou com amigos, a ruptura de uma relação afetiva e problemas legais ou no trabalho, o uso abusivo de álcool e drogas, os distúrbios psíquicos como a depressão, a esquizofrenia ou os sentimentos de desesperança, a disponibilidade dos meios para efetuar o ato suicida (como: presença de arma de fogo em casa), a vivência de violência física e/ou sexual e o isolamento social (OMS, 2003, 2000).

Sendo assim, alguns autores enfatizam a importância do apoio social para o estímulo das práticas de autocuidado em saúde da mulher, que estimulem o emponderamento destas, ou seja, que haja um fortalecimento do processo de interação social, que permita a essas mulheres aumentar suas habilidades individuais e coletivas, além de desempenharem maior controle sobre suas vidas (KRUG *et al.*, 2002; GUNNELL; FRANKEL, 1994; PATUSSI *et al.*, 2006; SHAFFER, 1996).

Além dessa gama variada de fatores, a história pregressa de tentativas de suicídio por sujeitos, tem sido um evento merecedor de destaque na literatura, como pode ser evidenciado através das estimativas que apontam chances de 20 a 30 vezes mais elevadas de suicídio em indivíduos que referem este tipo de experiência anterior (GUNNELL; FRANKEL, 1994; KRUG *et al.*, 2002; SHAFFER, 1996).

2.4 DEPRESSÃO: PRINCIPAL FATOR DE RISCO PARA O ATO SUICIDA

Visto a relação muito estreita entre o sofrimento psíquico e as patologias mentais e as questões relacionadas ao suicídio, além dos fatores hereditários e ambientais (educação, identificações, cultura, etc.). A atuação suicida requer ser avaliada sob diversos aspectos, principalmente no que diz respeito a depressão. Neste capítulo, assim, segue uma breve descrição sobre essa patologia.

O termo depressão, popularmente, tem sido empregado para designar tanto um estado afetivo normal (a tristeza), quanto um sintoma, uma síndrome e uma (ou várias) doença(s).

Os sentimentos de tristeza e alegria são afetos comuns da vida psíquica normal. A tristeza constitui-se na resposta das pessoas às situações de perda, derrota, desapontamento e outras adversidades, tendo esta resposta um valor adaptativo, já que, segundo Porto (1999), uma vez que, através do retraimento, o ser humano economiza energia para o futuro. Por outro lado, constitui-se em sinal de alerta, para os demais, de que a pessoa está precisando de companhia e ajuda. As reações de luto, que se estabelecem em resposta à perda de pessoas queridas, caracterizam-se pelo sentimento de profunda tristeza, exacerbação da atividade simpática e inquietude. As reações de luto normal podem estender-se até por um ou dois anos, devendo ser diferenciadas dos quadros depressivos propriamente ditos. No luto normal a pessoa usualmente preserva certos interesses e reage positivamente ao ambiente, quando devidamente estimulada. Não se observa, no luto, a inibição psicomotora característica dos estados melancólicos. Os sentimentos de culpa, no luto, limitam-se a não ter feito todo o possível para auxiliar a pessoa que morreu; outras idéias de culpa estão geralmente ausentes. Enquanto sintoma, a depressão pode surgir nos mais variados quadros clínicos, entre os quais: transtorno de estresse pós-traumático, demência, esquizofrenia, alcoolismo, doenças clínicas, etc. Pode ainda ocorrer como resposta a situações estressantes, ou a circunstâncias sociais e econômicas adversas.

Enquanto síndrome, a depressão inclui não apenas alterações do humor (tristeza, irritabilidade, falta da capacidade de sentir prazer, apatia), mas também uma gama de outros aspectos, incluindo alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas (sono, apetite).

Finalmente, enquanto doença, a depressão tem sido classificada de várias formas, na dependência do período histórico, da preferência dos autores e do ponto de vista adotado. Entre os quadros mencionados na literatura atual encontram-se: transtorno depressivo maior, melancolia, distímia, depressão integrante do transtorno bipolar tipos I e II, depressão como parte da ciclotímia e outros (PORTO, 1999).

Embora a característica mais típica dos estados depressivos seja expressada através dos sentimentos de tristeza ou vazio, nem todos os pacientes relatam a sensação subjetiva de tristeza. Alguns autores, como Widlocher (2003) e Parker (2008) enfatizam a importância das alterações psicomotoras, em particular referindo-se à lentificação ou retardo psicomotor, associa-se à sensação de fadiga ou perda de energia, caracterizada pela queixa de cansaço exagerado.

Vale ressaltar, no entanto, os tipos de depressão, como a catatônica, que ocorre quando o quadro clínico se caracteriza por intensas alterações da psicomotricidade, entre as quais: imobilidade quase completa, atividade motora excessiva, negativismo extremo, mutismo, estereotípias, ecolalia ou ecopraxia, obediência ou imitação automática. A imobilidade motora pode se apresentar como estupor (o chamado *estupor melancólico*) ou ainda por catalepsia (POTTER, 2009).

Já em pessoas jovens, o aparecimento de acentuada de lentificação psicomotora e de formas sutis de estupor é quase sempre indicativo de doença bipolar, que frequentemente acabará se manifestando mais tarde através de fases maníacas, que consiste no fator de risco para o ato suicida do tipo impulsivo(POTTER, 2009).

As depressões crônicas são geralmente de intensidade mais leve que os episódios de depressão maior. Mais que o humor francamente deprimido, os pacientes com depressão crônica (distímia) sofrem por não sentir prazer nas atividades habituais, e por terem suas vidas coartadas por uma espécie de morosidade irritável. Nesses pacientes, o comportamento suicida é mais fácil de ser identificável pois se desvela em sinais e sintomas observáveis no cotidiano, como por exemplo, a idéia fixa de morte ou morrer.

As atípicas são formas de depressão caracterizadas por: reatividade do humor, sensação de fadiga acentuada e "peso" nos membros, e sintomas vegetativos "reversos" (opostos aos da depressão melancólica), como aumento de peso e do apetite, em particular por carboidratos e hipersonia. Além disso, descreve-se como característica constante das pessoas sujeitas a esse tipo de depressão um padrão persistente de extrema sensibilidade à percepção do que consideram como rejeição por parte de outras pessoas. Episódios com características "atípicas" são mais comuns nos transtornos bipolares (I e II), no transtorno depressivo com padrão sazonal.

No que concerne as classificações dos estados depressivos segundo a Classificação Internacional das Doenças, em sua décima edição, a CID-10, os transtornos de humor são classificados em: episódio maníaco (usado para episódio único de mania), transtorno afetivo bipolar, que pode ser classificado, de acordo com o tipo do episódio atual, em hipomaníaco,

maníaco ou depressivo. Os episódios maníacos são subdivididos de acordo com a presença ou ausência de sintomas psicóticos. Os episódios depressivos são classificados de acordo com o episódio depressivo. O transtorno afetivo bipolar inclui ainda os episódios mistos (CID, 1998).

Ainda há o episódio depressivo único, que pode ser, quanto à intensidade, classificado como: leve, moderado ou grave. Os episódios leves e moderados podem ser classificados de acordo com a presença ou ausência de sintomas somáticos. Os episódios depressivos graves são subdivididos de acordo com a presença ou ausência de sintomas psicóticos. O transtorno depressivo recorrente (tem as mesmas subdivisões descritas para o episódio depressivo), os transtornos persistentes do humor: ciclotimia e distímia, dentre outros. A CID-10 inclui ainda códigos para "outros" transtornos do humor e para "transtornos não identificados" (CID, 1998).

Segundo a Associação Psiquiátrica Americana, no *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders - DSM-IV* (APA, 1994), classifica os transtornos do humor da seguinte forma: transtornos depressivos, que se subdividem em: transtorno depressivo maior, que é subdividido em episódio único, ou recorrente, transtorno distímico, que pode ser especificado de acordo com o tipo de início (precoce ou tardio), e de acordo com a presença ou ausência de características atípicas ou transtorno depressivo sem outra especificação.

A segunda classe dos transtornos, segundo a DSM-IV, consiste em transtornos bipolares: I que inclui a ocorrência de episódio maníaco único, sendo neste caso que o profissional de saúde especifique o tipo do episódio mais recente: hipomaníaco, maníaco, depressivo, misto, ou inespecificado, II (hipomania associada a pelo menos um episódio depressivo maior), clotímico, bipolar sem outra especificação ou devido a condição médica geral e induzido por substâncias (APA, 1994).

Porém, vale ressaltar que alguns autores criticam o transtorno depressivo maior do DSM-IV por ser excessivamente abrangente, e por isso mesmo, pouco preciso. Abarca provavelmente uma gama muito heterogênea de condições, que vão desde as reações normais de luto ou tristeza até as formas mais graves de depressão (PORTO, 1999).

2.5 POLÍTICAS PÚBLICAS ESPECÍFICAS PARA O ATO SUICIDA

Devido a magnitude desse fenômeno, a OMS iniciou em 1999 um estudo multicêntrico de intervenção sobre o comportamento suicida, conhecido como SUPRE-MISS (*Suicide Preventio – Multisite Intervention Study o Suicidal Behaviours*) a fim de estabelecer

parâmetros para a prevenção de novos casos e estimar as prevalências de ideação, planejamento ou comportamento suicida (MELEIRO; TENG; WANG, 2004).

Posteriormente, em 2002, OMS recomendou aos Países Membros a implantação de ações que visem a prevenção, a intervenção e o monitoramento das populações consideradas de risco, além da capacitação de profissionais de saúde e do desenvolvimento de estudos e pesquisas, para reforçar as políticas locais, regionais e nacionais (KRUG *et al.*, 2002).

No Brasil, através da Portaria nº 1.876 de 14 de agosto de 2006, foi instituído as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, com o objetivo de a partir da herança histórico e cultural de cada região, instituir medidas eficazes que visem a promoção da vida e proteção a saúde (BRASILb, 2006).

Segundo essa Portaria, as Diretrizes, dentre outros objetivos, tem de permitir o desenvolvimento de estratégias que deem visibilidade ao suicídio para a sociedade como um problema de saúde pública que pode ser prevenido; organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, a fim de garantir o acesso as diferentes formas de terapia; bem como fomentar processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio; promover a educação permanente dos profissionais de saúde das unidades de atenção básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização (BRASILb, 2006).

O objetivo do Ministério é a introdução de métodos eficazes para a resolução desse problema, abordando assim questões relativas ao acolhimento, ao cuidado, a valorização da vida, as possibilidades de solidariedade e do estreitamento dos laços sociais.

2.6 ASSISTÊNCIA A SAÚDE DAS PESSOAS QUE TENTARAM SUICÍDIO

Já se sabe que os serviços de saúde possuem a capacidade de diminuir a vulnerabilidade da pessoa em situação de suicídio, desde que haja garantia ao acesso das mulheres a esses serviços de forma igualitária e sem julgamentos para a continuidade da assistência (QUENTAL, 2008).

Vale ressaltar que além da garantia de acesso da mulher que tenta suicídio, aos serviços de saúde, tem-se que analisar quem são os atores que prestam assistência a essa mulher e como eles percebem o suicídio no cotidiano. Sendo assim, ressalta-se a importância

da atuação dos profissionais de saúde que atendem essas pessoas, no que diz respeito a implementação de estratégias que visem a prevenção de reincidivas.

Porém, o que se percebe é que a conduta dos profissionais de saúde não é de acolhimento as necessidades das mulheres, restringindo suas ações a assistência biomédica e aos encaminhamentos, o que também nem sempre resulta em resposta adequada as demandas das mulheres que tentam suicídio.

O ato suicida é referido normalmente pelos profissionais de saúde, como um fenômeno cuja abordagem é de extrema dificuldade, ainda mais em ambientes precários de trabalho, no qual, devido ao reduzido número de profissionais, a falta de formação e sensibilização sobre o tema e a crescente demanda na assistência em emergência, prejudicam a prestação da assistência (LETTIERE; NAKANO ; RODRIGUES, 2008).

Além dessas dificuldades, tem-se o próprio estigma que é inerente a esse tipo de comportamento. Sabe-se que atitudes discriminatórias, resultam na assistência inadequada e afetam diretamente a vulnerabilidade dessas pessoas. O estigma, então, associado ao ato suicida pode reduzir ou dificultar a procura pela assistência, bem como a busca de tratamento adequado nos serviços de saúde, dificultando a interação social dessas mulheres e até mesmo a aceitação social delas, que ficam cada vez mais isoladas, contribuindo para o desenvolvimento de mais um fator de risco.

Fato este corroborado por Brimlow, Cook e Seaton (2003) que ao afirmarem que a discriminação nos espaços públicos podem estar relacionadas a estigmatização, que gera em relação ao outro uma atitude agressiva, que segrega, separa e exclui ou auto-exclui os ditos anormais.

O estigma não é um atributo fixo, ele revela a diferenciação individual e social construído social e culturalmente, sendo histórico e mutável, e estabelece relações de desvalorização do outro (GARCIA; KOYAMA, 2010).

Independentemente das diferenças quanto às populações afetadas, subgrupos ou a população em geral, há pouca diferença nas formas como o estigma se manifesta. Neste sentido, constata-se a universalização do estigma e da discriminação em diferentes contextos socioeconômicos e culturais (GOFFMAN, 1998).

Ou seja, os profissionais de saúde, antes mesmo de atenderem essas mulheres que tentam suicídio, já vem com uma pré-concepção formada histórica e socialmente sobre essas mulheres. Assim, a situação estigmatizante norteia as suas práticas, desvalorizam a escuta a mulher que tentou suicídio, o que prejudica a prestação da assistência a saúde desta.

Ainda segundo Cassorla (2006), o profissional de saúde se sente agredido em atender um caso de suicídio o que resulta na dificuldade desse profissional em lidar com essas pessoas. Para ele, o profissional desvaloriza as pessoas que tentam suicídio, caracterizando-as como pessoas que estariam querendo apenas chamar a atenção e por isso, não merecem a atenção dos centros de saúde.

Outro motivo que prejudica a percepção do ato suicida como objeto da saúde vem do campo específico dessa área, pois devido ao predomínio do modelo biomédico que considera apenas os fatores biológicos como causas das doenças, não englobando, assim, os fatores psicológicos e sociais, há uma dificuldade dos profissionais em visualizar o suicídio como parte da sua responsabilidade na assistência. Isso revela uma deficiência muito importante, pois estes profissionais, pela posição que ocupam na prestação de serviços a população, são considerados essenciais na identificação de indivíduos e grupos populacionais de risco e para a execução de iniciativas que promovam a prevenção e as intervenções mais adequadas estabelecidas pelo Ministério de Saúde.

Desta forma, fica explícito que a inclusão desse tema no setor saúde esta sendo difícil. A maioria dos profissionais não percebe o suicídio como um fenômeno complexo, multifacetado que necessita de uma abordagem intersetorial e multidisciplinar.

Face ao exposto, é de significativa relevância que o profissional de saúde, principalmente os que trabalham no setor de emergência dos hospitais, possuam a adequada informação a respeito da dinâmica do fenômeno suicida e dos comportamentos de riscos precedentes e diretamente relacionados ao suicídio para que possam fazer a identificação dessas mulheres e, por via de consequência, a intervenção terapêutica mais apropriada aquele que apresenta sinais característicos de comportamento suicida.

2.7 REFERENCIAL TEÓRICO: TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Com o objetivo de analisar a estrutura e o conteúdo das representações sociais de médicos(as), enfermeiras(os) e técnicas(os) de enfermagem sobre a tentativa de suicídio por mulheres, elegemos como suporte teórico a Teoria das Representações Sociais (TRS), tendo em vista que essa teoria valoriza o saber do senso comum e das práticas coletivas para a compreensão dos fenômenos sociais.

A TRS surgiu em 1961 através do estudo “A psicanálise, a imagem e seu público”, de autoria de Serge Moscovici. Passados quase cinquenta anos, essa teoria tem se expandido

cada vez mais, visto a vasta produção acadêmica que a utiliza como referencial (PATRIOTA, 2007).

O campo de fenômenos das representações sociais é bastante extenso, no qual objetos, como violência, suicídio, saúde da mulher, são comumente investigados, o que justifica, segundo Vala (1993) sua ampla utilização por pesquisadores de diversas áreas, principalmente os da saúde. Neste sentido, Machado e outros (1997) destacam o crescente interesse dos pesquisadores da enfermagem por essa abordagem teórica, utilizando-a como um referencial nas investigações psicossociais.

De acordo com a definição da TRS, Moscovici sempre alertava para o risco de se reduzir o campo conceitual das representações ao se criar um conceito preciso (MOSCOVICI, 1985).

Corroborando com Moscovici, Ibañez (1988, p.37) acrescenta que a TRS possui “um conceito complexo, polifacético, difícil de encerrar em uma expressão condensada e com a ajuda de umas poucas palavras”.

Para tanto, no decorrer do seu trabalho, Moscovici traz como comentário um possível conceito das Representações Sociais:

Por representações sociais, entendemos um conjunto de conceitos, proposições e explicações originado na vida cotidiana no curso de comunicações interpessoais. Elas são o equivalente, em nossa sociedade, dos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais; podem também ser vistas como a versão contemporânea do senso comum. (MOSCOVICI, 1985, pág.181).

Neste sentido, é importante também incluir as noções sociológicas no conceito das Representações Sociais. Para tanto, Jodelet (1989, p.36) acrescenta: “uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, que tem um objetivo prático e concorre para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”.

As representações, portanto, são formuladas e apreendidas na vida em sociedade, implicando e construindo os saberes sociais e orientando os comportamentos e as condutas. Entende-se, assim, que ao estudar as representações sociais de um determinado objeto, deve-se levar em consideração que estas se constroem em um determinado contexto histórico e cultural, no qual vale ressaltar suas crenças e os valores estabelecidos por aquela sociedade, que se constituem na sua própria identidade.

A apropriação desse objeto pelos sujeitos relaciona-se a dois processos responsáveis pela elaboração das Representações Sociais: ancoragem e objetivação.

A ancoragem é um processo através do qual o desconhecido é familiarizado, a partir de uma rede de significações em torno do objeto que o torne conhecido (NÓBREGA, 2001). Desta forma, os sujeitos só representam aquele objeto/ aquilo que ancoram (JODELET, 1998).

A objetivação consiste na materialização da representação, tornando concreto as significações em torno do objeto, dando visibilidade às abstrações (JODELET, 1998; SANTOS; ALMEIDA, 2005).

As Representações Sociais têm duas funções: a função do saber, no sentido em que os atores sociais compreendem o objeto dentro de sua capacidade cognitiva, tornando possível a comunicação social; e a função de orientação, uma vez que a compreensão do objeto guia os comportamentos e as práticas dos indivíduos sobre o objeto (NÓBREGA, 2001), como já trazia Moscovici (1976) ao afirmar que a representação social é responsável por produzir e determinar comportamentos e formular a comunicação interpessoal

Abric (2000) incluiu mais duas funções: a identitária, uma vez que os indivíduos que compartilham a mesma forma de compreensão do objeto são pertencentes a um mesmo grupo; e a justificadora, já que, a partir da compreensão do objeto, determinada ação ou comportamento é explicado.

2.7.1 A Teoria do Núcleo Central

Considerando as representações sociais como conjuntos sociocognitivos, faz-se necessário a identificação dos elementos centrais que fornecem significação a representação, que unem entre si os elementos constituintes do conteúdo e que regem sua evolução e sua transformação. Neste sentido, escolhemos embasar este estudo na Teoria do Núcleo Central.

Segundo Sá (1996), essa teoria tem sido uma das grandes aliadas no que diz respeito ao aprimoramento do conceito, das teorias e da metodologia no estudo das representações sociais.

A teoria do núcleo central é proposta primeiramente, em 1976, por Jean-Claude Abric, em sua tese de *Doctorat d'État*, intitulada *Jeux, conflits et représentations sociales*. Esta surgiu como uma sugestão para a organização da estrutura interna das representações sociais, descrita por Abric (1994) como estruturas hierarquizadas, organizadas ao redor de um núcleo central.

A ideia essencial da teoria do núcleo central é de que toda representação está organizada em torno de um núcleo central, sendo este responsável pela significação e pela

organização interna das representações. Segundo Abric (1994 a, p.73) o núcleo central é “um subconjunto da representação, composto de um ou alguns elementos cuja ausência desestruturaria a representação ou lhe daria uma significação completamente diferente”.

O núcleo central possui duas dimensões: a funcional, já que os elementos constituintes do núcleo central são os mais importantes para a realização de uma determinada tarefa e a normativa, na qual interagem as dimensões sócio-afetivas, sociais ou ideológicas, os elementos serão normas, estereótipos ou atitudes fortemente marcadas. Além de funções essenciais, como a geradora, pela qual a significação da representação se cria ou se transforma, e a organizadora, pois é a partir do núcleo que saem os laços que unem todos os elementos da representação. (ABRIC, 1994).

Essa função organizadora garante a estabilidade e a unificação do núcleo central, permitindo a continuidade dessa representação. Para Sá (1996), é essa característica que possibilita a identificação de diferenças básicas entre as representações. O núcleo central será na representação o elemento passível de resistir as mudanças, sendo que quando estas ocorrerem, isso se traduzirá na mudança completa das representações acerca determinado objeto (ABRIC, 1994).

2.7.2 Organização interna de uma Representação Social

A estrutura e o funcionamento das representações sociais estão fundamentadas em características contraditórias: são estáveis e móveis, rígidas e flexíveis, fazem parte do senso comum, mas marcadas por fortes diferenças interindividuais (SÁ, 1996). Neste sentido, a Teoria do Núcleo Central procura dar conta dessas contradições ao afirmar que as representações são estruturadas em um sistema interno duplo, que confere a complementaridade de um a outra.

Haveria assim, um núcleo central, caracterizado por Abric (1994) como ligado e determinado por influências históricas, sociológicas e ideológicas, fortemente marcado pela “memória coletiva” do grupo e pelo sistema normativo no qual esse grupo se insere, sendo a base comum, coletivamente partilhada das representações sociais.

Por outro lado, haveria também dois sistemas periféricos, como um complemento ao núcleo central e a zona de contraste que segundo Oliveira e outros (2007) se organiza de acordo com as variações das representações dos subgrupos.

O sistema periférico é mais sensível, flexível e determinado pelas características do contexto imediato. Para Abric (1994) é devido a esse sistema que a representação se ancora na

realidade daquele momento. Ele possui como função a concretização do núcleo central em termos de tomadas de posição ou de condutas, permitindo uma certa modulação individual da representação, ligados a história do próprio sujeito, sua experiência pessoal e o seu vivido. “Ele permite assim a elaboração de *representações sociais individualizadas* organizadas não obstante em torno de um núcleo central comum”. (ABRIC, 1994, p. 80).

2.7.3 As práticas sociais ancoradas na transformação e formulação das representações

As representações são constituídas, e as vezes ancoradas, na história da coletividade. Essa característica permite explicar o comportamento do indivíduo em suas práticas cotidianas.

Cada ator social constrói, ao longo de sua história de vida, representações e agem de acordo com estas. A TRS permite assim a análise, compreensão e intervenção dos grandes problemas sociais, sendo uma forma de interpretar a realidade a partir dos conhecimentos apreendidos na vida cotidiana, no senso comum (MACHADO *et al.*, 1997).

Por retratar a realidade, as Representações Sociais podem ser consideradas matéria-prima para análise do social, bem como para análise da ação pedagógica-política de transformação (MINAYO, 2004).

Estas representações sociais encontram-se permeadas por crenças, valores, sentimentos e tabus que influenciam a forma como olhar, escutar, acolher. Nesta perspectiva, como essas representações resultam de um processo contínuo de construção-desconstrução-reconstrução, tendo a sociedade como espaço de formação, sustentação e transformação de objetos, a identificação das representações sociais de médicos(as), enfermeiras(os) e técnicas(os) de enfermagem sobre a tentativa de suicídio por mulheres, é de fundamental importância para apreendermos os elementos da estruturação das Representações Sociais passíveis de mudanças, a fim de se promover uma nova práxis de cuidar, ancorada na humanização da assistência.

3 DESENHO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, tendo como eixo teórico a Teoria das Representações Sociais, pertinente ao objeto de estudo: representações sociais de médicos(as), enfermeiras(os) e técnicas(os) de enfermagem sobre a tentativa de suicídio por mulheres.

A pesquisa exploratória é um estudo preliminar da realidade recomendada quando pretende-se estudar os fatos humanos. Esta pesquisa deve ser feita durante a etapa do planejamento com o objetivo de familiarizar-se com o fenômeno investigado permitindo uma maior precisão e compreensão do objeto e assim elaborar um instrumento baseado nas experiências reais dos sujeitos, no seu vocabulário e ambiente de vida (ANDRADE, 2002; TEMPORINI, 1986).

Já a pesquisa descritiva tem como objetivo principal a descrição das características de determinada população (GIL, 2006). Nesse sentido, buscamos, a partir da descrição da experiência de profissionais de saúde, refletir sobre a assistência prestada a essas mulheres.

O estudo exploratório dá visibilidade a um fato social e aumenta a experiência do pesquisador e o estudo descritivo, por sua vez, possibilita a descrição dos fatos e fenômenos de uma determinada realidade, considerados, portanto, adequados tendo em vista a complexidade do objeto de estudo (TRIVIÑOS, 1987).

Em relação a abordagem qualitativa, Marcus e Liehr (2001) afirmam que nesse tipo de pesquisa os sujeitos são considerados como únicos e atribuem significados a suas experiências provenientes do contexto da vida.

Segundo Minayo (2008), a pesquisa qualitativa busca entender a subjetividade dos significados, motivações, crenças e atitudes, os quais não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Consideramos esta abordagem pertinente já que valoriza a subjetividade dos profissionais permitindo, assim, desvelar as particularidades da assistência prestada a mulheres que tentaram o suicídio.

3.2 SUJEITOS

Os sujeitos do estudo foram 70 profissionais de saúde, sendo 11 médicos(as), 27 enfermeiras(os) e 32 técnicas(os) de enfermagem que trabalham na unidade de emergência de

um hospital geral de grande porte da cidade de Salvador, Bahia, lócus do estudo, e que atendem mulheres que tentaram suicídio. Como critério de inclusão, estes profissionais tinham que compor o quadro fixo de funcionários do hospital, com, no mínimo, seis meses de experiência.

3.3 ESPAÇOS DO ESTUDO

O estudo foi realizado na cidade de Salvador, no estado da Bahia, em uma unidade de emergência adulta de um hospital geral público de grande porte cujo nível de atenção abrange a assistência de média e alta complexidade. O hospital presta serviços a comunidade em geral, incluindo o atendimento ambulatorial, internação, Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SADT) e assistência em situações de urgência e emergência, em convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS).

É o maior hospital público do Norte e Nordeste, realiza procedimentos cirúrgicos de alta complexidade e também funciona como hospital-escola, formando anualmente centenas de profissionais e mais de 100 especialistas em diversas áreas como enfermeiras, médicos, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas e fisioterapeutas (AGECOM, 2009).

O fluxo da clientela atende uma demanda espontânea e referenciada, possuindo 640 leitos, porém, com a disposição de leitos extras, a capacidade de internação pode aumentar para 700. O hospital registra média mensal de 120 mil internamentos, 1,3 mil atendimentos ambulatoriais, 700 cirurgias e atende cerca de 560 pessoas por dia na emergência, que funciona com 3 portas de entrada: adulto, pediátrica e obstétrica (AGECOM, 2009).

A unidade de emergência do hospital é referência no que diz respeito a assistência a saúde das pessoas intoxicadas, recebendo diariamente inúmeros casos de intoxicação, dentre as quais se incluem as tentativas de suicídio, o que viabilizou assim a realização deste estudo.

Vale ressaltar também, em relação a escolha do espaço, que o serviço de saúde, em especial as unidades de emergência, são espaços importantes na identificação de mulheres que tentaram suicídio, pois é nessa instituição que a expressão dessa violência auto-infligida possui uma maior visibilidade e, em muitos casos, esse momento é o único no qual essa vivência é declarada.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Roberto Santos sendo aprovado sob o número 13/10 (ANEXO A), sendo assim obedecido a Resolução nº196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que norteia as pesquisas com seres humanos.

Essa resolução dita as diretrizes e as normas regulamentadoras que articulam três princípios éticos: o Princípio da Beneficência, o Princípio pela Dignidade Humana e o Princípio da Justiça (BRASIL, 1996).

O princípio da beneficência é um dos mais fundamentais na pesquisa que encerra a máxima: “Acima de tudo, não causar dano” (POLIT, BECK; HUNGLER, 2004). Neste sentido, o pesquisador estava preparado para promover a integridade dos sujeitos da pesquisa, treinado para interromper a pesquisa se houvesse alguma razão para suspeitar que sua continuação resultasse em algum sofrimento indevido ao participante. A fim de diminuir esse risco, as questões de pesquisa foram formuladas de forma criteriosa, fornecendo todas as informações necessárias após a realização da coleta de dados, permitindo que os participantes façam perguntas ou expressem queixas.

Outra dimensão obedecida desse princípio foi a garantia contra a exploração não colocando os participantes em desvantagem ou expô-lo a situações para as quais não tenham sido explicitamente preparados. Neste sentido, foi assegurado aos participantes que a informação fornecida ao pesquisador não será utilizado contra eles.

O princípio do respeito pela dignidade humana inclui o direito a autodeterminação (que significa que os participantes tem o direito de decidir voluntariamente se vão participar do estudo ou não, sem qualquer risco de sofrer alguma penalidade, como também de fazer perguntas, recusar-se a dar certas informações ou interromper a sua participação a qualquer momento do estudo) e o direito a revelação total, que significa que o pesquisador descreveu totalmente a natureza do estudo, o direito da pessoa em recusar-se a participar da pesquisa, as responsabilidades do pesquisador e os possíveis riscos e benefícios que incorreriam.

É através desse princípio que se baseia o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE A), assinado por todos os sujeitos da pesquisa. Neste sentido, o TCLE forneceu por escrito todas as informações sobre a finalidade do estudo, a natureza voluntária da participação e os meios de contato com o qual o sujeito poderá me procurar caso tenha alguma dúvida ou deseje se retirar do estudo.

O princípio da justiça inclui o direito dos participantes ao tratamento justo e equitativo antes, durante e após a sua participação no estudo, sendo os sujeitos selecionados de forma justa e não-discriminatória, obedecendo somente às exigências da pesquisa, a garantia de

tratamento não-preconceituoso tanto das pessoas que não concordarem da pesquisa quanto daquelas que se retiraram do estudo após concordar em participar, garantir o acesso ao participante ao pesquisador e a assistência profissional apropriada em qualquer momento do estudo para esclarecer dúvidas e a garantia da sensibilidade e respeito do pesquisador pelas crenças, hábitos e estilos de vida das pessoas das diferentes culturas.

Há também o direito a privacidade, garantida na pesquisa, na medida em que os dados fornecidos foram mantidos em mais absoluto sigilo, guardando a identidade dos participantes, utilizando este fim nomes fictícios de Deuses Gregos para identificar os sujeitos.

3.5 COLETA DE DADOS

Para a apreensão e interpretação das representações sociais dos médicos(as), enfermeiras(os) e técnicas(os) de enfermagem, a TRS permite a associação de métodos quantitativos e qualitativos (SÁ, 1996). Sendo assim, como técnicas de coleta de dados, foram utilizadas o Teste de Associação Livre de Palavras – TALP e a entrevista semi-estruturada.

O TALP é utilizado para fazer surgir espontaneamente associações de discursos dos sujeitos, envolvidos na pesquisa, relativos as palavras exploradas enraizadas nos estereotipo⁷ que criam (BARDIN, 2004).

A técnica consiste em apresentar uma palavra indutora aos indivíduos e solicitar que associem livre e rapidamente todas as palavras, expressões ou adjetivos (palavras induzidas) que lhe venham à cabeça a partir dela. Para cada palavra indutora, pedi cinco palavras induzidas que venham a mente, ou seja, as representações. Em seguida, os sujeitos escolheram duas das palavras que melhor definissem a expressão referida, justificando-as. Estas foram registradas e utilizadas para associação com as representações emergidas nas entrevistas.

Abric (1994) considera que por ter como característica a espontaneidade, essa técnica é muito utilizada para a apreensão dos elementos que constituem o conteúdo das representações sociais. Ressalta também que com essa técnica o pesquisador pode solicitar que os indivíduos indiquem os dois termos que ele considera mais importantes, estabelecendo assim a correlação entre o conteúdo da representação e os elementos responsáveis pela organização desse conteúdo.

⁷ O estereotipo é a representação relativamente estável de um objeto, pessoas ou idéias, partilhada pelos membros de um grupo social (BARDIN, 2004).

O TALP (APÊNDICE B) foi aplicado com todos os sujeitos e se constituiu da seguinte questão aberta: Que palavras vêm na sua cabeça quando digo a expressão: tentativa de suicídio por mulheres?

Em relação a entrevista, a mesma permite a interação face a face do pesquisador com o entrevistado, garantindo a proximidade entre as pessoas e, por conseguinte uma estreita relação entre estas, constituindo-se enquanto elemento fundamental nas pesquisas em Ciências Sociais (RICHARDSON et al, 1999).

Por natureza, as entrevistas tendem a ser como conversas informais, quando o pesquisador através de um roteiro-base ou perguntas norteadoras, pode se expressar durante a entrevista, sem o prejuízo da mesma, incentivando o entrevistado a responder os assuntos pertinentes a entrevista (POLIT, BECK, HUGER, 2004). Geralmente são de maior utilidade aos pesquisadores, pois permite a exploração dos problemas ou questões básicas, a verificação de quão sensível ou controverso é o tópico, do modo como as pessoas conceitualizam os problemas ou falam sobre eles e da gama de opiniões ou comportamentos existentes e relevantes ao tópico em questão.

Barros (2006) corrobora com essa definição, afirmando que a entrevista oferece a possibilidade de reformular a pergunta e adequá-la ao entendimento do entrevistado, além de proporcionar a oportunidade de observar as atitudes, expressão corporal e emoções dos profissionais para descrevê-las.

O formulário semi-estruturado (APÊNDICE C) que foi utilizado na coleta de dados e norteou a entrevista contém aspectos relacionados a caracterização do sujeito, com as variáveis independentes (sexo, idade, profissão, tempo de formado, especialização, estado civil, trabalho) e questões abertas norteadoras que abordam a temática proposta ou o objeto do estudo. Na ótica de González Rey (2002 p.80-81):

O instrumento é suscetível de multiplicidade de usos dentro do processo investigativo, que não se limitam às primeiras expressões do sujeito diante dele. [...] O uso de instrumentos abertos facilita a expressão do sujeito em toda sua complexidade e aceita o desafio que implica a construção de idéias e conceitos sobre a informação diferenciada que expressam os sujeitos estudados.

Na visão de Minayo (2004), tratando-se do método qualitativo, a entrevista semi-estruturada tem como característica permitir à depoente responder livremente, ao abordar o objeto de estudo por meio de questionamentos previamente elaborados e que sequencialmente constituem o roteiro da entrevista.

A entrevista semi-estrutura consiste em um guia para provocar a discussão no sentido de trazer uma série de questões específicas, sendo que muitas contêm partes mais estruturadas, permitindo obter detalhes, e questões menos estruturadas, abertas, quando o entrevistador pode acrescentar perguntas de esclarecimento (LAVILLE, DIONNE, 1999).

O formulário (APÊNDICE D) foi aplicado com os profissionais, constituindo-se das seguintes questões: “Fale sobre a tentativa de suicídio por mulheres. O que leva a uma mulher a tentar suicídio? Fale sobre a assistência a essas mulheres que tentaram o suicídio”.

No total foram realizadas dez entrevistas qualitativas, utilizando-se para isso o critério de exaustão, ou seja, as entrevistas foram consideradas saturadas quando os discursos não trouxeram mais nenhum elemento que possa contribuir para o estudo (TRIVIÑOS, 1987).

3.6 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Inicialmente, as palavras idênticas, sinônimas ou com proximidade no nível semântico induzidas obtidas no TALP foram reunidas, descontadas e ordenadas para que assim a informação fosse acessível e manejável, constituindo-se em um corpus para análise (ANEXO B).

Estas palavras foram, então, processadas pelo *Ensemble de Programmes Permettant L'analyse des Évocations* (EVOC), um software que através de um conjunto de programas realiza a análise das evocações a partir de análises fatorial e de tipificação ou de agrupamento (ANEXO C). Ele foi construído na França, por Pierre Verges e seus colaboradores, e neste estudo será utilizada a versão 2005, que roda sobre plataforma Windows (OLIVEIRA, 2001).

Efetuada as análises iniciais, as subseqüentes realizadas pelo EVOC constituem-se no cálculo e análise dos valores de frequência simples de cada palavra evocada, a ordem de evocação, calcula também as médias simples e ponderadas.

A partir desses dados foi possível a construção do quadro de quatro casas, que corresponde a quatro quadrantes com quatro conjuntos de termos. Os termos que são realmente significativos para os sujeitos da pesquisa, constituindo assim o núcleo central da representação social, situam-se no quadrante superior esquerdo. Já no quadrante superior direito e inferior esquerdo estão localizados respectivamente a primeira periferia e a zona de contraste, e as palavras situadas no quadrante inferior direito são pertencentes a segunda periferia. (OLIVEIRA *et al.*, 2007).

A técnica do “quadro de quatro casas” combina a frequência e a ordem de evocação das palavras, possibilitando a distribuição dos termos produzidos de acordo com a atribuição

de importância pelos sujeitos. Dessa forma, esta técnica, integrada à informática, torna-se um instrumento que viabiliza a análise da estrutura e organização de uma representação social, ao permitir a identificação da estrutura e do Núcleo Central dos médicos(os), enfermeiras(os) e técnicas(os) de enfermagem sobre tentativa de suicídio por mulheres.

As variáveis independentes serão organizadas e tabuladas através dos programas WORD e EXCEL e apresentados sob a forma de tabelas e percentuais descritivos (APÊNDICE E).

A análise dos dados qualitativos foi realizada através da Análise de Conteúdo, definida por Bardin (2004, p. 27) “como uma técnica de investigação que através de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações tem por finalidade a interpretação destas mesmas comunicações”. Para isso, codifica o material bruto para se atingir uma possível representação, a partir da identificação e agrupamento de elementos que guardem um grau de relação entre si, uma homogeneidade.

A análise de conteúdo pode ser uma análise dos significados, favorecendo assim novas interpretações do que já foi analisado. Neste sentido, Minayo (2004) acrescenta que a Análise de Conteúdo relaciona os significantes com os significados.

Na busca de alcançar tais significados no material qualitativo, elegi como técnica de análise de conteúdo, a Análise Temática ou Categorical. Esta técnica desmembra o texto em categorias permitindo encontrar, pela sua presença no discurso, o núcleo de significação que se mostra no texto, ou seja, o tema.

A operacionalização da análise temática se desdobra em três pólos cronológicos descritas por Bardin (2004): pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados, inferência e a interpretação.

Para a autora, a pré-análise consiste na fase de organização propriamente dita, que tem como objetivo operacionalizar e sistematizar as idéias iniciais do plano de análise. A primeira atividade denomina-se leitura flutuante e refere-se à leitura exaustiva do material bruto, até a leitura ir se tornando mais precisa, em função de hipóteses emergentes, da projeção de teorias e da visibilidade da possível aplicação das técnicas utilizadas. Posteriormente deve-se escolher os documentos de análise, constituindo um *corpus* (conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos processos analíticos). Essa constituição deve seguir algumas regras: regra da exaustividade, uma vez que nenhum elemento presente no roteiro pode ficar de fora do *corpus*, da representatividade, possibilidade de generalizar os resultados ao universo pretendido; da homogeneidade, no sentido de estabelecer critérios precisos

através de técnicas idênticas e sujeitos com características semelhantes; e da pertinência, de modo que as informações analisadas correspondam aos objetivos do estudo.

A segunda fase, exploração do material, diz respeito primeiramente à codificação, visando alcançar os núcleos de compreensão do texto. Metodologicamente, conforme estabelecido na pré-análise, haverá recorte dos textos em unidades de registro – temas – ao redor do qual o discurso se organiza. Em seguida, realiza-se a classificação de elementos por diferenciação – categorias – com posterior agregação dos dados comuns. A este processo denomina-se categorização.

A última fase, tratamento dos dados e interpretação, consiste na análise dos discursos dos profissionais à luz da Teoria das Representações Sociais, dos estudos sobre suicídio, da categoria gênero e das políticas públicas voltadas para o atendimento às pessoas que tentam suicídio.

4 RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Na primeira parte dos resultados do estudo, apresento a caracterização dos sujeitos entrevistados, cuja tabela completa se encontra no Apêndice E.

Foram entrevistados um total de 70 profissionais de saúde. A categoria da medicina foi constituída por 11 profissionais, sendo 7 médicos e 4 médicas. Em relação a enfermagem, foram 27 profissionais de nível superior (22 enfermeiras e 5 enfermeiros) e 32 de nível técnico, sendo 24 técnicas e 8 técnicos.

No que se refere a idade, a maioria dos profissionais estão situados entre a faixa etária de 25 a 39 anos (71,4%), sendo que a maior parte dos médicos(as) tem entre 25 a 29 anos (81,8%), as enfermeiras(os) entre 25 a 39 anos (77,7%) e os técnicas(os) entre 30 a 39 anos (49,95%).

No que se refere ao estado civil, 51,43% dos profissionais são solteiros e 35,7% estão convivendo com um companheiro, sejam casados ou em união estável. Esse resultado se repete quando analisamos separadamente por categoria. Nota-se que os profissionais em sua maioria estão solteiros (72,7% dos médicos(as), 48,15% das enfermeiras(os) e 46,9% dos técnicos(as)) seguidos pelos os que estão casados ou em união estável (27,3% dos médicos(as), 37,1% das enfermeiras(os) e 37,45% das técnicas(os)).

A maioria dos profissionais (61,4%) trabalha apenas no hospital lócus do estudo, sendo que os outros 27 profissionais trabalham principalmente em outros hospitais (66,6%) ou em postos do Programa de Saúde da Família (25,9%). Os profissionais que se destacaram por possuírem mais empregos simultâneos foram as enfermeiras (55,5% do total).

Ao investigarmos o tempo de trabalho no hospital em estudo, a maioria dos profissionais trabalham lá há mais de 4 anos (42,9%), sendo que os médicos foram os profissionais que estão há menos tempo (72,7% estão há menos de 1 ano).

No tocante ao tempo de formado, em consonância ao tempo de trabalho no hospital, a maioria dos profissionais estão formados há mais de 5 anos (57,1%) em exceção aos médicos pois 54,5% possuem até um ano de formado.

A maioria dos entrevistados (70%) não frequentam nenhum curso de especialização no momento. A maioria dos que frequentam, os 30% restantes, em relação a cada categoria estudada, são médicos (7 profissionais) que estão cursando alguma residência na área de cirurgia geral ou emergência. Das enfermeiras entrevistadas, 33,3% (9 enfermeiras)

afirmaram estar cursando alguma especialização na área da Saúde Coletiva, UTI ou Emergência ou alguma outra graduação (Medicina, Arquitetura e Ciências contábeis). Dos técnicos de enfermagem, três afirmaram estar cursando a graduação em enfermagem, uma cursa serviço social e outra cursa biologia, totalizando apenas 15,6% do total.

Ao questionarmos sobre a posse de algum outro título acadêmico, os resultados foram semelhantes aos encontrados acima. De todos os profissionais, 70% não possuíam qualquer título de especialização. Dos 30% restantes, a maioria dos profissionais eram especialistas (71,4%). Analisando as categorias separadamente, as enfermeiras se sobressaíram neste requisito, 55,6% são especialistas, sendo sua grande maioria (93,3% destas) especialistas nas seguintes áreas: Ensino Superior (1), UTI (4), Enfermagem do Trabalho (4), Saúde Pública (3), Obstetrícia (3) e Emergência (3). Apenas um técnico de enfermagem referiu possuir especialização, sendo esta na área de enfermagem do trabalho, e outros três eram graduados em outras áreas (Educação física, Gestão Ambiental e Fisioterapia). Dos médicos entrevistados, apenas dois referiram possuir títulos de residente. Em relação a pós graduação strictu senso, dos 70 colaboradores do estudo, apenas um médico (1,4%) relatou ser mestre e doutor na sua área.

No que se refere a abordagem do tema suicídio nos cursos de formação, 37,1% dos profissionais relataram ter tido alguma aula a respeito do tema na graduação ou durante a formação técnica. Porém, todos afirmaram que o suicídio foi explicitado como uma patologia, na disciplina de Saúde Mental.

Dos que fizeram ou estão cursando alguma especialização, apenas um (enfermeira que cursa a especialização de Saúde Pública) referiu uma aula que abordasse o suicídio, sendo essa aula inclusa também na disciplina de Saúde Mental.

É importante salientar que todos os profissionais relataram não ter conhecimento sobre nenhuma palestra ou aula sobre a temática suicídio ministrada no ambiente de trabalho deles, lócus do estudo.

4.2 A ESTRUTURA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MÉDICOS(AS), ENFERMEIRAS(OS) E TÉCNICAS(OS) DE ENFERMAGEM SOBRE TENTATIVA DE SUICÍDIO POR MULHERES

Neste capítulo apresentaremos os elementos constituintes da estrutura das representações sociais de médicos(as), enfermeiras(os) e técnicas(os) de enfermagem sobre a

tentativa de suicídio por mulheres, obtidos através do processamento das palavras evocadas no TALP pelo software EVOC, 2005.

O corpus foi formado pelas evocações das(os) 70 profissionais durante a realização do TALP, no qual foi utilizado o termo “**tentativa de suicídio por mulheres**” como estímulo indutor.

Ao analisarmos o conteúdo desse corpus, percebemos que foram evocadas 350 palavras, sendo que destas, 21 eram diferentes, denotando a baixa dispersão em torno da representação do tema pesquisado, ou seja, apontando para o fato de a maioria dos profissionais de saúde tem a mesma representação sobre a tentativa de suicídio (QUADRO 1).

Número de sujeitos	70
Número total de palavras evocadas	350
Número de palavras diferentes evocadas	21
Frequência média de evocações	10,0
Ordem média de evocações	3,0
Número de sujeitos que indicaram a palavra mais importante	37
Número total de evocações analisadas	350

Fonte: Dados processados no EVOC

Quadro 1 - Síntese do resultado do TALP – Salvador (BA), 2011.

A construção do quadro de quatro casas pelo software EVOC foi realizada através do cálculo e análise combinada da ordem média de evocações (representada no eixo vertical e gerada em torno de 3,0, em uma escala de 1 a 5) e da frequência média de palavras (representada no eixo horizontal e gerada em torno de 3,0 a 10,0) (QUADRO 2).

Este quadro contém quatro quadrantes com quatro conjuntos de termos. O quadrante superior esquerdo corresponde ao núcleo central das representações sociais, no qual estão descritos os termos mais significativos para os sujeitos da pesquisa. No quadrante superior direito, se encontra a primeira periferia e no inferior esquerdo estão localizados os elementos da zona de contraste. Por fim, no quadrante inferior direito encontram-se os elementos periféricos da representação, que foram os menos frequentes e evocados.

O quadro 3 apresenta as palavras que tiveram a maior frequência de evocação e as que foram evocadas prioritariamente, compondo assim o núcleo central das representações

(depressão, falta de fé, desespero, baixa auto-estima, problemas econômicos, tristeza, angústia, solidão e morte).

	Rang (Ordem média de evocação – OME) < 3,0		Rang ≥ 3,0			
Frequência ≥ 10	Depressão	38	2,162	Problemas psiquiátricos	16	3,375
	Falta de fé	27	2,500	Fragilidade	17	3,143
	Desespero	24	1,727	Desilusão	17	3,385
	Baixa Auto-estima	22	2,667	Desestruturação familiar	11	3,455
	Tristeza	18	2,800	Vazio	10	3,100
	Problemas econômicos	15	2,867			
	Solidão	15	2,538			
	Angústia	14	2,571			
	Morte	12	2,800			
≤3 Frequência <6	Problemas emocionais	9	2,667	Doença	7	3,857
	Briga	6	2,167	Medo	7	3,000
	Separação	3	2,667	Sofrimento	4	3,000
	Droga	3	2,333			

QUADRO 2 – Estrutura e conteúdo das representações sociais de médicos(as), enfermeiras(os) e técnicas(os) de enfermagem sobre tentativa de suicídio por mulheres – Salvador (BA), 2011.

<i>Aspectos Estruturais</i>	<i>Elementos</i>	<i>Frequência da ordem de evocação</i>					<i>Frequência de Evocação</i>
		<i>1ª</i>	<i>2ª</i>	<i>3ª</i>	<i>4ª</i>	<i>5ª</i>	
<i>Núcleo Central</i>	Depressão	20	5	3	5	5	38
	Falta de fé	4	9	3	6	5	27
	Desespero	12	7	1	1	3	24
	Baixa auto-estima	3	7	4	1	7	22
	Problemas econômicos	2	3	4	5	1	15
	Tristeza	3	2	6	5	2	18
	Angústia	2	5	5	1	1	14
	Solidão	4	2	3	4	2	15
	Morte	3	2	1	2	4	12

Fonte: Dados processados no EVOC

QUADRO 3 - Ordem média de palavras das Representações Sociais de médicos(as),

enfermeiras(os) e técnicas(os) de enfermagem sobre tentativa de suicídio por mulheres – Salvador (BA), 2011.

As palavras **depressão, falta de fé, desespero, baixa auto-estima, problemas econômicos, tristeza, angústia, solidão e morte** são elementos que compõe o núcleo central das representações sociais de médicos(as), enfermeiras(os) e técnicas(os) de enfermagem sobre o tentativa de suicídio por mulheres. Do total de 350 evocações, estes termos foram proferidos 175 vezes, o que totaliza 50% da amostra, sendo que para 53 profissionais, estes termos aparecem como os mais importantes.

Após a análise desse quadrante, percebe-se, de acordo com a sua estruturação, que as(os) profissionais representam a tentativa de suicídio por mulheres, essencialmente, ancorando-se aos fatores de risco do ato.

A palavra **depressão** foi a mais evocada ($f=38$; $ome=2,162$), sendo que 25 profissionais a consideraram como o 1º e o 2º termo mais importante, configurando-se como elemento central para a construção da representação de médicos(as), enfermeiras(os) e técnicas(os) de enfermagem sobre a tentativa de suicídio. Sendo assim, as(os) profissionais percebem que a depressão, um transtorno psiquiátrico, é um dos principais motivos que levam a uma mulher a tentar suicídio, como pode ser observado também na fala a seguir:

Na verdade o que leva uma mulher a tentar o suicídio é a depressão.

Dionísio (técnico de enfermagem).

O que leva uma mulher a tentar o suicídio é a depressão. (...) Quando a pessoa esta com depressão, tudo é mais intenso... **Afrodite** (enfermeira).

O suicídio é um sinal de depressão. Quando a mulher tenta suicídio é porque ela esta em um quadro depressivo avançado. **Hermes** (médico).

Pesquisa de Mesquita (2011) com o objetivo de analisar as representações sociais de mulheres que tentaram suicídio sobre o ato auto-destrutivo revela que estas mulheres reconhecem a depressão como o transtorno mais comum relacionado ao mesmo.

Estudo de Chachamovich et al (2009) embasou esse resultado ao afirmar que os sintomas da depressão se destacam entre os diagnósticos psiquiátricos associados ao suicídio e a ideação suicida.

Meleiro, Teng e Wang (2004) também afirmam que 90% dos suicídios apresentam algum transtorno psiquiátrico, sendo que 58% a 85% das pessoas com intenção suicida tinham depressão ou alcoolismo.

Ainda há pesquisadores que considerem o comportamento suicida como um dos sintomas característicos da depressão, senão específicos (VIEIRA e COUTINHO, 2008).

Porém, vale ressaltar que o suicídio é decorrente da interação de múltiplos fatores, ligados intrinsecamente a história de vida da pessoa, sendo um fenômeno complexo e multidimensional. Não existe um único fator capaz de elucidar um episódio de suicídio ou da tentativa, ou seja, não é toda pessoa que possui depressão que tentará suicídio e a depressão por si só não explica esse fenômeno, essa patologia encontra-se assim enraizada a outros fatores e intensifica o risco da pessoa tentar suicídio.

Entretanto, a maioria dos casos de depressão não é identificada e nem encaminhada para o tratamento, sendo esta patologia responsável por inúmeros casos de morbidade e mortalidade, especialmente através do suicídio (BAHLS; BAHLS, 2002).

Considerando esta conjuntura, é importante salientar que a depressão é um fator de risco modificável para o suicídio. A identificação precoce do comportamento suicida entre mulheres com diagnóstico de depressão é de grande valia para a prevenção do ato suicida, sendo o profissional de saúde um ator importante para essa detecção.

Faz-se necessário então que os profissionais de saúde estejam atentos para alguns sinais típicos da depressão que se expressa através do sofrimento psíquico, como os estados de humor irritável ou depressivo duradouro e/ou excessivo e períodos prolongados de isolamento ou afastamento do convívio social (BAHLS; BAHLS, 2002).

Neste contexto, os termos **desespero** (f=24; ome=1,727), **angústia** (f=14; ome=2,571) e **tristeza** (f=18; ome=2,800), também aparecem compondo o núcleo central das representações sociais de profissionais de médicos(as), enfermeiras(os) e técnicas(os) de enfermagem sobre a tentativa de suicídio por mulheres.

Em relação a sensação de desespero e angústia, Macedo e Werlang (2007, p.186) afirmam que a dor psíquica gera na pessoa uma sensação de “desagregação de si”, o que aproxima-o a experiência da morte. Quando a tentativa de enfrentamento dessa dor fracassa, vem intensamente o sentimento de angústia, desespero, aumentando assim essa sensação de desagregação o que culmina na sua autodestruição.

Estudo de Silva e Boemer (2004) revela que o suicídio em seu mostrar-se a profissionais de saúde aparece como algo que ocorre a uma pessoa em um momento de muito desespero. Segundo as autoras, na ótica dos profissionais de saúde, a pessoa que tenta suicídio

esta “tentando fugir de uma situação de sofrimento que chega aos limites do insuportável”, mostrando-se assim como um pedido de socorro, o que também foi evidenciado em nosso estudo, conforme podemos observar nas falas a seguir:

Porque chega uma hora que ela não agüenta mais tanta humilhação, a angústia é tanta que aí a única saída é a morte mesmo... Dionísio (técnico de enfermagem).

Na verdade, ela esta é desesperada (...)a vida dela esta em um beco sem saída que a única solução que ela tem é a morte. Íris (enfermeira).

A mulher tenta suicídio (...) esta em um quadro (...) de tristeza absoluta, que para ela naquele dado momento, não há mais sentido em se continuar viva. Hermes (médico).

Neste contexto, Durkheim (2003) em sua obra O Suicídio, destaca o suicídio melancólico que está relacionado a períodos de extrema tristeza e faz com que a pessoa não valorize mais as relações interpessoais e as coisas que os cercam. Benincasa e Rezende (2006) trazem como resultado de seu estudo a tristeza como o principal fator de risco para o suicídio.

Dutra (2001) já acrescentava a importância em se perceber fases de tristeza, aflição, isolamento, tédio, desesperança e retraimentos, que em muitos casos podem ser percebidas como corriqueiras, desvalorizando assim possíveis sinais que permitiriam o diagnóstico precoce da depressão.

O termo **falta de fé** foi evocado 27 vezes (f=27; ome=2,500), sendo que 13 profissionais o citaram em 1º ou 2º lugar. A religiosidade aparece então como um fator de proteção, que diminui ou elimina o risco da pessoa tentar suicídio como pode ser observado na fala a seguir:

A mulher que se matou não tem com quem se apegar, não acredita em Deus. Quem se apega a Deus não se mata, pois sabe que para tudo nessa vida tem solução. Ártemis (técnica de enfermagem).

As(os) técnicas(os) de enfermagem percebem que a religiosidade é uma forma de proteção ao ato suicida, pois a mulher no momento de sofrimento intenso poderá recorrer a sua espiritualidade, buscando assim alternativas para sair daquela dor intensa.

Além disso, a prática religiosa condena o ato suicida e propicia a pessoa uma interação interpessoal, evitando que esta esteja exposta a outros fatores de risco como o isolamento social e a solidão.

A influência da religião e religiosidade sobre a saúde e, em especial, a saúde mental, é um fenômeno resultante de vários fatores. Entre os possíveis modos pelos quais o envolvimento religioso poderia influenciar a saúde, estão fatores como: mudanças no estilo de vida, suporte social, uma rotina de práticas religiosas, formas de enfrentamento do estresse, direção e orientação espiritual (MELEIRO, TENG E WANG, 2004).

A Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2003) traz a religiosidade como um fator de proteção para o suicídio. Nos Estados Unidos, por exemplo, um país em que 90% das pessoas consideram a religião muito importante em suas vidas (GALLUP, 1996), um estudo com 100 tentativas graves de suicídio revelou que 51% desses indivíduos não tinham qualquer crença religiosa (HALL, 1999).

Sendo assim, no momento que as(os) profissionais de saúde correlacionam na fala deles a religião ao comportamento suicida, devem considerar sobretudo a importância e o significado daquela religião para a vida daquela mulher, para que assim seja realizado uma assistência baseada nesse mecanismo de proteção, mostrando a elas novas possibilidades de enfrentamento das dificuldades da vida.

O termo **problemas econômicos** evocado por 15 profissionais ($f=15$; $ome=2,867$) é considerado como um fator de risco demográfico para o suicídio (MELEIRO, TENG e WANG, 2004).

Geralmente os motivos que levam uma mulher a tentar suicídio estão relacionados ao estado depressivo dela, como problemas na família, dívidas. Hermes (médico).

Estudo traz que os estados com piores condições econômicas e com as maiores taxas de desemprego tem maiores índices de suicídio. Em contrapartida, se a localidade estudada for mais rica, a taxa de tentativa de suicídio aumenta entre os desempregados (HAWTON et al, 2001). Isso indica que o contraste entre o ambiente em que a pessoa vive e a condição financeira dela, intensifica o risco de se tentar suicídio.

Portanto, o emprego aparece como um fator de proteção a vida de uma mulher que tentou suicídio e o desemprego como um fator de risco, que deve ser avaliado principalmente em relação com outros fatores como o abuso de drogas, isolamento social, porte de arma de fogo. (MELEIRO, TENG e WANG, 2004).

Neste contexto, podemos salientar as questões relativas as iniquidades sociais e em saúde, existentes na vida em sociedade, que influenciam o comportamento humano, trazendo assim efeitos adversos a saúde das pessoas, podendo se expressar de diversas formas, inclusive na tentativa de suicídio (CAIAFFA et al, 2008).

Dessa forma, a organização da vida social e as condições econômicas e sociais determinam essas iniquidades, exercendo uma forte influência no processo de saúde e doença. Faz-se necessário assim entender a conformação dessa sociedade e visualizar quais são os impactos dessa iniquidade para a população.

A palavra **solidão** também compõe o núcleo central dessa representação sendo evocada por 21,4% dos profissionais (f=15; ome=2,538).

São na verdade pessoas que não tem amizades, solitárias, não tem com quem conversar, ai se vêem em um mundo onde não existe mais ninguém (...).Ela se isola do mundo externo, não quer conversar com ninguém ou não tem ninguém para conversar. Íris (enfermeira).

O isolamento social, a solidão e as relações sociais conflituosas são achados freqüentes na história de vida de pessoas suicidas. Estudo de Mais (1997) revela que metade das vítimas de suicídio não tinha qualquer amigo íntimo.

Esse fator de risco tem recebido uma importante atenção na última década e deve ser sempre considerado na avaliação de uma mulher por um profissional de saúde.

Deve-se salientar, entretanto, que o isolamento social e problemas interpessoais são característicos dos transtornos psiquiátricos e ampliados em alguns casos como a desvalorização social da mulher, enraizado pelas questões de gênero.

Muitos estudos mostram que o isolamento social, ou seja, ficar sozinha mais de 8 horas por dia, independente do fato de possuir ou não suporte psicológico, como por exemplo, terapia, aumenta o risco ao ato suicida, principalmente quando há uma associação com história de violência (GROHOLT et al, 2000; WICHSTROM, 2000).

O termo **morte** foi evocado 12 vezes (f=12; ome=2,800). Em alguns discursos, essa palavra aparece não como a vontade de morrer, mas como uma solução para por fim ao sofrimento psíquico advindo do estado depressivo da mulher:

Ela não quer se matar, ela quer matar o sofrimento dela. Hera (enfermeira).

*(...) Para ela naquele momento ela não pode fazer mais nada para melhorar aquela situação de vida, aquele sofrimento, então a morte é a melhor solução encontrada. **Hermes** (médico).*

Nota-se então a ambivalência do ato suicida percebida por algumas ou alguns profissionais de saúde, pois na verdade a pessoa não deseja acabar com a vida, mas a dor que ela sente, a angústia, o sofrimento é tão intenso, que a única solução encontrada é a morte. Há assim um questionamento da sua vontade de viver nessa situação, que culmina nos atos autodestrutivos (OMS, 2002).

Este resultado também aparece em estudo de Vieira e Coutinho (2008) que pretendia apreender as representações sociais de estudantes de psicologia acerca do suicídio, no qual o suicídio foi objetivado pelo elemento morte.

O termo **baixa auto-estima** também aparece compondo o núcleo das representações ao ser evocado 22 vezes ($f=22$ $ome=2,667$), sendo que 11 sujeitos o consideraram como o termo mais importante. As(os) profissionais percebem então que diversos acontecimentos na vida da mulher, como a vivência de violência conjugal, isolamento social, traição por parte do companheiro, a levam a um adoecimento, ocasionando principalmente a sua desvalorização como pessoa e até mesmo a sua anulação, como podemos observar na fala a seguir:

*Aquelas traições que o marido acaba agredindo ela psicologicamente também, deixando a mulher com a baixa auto-estima. **Hera** (enfermeira).*

Vale ressaltar que sentimentos como o de pouca valia caracterizam episódios depressivos típicos, com mudanças de humor capazes de causar interferências nas atividades e nos relacionamentos cotidianos. Segundo a OMS (2001), a continuidade e a gravidade desses episódios determinarão os diagnósticos de transtornos mentais e comportamentais, o que evidencia a necessidade da identificação e compreensão desse processo como uma questão de saúde mental.

Mesquita (2011) afirma que o processo de aniquilação do “ser-mulher” evolui progressivamente para o adoecimento. Este não significa necessariamente o adoecimento físico, mas sim, e sobretudo, aquele que destrói as potencialidades da mulher.

O adoecimento e as alterações no comportamento das mulheres, desencadeados pelo aniquilamento, poderão culminar na tentativa de suicídio. Segundo Cassorla (1998, p.191), quando as frustrações se intensificam e quando não se vê saída, a idéia de suicídio começa a se instalar, mas, em verdade, a morte física só vem consumir as muitas mortes parciais que já

ocorreram. O indivíduo já se defrontou com a morte de todas as suas potencialidades e não consegue mais se sustentar.

Por serem mais resistentes a mudanças, os elementos do núcleo central asseguram a continuidade da representação social, qualquer que seja o contexto. Dessa forma, a representação de médicos(as), enfermeiras(os) e técnicas(os) de enfermagem sobre tentativa de suicídio por mulheres está ancorada na sua vivência e nos valores e conceitos construídos a respeito do mesmo, estando estes permeados pelo estigma que recai sobre as pessoas que atentam contra sua própria vida.

Loureiro (2006) afirma que como seres políticos, os profissionais de saúde não estão imunes de trazer toda uma carga cultural de repulsa e tentativa de afastamento daqueles que praticam a violência auto-infligida.

A depressão, falta de fé, desespero, baixa auto-estima, problemas econômicos, tristeza, angústia, solidão e morte aparecem para os profissionais como motivos para induzir a mulher a ideação suicida, representação esta que é compartilhada pelo senso comum e que nos oferece elementos para compreender seus comportamentos, a assistência prestada.

Os elementos da primeira periferia das representações sociais dos profissionais de saúde, situados no quadrante superior direito, são formados pelos termos: **problemas psiquiátricos, fragilidade, desilusão, desestruturação familiar e vazio**. Essas palavras tiveram uma alta frequência de evocação, porém sua posição média na ordem de evocação não foi o bastante para que estas compusessem o núcleo central.

O termo **problemas psiquiátricos** ($f=16$, $ome= 3,375$) guarda relação com a representação que os profissionais de saúde tem sobre a mulher que tenta suicídio como aquela em um estado depressivo.

Dentre todos transtornos mentais, a depressão é aquela que está mais intimamente relacionada ao comportamento suicida. Estudo de Santos et al (2009) que objetivava estimar a frequência de distúrbios mentais em casos de tentativa de suicídio atendidos em uma unidade de emergência hospitalar no Rio de Janeiro, teve como resultado a depressão como problema psiquiátrico mais frequente. Moreira et al (2000) já sinalizava para um olhar mais atento as pessoas portadoras de algum problema na saúde mental, ao afirmarem que o risco destas se matarem era de 3 a 12 vezes maior quando comparadas aquelas que não possuíam nenhum distúrbio.

Vale ressaltar também a existência de um forte estigma que envolve a pessoa que busca a sua auto-destruição como aquela louca, portadora de algum distúrbio psiquiátrico, que dessa forma, permeia a representação desse profissional.

Botega et al (2009) trouxe como resultado de seu estudo que a cada três tentativas de suicídio apenas um chega a ser atendido em um serviço de emergência hospitalar. Um dos motivos apresentados pelos autores seria o próprio estigma da população em relação ao comportamento suicida que dificulta a assistência.

A **fragilidade** (f=17, ome=3,143) aparece como a representação dos profissionais daquela mulher como um ser sem força de vontade para viver, como podemos observar nas falas a seguir:

Fraqueza, a mulher não aguenta a pressão do dia a dia, é fraca de espírito.. Atena (técnica de enfermagem).

Pessoas que colocam fim na própria vida são fracas. Não querem enfrentar a realidade, preferem morrer do que isso. Ártemis (técnica de enfermagem).

A própria violência (...) leva a mulher, fraca, a tentar suicídio... Geia (enfermeira).

As pessoas que atentam contra sua própria vida são muito frágeis. Hermes (médico).

Percebe-se então, que apesar dos profissionais identificarem que a mulher que tenta suicídio esta em um processo de sofrimento intenso, eles não entendem o contexto em que ela vive, tendo um discurso permeado por um forte estigma que envolve a pessoa que busca sua destruição.

As(os) profissionais de saúde também representam que a **desilusão** (f=17, ome=3,385) é um sentimento comum entre as mulheres que tentam suicídio.

A ideação suicida advém da falta de habilidade em lidar com as frustrações. Faz-se necessário que os profissionais compreendam a complexidade em que vive essa mulher, entendendo que ela possui internamente uma insegurança intensa decorrente, muitas vezes, de vínculos familiares inadequados na infância, que por sua vez não a prepararam para uma convivência em sociedade, que a impossibilita de reagir positivamente a uma situação adversa (CASSORLA, 2001).

Neste contexto, o termo **desestruturação familiar** (f=11, ome=3,455) aparece compondo a primeira periferia, sendo evocado por 11 profissionais.

As(os) profissionais representam que uma família desestruturada é um fator de risco que pode desencadear na mulher depressiva a ideação suicida. Sendo assim, segundo

Marcondes Filho *et al.* (2002), os conflitos familiares são um dos motivos que levam à tentativa de suicídio.

O termo **vazio** (f=10, ome=3,100) também aparece compondo a primeira periferia da estrutura das representações sociais dos profissionais de saúde sobre a tentativa de suicídio por mulheres.

As(os) profissionais de saúde representam que essas mulheres encontram-se em um estado de dor tão intensa, que para ela nada mais faz sentido, sendo a morte a solução mais viável para seus problemas, como podemos constatar na fala a seguir:

Passa várias abobrinhas na cabeça dela do tipo: eu estou vivendo por quê? Qual o motivo que eu ainda tenho para viver nesse mundo? (...) aí se ela tiver a oportunidade, vai tentar o suicídio. Íris (enfermeira).

A esse respeito, Dutra (2001) afirma que a vivência de depressão se expressa normalmente através de “sentimentos de vazio”, no qual a pessoa se sente incompreendida, rejeitada ou mal amada, tudo isso em resposta a uma série de frustrações vivenciadas no seu cotidiano.

No quadrante inferior esquerdo, encontram-se os elementos da zona de contraste: **problemas emocionais, briga, separação, e droga**. Estes termos foram os que possuem uma frequência menor de evocação, mas em contrapartida foram os mais prontamente evocados.

Segundo Oliveira et al (2007) essa zona não modifica os elementos do núcleo central e nem a própria representação, mas se estrutura a partir das variações das representações de acordo com os sub-grupos.

Percebe-se que os termos que se encontram nela, estão entrosados com os elementos do núcleo central, sendo em tese motivos que levam a mulher a tentar o suicídio, em exceção a palavra drogas que diz respeito ao principal método utilizado pelas mulheres na tentativa de suicídio.

Os **problemas emocionais** (f=9, ome=2,667), referidos pelos profissionais de saúde, guardam relação com os elementos que compõe o núcleo central das representações sociais, como **depressão, desespero, baixa auto-estima, tristeza, angústia e solidão**.

O termo **briga** (f=6, ome=2,167) também surgiu como um elemento que faz parte da estrutura da representação dos profissionais. Para eles, a vivência em um ambiente com relações conflituosas aumenta a tendência da mulher a tentar o suicídio.

Benincasa e Rezende (2006) já traziam elementos que corroboram com esta representação ao afirmar que um fator de risco para a intenção suicida é a vivência constante

de brigas intrafamiliares e conjugal, que aumenta a sensação de tristeza, deixando assim a pessoa mais vulnerável.

Dentre esses conflitos existentes na relação conjugal, pode-se observar nas falas que os médicos(as), enfermeiras(os) e técnicas(os) de enfermagem também representaram a **separação** (f=3, ome=2,667) como uma situação que deixa a mulher mais suscetível a desenvolver a ideia suicida:

A mulher se vê em uma separação, perdida, para ela, ela esta sozinha. Afrodite (enfermeira).

Um motivo que sempre aparece aqui é a separação do conjugue, namorado, companheiro. Ela faz isso (...) querendo morrer mesmo, porque para ela a vida se não for do lado daquela pessoa não tem mais sentido. Íris (enfermeira).

As(os) profissionais percebem que a separação, quando associada a outras situações como a depressão, o desespero, o isolamento social, a solidão e o desespero, diminuem a auto-estima daquela mulher que vai aos poucos se anulando, até chegar o momento em que ela vai se questionar sobre o sentido em estar viva.

Neste contexto, Pietro e Tavares (2005) já referiam que a separação configura-se como uma perda interpessoal significativa que gera um evento estressor, levando as mulheres, principalmente as jovens, a tentarem suicídio.

O termo **droga** (f=3, ome=2,333), presente na zona de contraste, encontra-se ancorado na vivência destes profissionais de saúde, que atendem as mulheres na unidade de emergência, pois estes já percebem que os métodos mais utilizados pelas mulheres para a tentativa de suicídio são os ditos mais amenos como medicações e intoxicações por chumbinho, dado este que é corroborado por estudo de Bernardes, Turini e Matsuo (2010).

Quanto a segunda periferia, o TALP revelou os seguintes elementos: **doença, medo e sofrimento**. Esses termos encontram-se ancorados na representação da mulher que em um estado de sofrimento intenso, tenta suicídio e constituem-se na interface mais próxima da representação com as práticas sociais. Por serem mais flexíveis e apresentarem uma menor resistência a mudanças, esses elementos possibilitam modulações individuais que permitem flexibilidade e elasticidade na elaboração de representações sociais.

O termo **doença** foi evocado por sete profissionais (f = 7; ome = 3,857) e guarda relação com outro termo (**depressão**), cuja frequência de evocação (38) foi a maior no núcleo central. A depressão e a ocorrência de sintomas depressivos aparecem nas entrevistas como os

principais transtornos relacionados com a ideação e as tentativas de suicídio, como mostra a seguinte fala:

Não são pessoas loucas, com distúrbios psiquiátricos, que precisem ficar internadas em manicômios. São pessoas depressivas mesmo... Atena (técnica de enfermagem).

Mas a maioria tem mesmo é depressão. Muitas vezes, essa depressão não é diagnosticada (...) e assim, a repercussão dessa doença para a vida dela é a tentativa de suicídio. Para ela, a vida não tem mais razão. Apolo (médico).

As(os) profissionais de saúde percebem que os episódios de tristeza profunda, angústia, desespero, característicos de quadros depressivos, culminam com a diminuição progressiva da auto-estima e podem evoluir para quadros mais graves de depressão associados ao comportamento suicida.

Segundo Turecki et al (2009), a associação entre psicopatologia, ideação, tentativas de suicídio e suicídio tem sido amplamente discutida, tendo como diagnóstico mais frequente a depressão.

É importante então que haja um reconhecimento precoce desses sinais e sintomas característicos da depressão para que assim seja implementada uma assistência que vise a prevenção de novos casos de suicídio e promover a qualidade de vida dessa mulher.

O termo **medo**, evocado por 10% dos profissionais (f = 7, n = 3,000), revela o receio que os profissionais de saúde tem em abordar uma mulher que tentou por fim a sua própria vida, como podemos observar na fala a seguir:

Na verdade os profissionais tem medo de falar com a mulher (...). Medo por que não sabemos como abordar esse tema (a tentativa dela se matar) com a mulher sem causar nenhum sofrimento. Íris (enfermeira).

Quando a mulher chega no serviço de saúde porque tentou suicídio, eu percebo que a maioria dos profissionais ate eu mesmo, tendem a se afastar. Hera (enfermeira).

As(os) profissionais de saúde não estão preparados em lidar com as pessoas que desejam morrer. Esse despreparo vem desde a sua formação profissional, que não é voltada aos aspectos subjetivos da fala da mulher, permeado pelo estigma que envolve o suicídio.

O **sofrimento** (f = 4, ome = 3,000) foi outro termo evocado por quatro profissionais de saúde. Para eles a tentativa de suicídio revela uma possibilidade de se libertar de todo o sofrimento, possível saída para os problemas, como pode ser observado nas falas a seguir:

Ela é uma pessoa desesperada, que faz qualquer coisa para tentar sair daquela situação que causa sofrimento a ela. Íris (enfermeira).

Se essa depressão não for tratada, ela leva a mulher a um sofrimento tão intenso, que todos os problemas dela parecem não ter mais solução. Apolo (médico).

Shneidman (1986) apud Wang e Ramadam (2004) diz que a interrupção da consciência de uma dor interminável é entendida, pelo indivíduo suicida, como a solução perfeita para a pressão dos problemas e a dor da vida. Assim, na expectativa de “cessar a consciência”, uma mente angustiada se torna vulnerável e aí se dá o início do ato destrutivo.

Vale salientar que a dor psíquica ocasionada pela depressão e/ou a depressão originada da dor psíquica ainda constituem pontos de difícil determinação. A esse respeito, Baptista (2004) afirma que a depressão provoca por si só, no indivíduo e na pessoa que convive direta ou indiretamente com ele, sofrimento e infelicidade, podendo ser considerada um dos mais prevalentes transtornos deste século e do século passado.

O mesmo autor cita como fatores de risco para a depressão, entre outros, viver em uma família desestruturada, pouco suporte social, grande número de eventos estressantes, falta de habilidade em formular estratégias de enfrentamento das situações (BAPTISTA, 2004).

Percebe-se então que as(os) profissionais representam a tentativa de suicídio pelas mulheres ancorando-se nos fatores de risco que deixam a mulher vulnerável ao comportamento autodestrutivo. É importante conhecer essas representações, pois estas modulam o comportamento da(o) profissional e influenciam na assistência prestada.

4.3 CONTEÚDO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MÉDICOS(AS), ENFERMEIRAS(OS) E TÉCNICAS(OS) DE ENFERMAGEM SOBRE TENTATIVA DE SUICÍDIO POR MULHERES

As entrevistas foram realizadas com 10 profissionais de saúde(médicos(as), enfermeiras(os) e técnicas(os) de enfermagem), sendo estes identificados neste estudo por nomes Gregos. A seguir, descreverei os dados sócio-demográficos, os dados relativos ao trabalho e a formação de cada respondente:

1. Dionísio, Técnico de enfermagem, homem, 37 anos, cor preta, divorciado, trabalha há 3 anos no lócus do estudo, formado há 6 anos. Não cursa nenhum outro curso e nem possui algum outro título. Relatou não ter tido nenhuma aula, seminário, disciplina que abordasse o tema suicídio no curso técnico ou no hospital.
2. Atena, técnica de enfermagem, mulher, 50 anos, cor preta, solteira, trabalha há 27 anos no lócus do estudo, formada há mais de 30 anos. Não cursa nenhum outro curso e possui especialização em enfermagem do trabalho. Relatou não ter tido nenhuma aula, seminário, disciplina que abordasse o tema suicídio no curso técnico ou no hospital.
3. Ártemis, Técnica de enfermagem, mulher, 39 anos, cor parda, solteira, trabalha há 7 anos no lócus do estudo, formada há 18 anos. Não cursa nenhum outro curso e nem tem nenhum outro título. Relatou não ter tido nenhuma aula, seminário, disciplina que abordasse o tema suicídio no curso técnico ou no hospital.
4. Hera, Enfermeira, Mulher, 30 anos, cor branca, casada, trabalha há 7 meses no lócus do estudo, formada há 2 anos. Cursa especialização em Enfermagem do Trabalho. Relatou não ter tido nenhuma aula, seminário, disciplina que abordasse o tema suicídio no curso técnico ou no hospital.
5. Afrodite, enfermeira, Mulher, 23 anos, cor preta, solteira, trabalha há 1 ano e seis meses no lócus do estudo, formada há 1 ano e meio. Cursa especialização em UTI. Relatou não ter tido nenhuma aula, seminário, disciplina que abordasse o tema suicídio no curso técnico ou no hospital.
6. Geia, enfermeira, mulher, 27 anos, cor parda, solteira, trabalha há 2 anos no lócus do estudo, formada há 3 anos. Cursa especialização em Emergência e UTI. Relatou não ter tido nenhuma aula, seminário, disciplina que abordasse o tema suicídio no curso técnico ou no hospital.
7. Íris, enfermeira, Mulher, 45 anos, cor parda, divorciada, trabalha há 15 anos no lócus do estudo, formada há 20 anos. É enfermeira obstetra e especialista em saúde pública. Relatou não ter tido nenhuma aula, seminário, disciplina que abordasse o tema suicídio no curso técnico ou no hospital.

8. Zeus, médico, homem, 66 anos, cor branco, casado, trabalha há 1 ano e meio no lócus do estudo, formado há 38 anos. Cursa doutorado em Neurologia e tem Mestrado, Residência e Especialização em Neurologia. Relatou não ter tido nenhuma aula, seminário, disciplina que abordasse o tema suicídio no curso técnico ou no hospital.
9. Apolo, médico, homem, 35 anos, cor branco, solteiro, trabalha há 1 ano e três meses no lócus do estudo, formado há 3 anos. Cursa residência em clínica médica. Relatou não ter tido nenhuma aula, seminário, disciplina que abordasse o tema suicídio no curso técnico ou no hospital.
10. Hermes, médico, homem, 34 anos, cor branco, solteiro, trabalha há 8 meses no lócus do estudo, formado há 4 anos. Cursa residência em clínica médica. Relatou não ter tido nenhuma aula, seminário, disciplina que abordasse o tema suicídio no curso técnico ou no hospital.

As falas das(os) profissionais de saúde sobre a tentativa de suicídio por mulheres foram organizados em tema e categorias, apresentados no quadro a seguir:

TEMA	CATEGORIAS
Adoecimento	<ul style="list-style-type: none"> • Depressão • Motivos do adoecimento: falta de fé, desestruturação familiar, solidão e relação conjugal conflituosa/ Violência. • Assistência

QUADRO 4 – Tema e categorias sobre tentativa de suicídio por mulheres – Salvador (BA), 2011.

TEMA: ADOECIMENTO

DEPRESSÃO

As(os) profissionais de saúde representam a depressão como principal motivo que leva a ideação suicida por mulheres.

*Mas o que passa mesmo na cabeça dessas mulheres que tentam suicídio é a depressão, os problemas são tantos que para ela não tem solução. **Atena** (técnica de enfermagem).*

*A depressão, essa sensação de tristeza profunda, é que leva a mulher a pensar em sua própria morte, até porque para ela a única saída é essa. **Íris** (enfermeira).*

*O que leva as mulheres a tentarem o suicídio é a depressão, muitas vezes são problemas que para elas parecem incontornáveis, e que a pessoa não vê outra saída sem ser a morte. **Zeus** (médico).*

As(os) profissionais representam a depressão como sendo o transtorno mais comum associado ao comportamento suicida. O termo **depressão** foi também o mais evocado no Talp, considerado por 25 profissionais como o 1º e o 2º termo mais importante, sendo assim o elemento central, constituindo o núcleo central, para a construção da representação da(o) profissional de saúde sobre a tentativa de suicídio por mulheres, dando significado a essa representação, fornecendo assim um sentido fundamental e inflexível a mesma.

Os elementos do núcleo central dão a representação sua significação, que determina os laços que unem entre si os elementos do conteúdo e que regem enfim sua evolução e sua transformação. Permitindo assim a compreensão da realidade social de fenômenos complexos como o suicídio a partir de conhecimentos apreendidos na vida cotidiana, no senso comum.

As(os) profissionais de saúde então, através de um processo mental, constroem ao longo de sua história de vida, representações e agem de acordo com estas, reconstituindo a realidade com a qual ele se confronta atribuindo um significado específico, que seria a depressão como causa da tentativa de suicídio praticado por mulheres. Isto então vai nortear suas ações e comportamentos frente a assistência prestadas a essas mulheres.

Porém, sabe-se que a presença de um transtorno mental não é uma condição obrigatória para ocorrer suicídio. Entretanto, Meleiro, Teng e Yang, (2004) afirmam que a combinação de transtornos psiquiátricos com outros fatores como os psicossociais tendem a aumentar o risco, especialmente no que diz respeito a quadros depressivos ou ansiosos.

Berlote (2006), em estudo retrospectivo sobre o suicídio (1975 até 2006), revela que 40% das pessoas que tentaram suicídio, tinham depressão, sendo este então um elemento importante a ser observado na assistência.

Ao comparar os casos clínicos de mulheres e homens com depressão, Osby *et al.* (2001) mostram que a taxa padronizada de mortalidade para o suicídio é maior para as mulheres. Em seu estudo, Pacheco et al (2010) referem uma prevalência de transtornos depressivos e ansiedade duas vezes maior em mulheres do que em homens justificada pela maior vulnerabilidade das mulheres aos problemas psicossociais, a vivência de violência sexual e doméstica, suas responsabilidades como cuidadora e status social desvantajoso.

Neste contexto, a depressão é considerada pelo Ministério da Saúde (2002) como um fator de risco modificável, já que com o tratamento adequado e eficaz, a probabilidade da mulher depressiva tentar suicídio diminui. Os profissionais de saúde que atendem a essas mulheres devem então ter um olhar mais cuidadoso voltado a esse aspecto durante a assistência a fim de detectar precocemente sinais e sintomas característicos da depressão, que por ventura, se não forem tratados, podem contribuir para a formação da ideação suicida nessas mulheres ou possíveis reincidivas.

Reich (1998, p.320) em suas investigações clínicas revelou que “A observação de pacientes depressivos revela que eles apresentam uma rigidez na fala e nas expressões faciais, como se todo movimento só lhes fosse possível com a superação de uma resistência”. Neste caso, nota-se que a falta de expressão, segundo Naibo (2006, p.3) demonstra algo que precisa ser percebido. É necessário então “ouvir esse corpo para se chegar a algo mais profundo do indivíduo, e a alcançar a superação de suas resistências utilizadas muitas vezes como forma de sobrevivência”.

Também Lowen (1983, p.65) apud Naibo (2006) cita que “o ato suicida tem várias motivações no inconsciente. A tentativa de autodestruição é, como quase todo psicólogo concorda, um grito de socorro, uma manobra desesperada para chamar a atenção para o desespero de uma situação”.

Quando a tendência destrutiva toma conta, seja por motivos como frustrações, falta de satisfação em sua vida, ou seja, não encontra mais nenhuma forma de lidar consigo mesmo, a mulher desesperada grita por socorro.

Sendo assim, é possível perceber nos discursos das(os) profissionais de saúde que eles caracterizam uma mulher que tenta suicídio como aquela que quer chamar atenção do outro, sem perceber que o próprio processo depressivo leva a um desespero tão intenso que a mulher não sabe mais como lidar com seus sentimentos, querendo assim chamar a atenção, como um “grito de socorro” para sua dor, segundo os autores supracitados.

*... o que leva uma mulher a tentar o suicídio é [...] o fato dela querer chamar a atenção. Por exemplo, a mulher casada, aí o marido esta com outra mulher na rua, então ela quer que o marido olhe para ela, volte para ela e as vezes o caminho que ela procura é o caminho mais dramático, que é o da morte... **Dionísio** (técnico de enfermagem).*

*Muitas nem querem morrer, só querem chamar atenção, aí quando o plano delas dá errado, ela morre. **Ártemis** (técnica de enfermagem).*

*Essa mulher quer é chamar atenção das pessoas. **Íris** (enfermeira).*

*Para mim, a mulher que tenta suicídio ela quer é chamar atenção. (...) uma forma de dizer assim: Olha do que eu sou capaz! De que ela é capaz de tirar a própria vida caso a situação que ela esta vivendo não mude. **Íris** (enfermeira).*

*(...) tentar se matar seria uma forma de chamar atenção das pessoas. **Hermes** (médico).*

A(o) profissional de saúde não compreende a situação de desespero causada pela depressão, que suscita nas mulheres o ato auto-destrutivo e traz como uma forma de chantagear o outro com a intenção de agredir ou provocar culpa nas outras pessoas.

Estudos de Pacheco et al (2010) e Silva e Boemer (2004) trazem em seus resultados que os profissionais de saúde percebem que a tentativa de suicídio consiste, assim, num gesto calculado para impressionar, assustar, ou forçar pessoas com quem a mulher está em contato a dar-lhe atenção e prestar-lhe favores.

A representação da(o) profissional sobre a tentativa de suicídio pelas mulheres como um meio de “**chamar atenção**” é trazida do senso comum, sendo uma construção social e cultural estigmatizada acerca dessas mulheres, que determinam as práticas e comportamentos das(os) profissionais de saúde. Visto que nas relações sociais, essas representações resultam de um processo contínuo de construção-desconstrução-reconstrução, tendo a sociedade como espaço de formação, sustentação e transformação dessas representações.

É importante salientar também que, segundo Cassorla (1998), é comum perceber nos discursos suicidas ambivalências e contradições. Os “avisos de adeus” podem acontecer muito antes do intento suicida, devendo servir como importantes formas de escuta para a prevenção do suicídio. Portanto, o grito de socorro não é um fim em si mesmo, mas um meio, podendo acontecer inúmeras vezes e de diversas formas.

Daí a necessidade de uma melhor compreensão do fenômeno, estimulando uma identificação precoce do adoecimento para que seja fornecida a essa mulher que esta em um processo de crise uma assistência específica que tente amenizar o seu sofrimento.

MOTIVOS DO ADOECIMENTO

Percebe-se que as(os) profissionais identificam os fenômenos sociais que causam a depressão na mulher e que conseqüentemente a levam a tentar o suicídio.

*As próprias condições da vida levam a mulher a ter depressão e daí a tentar suicídio. **Afrodite** (enfermeira).*

*São situações que levam ao sofrimento intenso da pessoa e quando associados a depressão, levam a mulher a tentar suicídio. **Apolo** (médico).*

O comportamento suicida tem um caráter complexo derivado da interação de diversos fatores etiológicos como os de natureza biológica, psicológica, social, cultural e ambiental. Segundo Loureiro (2006, p.65), a origem desse comportamento se dá através de uma “convergência de elementos de dimensões distintas da natureza humana”, sendo, então, resultado da desestruturação desses fatores.

Podemos considerar a depressão como um estado de sofrimento, onde o indivíduo vivencia um momento de extrema fragilidade, ou agressividade, mas isso depende de pessoa para pessoa. As formas são as mais variadas possíveis, sendo algo peculiar, individual. “Os pacientes com humor deprimido (isto é depressão) têm perda de energia e interesse, sentimentos de culpa, dificuldade para concentrar-se, perda do apetite e pensamentos sobre morte e suicídio” (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997, p. 493).

Percebe-se nas falas, que as(os) profissionais de saúde representam o adoecimento da mulher tendo como causa a falta de fé, desestruturação familiar, solidão e a vivência de relações conjugais conflituosas/ Violência.

Falta de Fé

As(os) técnicas(os) de enfermagem representam a falta de fé como um dos motivos que induzem a mulher a tentar suicídio.

É uma fraqueza espiritual... Quando a pessoa não tem fé em Deus, não tem onde se apegar entendeu? Sem rumo... (...) Uma pessoa que não tem Deus, acha que a vida não tem sentido, então qualquer

motivo é motivo para a pessoa se suicidar. Dionísio (técnico de enfermagem).

É fraca de espírito... Não tem fé em Deus... Muitas jovens fracas... Atena (técnica de enfermagem).

Para essas(esses) profissionais, a religiosidade representa um fator de proteção a ideação suicida, pois em um momento de sofrimento intenso a mulher recorrerá a sua espiritualidade, tendo assim uma ajuda no sentido de minimizar aquela dor.

É importante salientar então que nesses casos, a religiosidade é mais significativa do que a afiliação religiosa, sendo considerado aqui a religiosidade como um compromisso religioso avaliado através da frequência de atividades em seu grupo religioso, da frequência de reza ou oração e da importância da religião na vida da pessoa.

Acredita-se que quanto maior e mais frequente forem a integração das duas dimensões (crença e prática) religiosas, maior será a integração da pessoa com a vida em grupo e menor será as chances dela cometer o suicídio (MELEIRO, TENG E WANG, 2004).

A prática religiosa propicia a mulher uma integração social (frequentar a igreja, confissão...) diminuindo assim a exposição desta a um importante fator de risco que é o isolamento social. Sendo assim, a prática religiosa se torna uma rede social de apoio a essas mulheres.

Ainda há o que Meleiro, Teng e Wang (2004, p.57) denominam de “dissonância cognitiva”, ou seja, as crenças religiosas são incompatíveis com a ideação suicida, gerando assim uma intolerância ao comportamento suicida.

Desestruturação Familiar

As(os) profissionais representam a desestruturação familiar como um possível evento desencadeador da ideação suicida como podemos observar na fala a seguir:

Muitas vezes a gente percebe que essas pessoas que chegam aqui é porque não teve apoio familiar (...). Atena (técnica de enfermagem).

O que eu vejo mais aqui no trabalho são mulheres depressivas por causa das relações familiares. Geia (enfermeira).

Geralmente o que leva uma mulher a tentar suicídio são (...) problemas na família. (...) Hermes (médico).

*Os problemas na maioria das vezes são banais como (...) brigas familiares. Como por exemplo, (...) os pais colocaram para fora de casa quando descobriram que a menina estava grávida. **Apolo** (médico).*

Segundo as(os) profissionais de saúde, a família deveria ser um núcleo de apoio no qual a mulher em um momento de crise pode estabelecer vínculos protetores, proporcionando assim um acolhimento aquela pessoa e diminuição daquele sofrimento psíquico.

Estudos de Pacheco *et al* (2010), Pietro e Tavares (2005) e da Organização Mundial da Saúde (2006) trazem os problemas de relacionamento familiar como um dos fatores produtores de estresse que podem aumentar o risco para o comportamento suicida. Rubenowits *et al* (2001) em seu estudo traz que a discórdia familiar aumentou em 19 vezes o risco do suicídio.

Vale ressaltar, que as(os) profissionais de saúde representam a formação dos valores familiares como uma proteção a ideação suicida.

*Não teve uma base familiar (...). Que de uma orientação a vida, que de sentido a vida, um porto seguro... **Dionísio** (técnico de enfermagem).*

*As próprias condições da vida levam a mulher a ter depressão e daí a tentar suicídio. (...) Se a mulher, tivesse uma base familiar, que ajudasse na construção do seu caráter, que estivesse perto durante o crescimento dela, que modelasse seu comportamento, a mulher não ia tentar se matar por causa de uma separação ou traição por exemplo. **Afrodite** (enfermeira).*

O comportamento suicida advém várias causas, consideradas endógenas ou exógenas. A família pode se incluir como fator de risco decorrente de conflitos que permeiam a relação familiar.

As(os) profissionais também percebem que além da desestruturação familiar, a vivência de violência física e emocional intrafamiliar também aumenta o risco do comportamento suicida como pode ser observado na fala a seguir:

*(...) As mulheres já sofrem violência desde pequena. Tipo, o pai abusava sexualmente, a mãe batia, tinha relações com o namorado na frente da menina, xingava. **Geia** (enfermeira).*

Meleiro, Teng e Wang (2004) afirmam que esse risco é especialmente aumentado se as agressões forem crônicas e se forem praticadas por parente ou pessoa íntima. Segundo as autoras as experiências de violência desencadeiam na mulher um quadro de transtorno do estresse pós-traumático, ainda mais se associado a existência de tentativas de suicídio anteriores.

Neste contexto, é importante que, cotidianamente, durante o acolhimento a essa mulher na unidade de emergência, se faça uma investigação sobre o histórico de violência doméstica com perguntas claras, a fim de que haja uma identificação desse importante fator de risco. Vale salientar, que a maioria das mulheres atendidas em situação de violência não declara espontaneamente a agressão vivenciada, necessitando assim um olhar mais atento do profissional de saúde.

Solidão

As(os) profissionais representam o isolamento social como um fator de risco para o adoecimento como pode ser observado nas falas a seguir:

Que não tem amizades, solitárias, não tem com quem conversar, ai se vêem em um mundo onde não existe mais ninguém (...). Íris (enfermeira).

Durkheim (1984) apud Bellasalma; Oliveira(2002), conclui que o suicídio varia na razão inversa do grau de integração dos grupos sociais de que o indivíduo faz parte. Uma vida social ativa é então um fator protetor a ideação suicida, que deve ser estimulado desde a infância, fazendo com que assim a criança desenvolva as interações sociais.

Porém vale salientar que o próprio isolamento social também é representado como um sinal característico de pessoas em depressão, como observa a enfermeira:

“Ate a própria depressão leva a pessoa a ficar mais solitária. Ela se isola do mundo externo, não quer conversar com ninguém ou não tem ninguém para conversar. Ai passa várias abobrinhas pela cabeça e se ela tiver a oportunidade, vai tentar o suicídio”. Íris (enfermeira).

A falta de diálogo é também representada como um fator de risco para o suicídio:

“Tem também a falta de diálogo, essas mulheres não tem com quem conversar. (...) Se elas tivessem com quem conversar, expor seus problemas, quem sabe se elas tentariam se matar?” Atena (técnica de enfermagem).

Pietro e Tavares (2005) afirmam que a comunicação pouco frequente e a falta de diálogo entre os pais configura-se um fator de risco importante para a tentativa de suicídio entre adolescentes, evento este que pode apresentar repercussões na vida adulta, já que esta adolescente se tornou uma mulher com problemas relacionais, com alta probabilidade de apresentar reincidivas na tentativa de suicídio.

Essas autoras também citam como fatores de risco os conflitos relacionais, a vivência de violência e a falta de suporte social. Todo isso compromete o desenvolvimento emocional saudável dessa mulher, o que leva a uma sobrecarga de eventos estressores, aumentando o nível de tensão emocional, como afirmam essas enfermeiras:

“[...] algumas coisas que acontecem no passado e a pessoa vai só guardando, guardando, somatizando ate que chega o momento que acaba explodindo (...) e a única forma que ela tem, que ela acha, (...) é tirando a vida.” Hera (enfermeira).

“Ela não vai agüentar a pressão e não vê outra saída a não ser por fim a própria vida.” Atena (técnica de enfermagem).

Não existe apenas um fator responsável pela depressão (NAIBO, 2006). A somatização dos eventos estressores que vão acontecendo no dia-a-dia da mulher culmina em seu adoecimento a tornando propícia a desenvolver um comportamento suicida. Faz-se necessário então a detecção precoce desses fatores a fim de que haja uma prevenção de novas frustrações e conflitos que podem desencadear no aniquilamento da auto-estima da mulher.

Estudo de Benincasa e Rezende (2006) identificou o fato de ter “alguém confiável para conversar” sobre as dificuldades diárias e seus sentimentos facilitaria a superação das frustrações, não “prolongando a tristeza” vivenciados pelos sujeitos e os afastando de um possível “isolamento”, resultado este também encontrado por Melo et al. (2005).

Relações conjugais conflituosas/ Violência.

As(os) sujeitas(os) da pesquisa também representam que a existência de conflitos na relação conjugal pode desencadear um adoecimento na mulher. A vivência de frustrações

intensas causadoras de revoltas, agressão, sensação de injustiças aparecem muito frequentemente antes do suicídio ser praticado (NAIBO, 2006).

Neste contexto, as(os) profissionais de saúde relatam que a vivência de violência pode desencadear na mulher uma anulação e conseqüentemente adoecimento:

“A mulher que sofre violência, a violência verbal, moral, física e sexual, essas violências podem levar a depressão e como consequência dessa depressão pode vir o suicídio...” **Dionísio** (técnico de enfermagem).

“aquelas traições que o marido acaba agredindo ela psicologicamente também, deixando a mulher com a baixa auto-estima.” **Hera** (enfermeira).

“se a história de vida dessa mulher, além da violência, tiver a depressão também, ai sim, essa violência vai intensivar o sofrimento dessa mulher, e ela vai tentar se matar (...) Para ela, a vida, cheia de violência não tem mais razão, (...) então a morte aparece como uma solução dos seus problemas.” **Apolo** (médico).

A vivência de violência leva à diminuição da auto-estima, de modo que as mulheres gradativamente vão se anulando até se convencerem de que são incapazes e evoluírem para a depressão. Segundo Mesquita (2011), este não significa necessariamente o adoecimento físico, mas sim, e sobretudo, aquele que destrói as potencialidades da pessoa como sujeito.

Vale ressaltar que o termo **baixa auto-estima** aparece compondo o núcleo das representações sendo evocado 18 vezes ($f=18$ $ome=2,667$) pelas(os) profissionais de saúde, o que mostra como as representações constroem e implicam nos saberes sociais.

Mesquita (2011), Pacheco *et al* (2010) e Pietro e Tavares (2005) afirmam que a vivência de violência conjugal é um fator que vulnerabiliza a mulher ao comportamento suicida.

Segundo a OMS (2002), a depressão e a tentativa de suicídio são repercussões da vivência de violência física ou sexual na saúde das mulheres. Confirmando esses dados, Adeodato *et al* (2005), em estudo sobre qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros, encontrou uma correlação direta entre o pensamento suicida e a vivência de agressão verbal, física e sexual.

As(os) profissionais também representam a traição como um dos motivos que levam a mulher a desenvolver o comportamento suicida:

*As mulheres tentam mais suicídio por problemas pessoais como (...) traição do companheiro(...). **Ártemis** (técnica de enfermagem).*

*“É o que a gente vê aqui no pronto-atendimento, as histórias que chegam de mulheres que tentaram se matar ou ate mesmo morrem por causa de traição do companheiro, separação, brigas, ciúmes...” **Hera** (enfermeira).*

*“Os problemas na maioria das vezes são banais (...) como por exemplo, aqui já atendemos mulheres que tentaram suicídio porque depois de anos de casamento, descobriu que o marido tinha outra família.” **Apolo** (médico).*

Para as(os) profissionais de saúde, a traição ocasiona na mulher uma dor psíquica tão grande, uma frustração tamanha, que para ela chega ao limite do insuportável, sendo que a única solução para essa dor seria a morte.

Estudos de Bahls e Bahls (2002), Dutra (2001), Benincasa e Rezende (2006) e Pacheco *et al* (2010) concordam que a traição são episódios de difícil superação e são potencializadoras dos sentimentos negativos apresentados pelos outros fatores de risco, como a depressão, e portanto podem desencadear no indivíduo um sentimento de pouco valia.

Segundo Paiva (1983, p. 195), a frustração, a agressão e a sensação de injustiça “exercem influência se existir pré-disposição ou frustrações intensas causadoras de revoltas. Pode-se concluir que o suicídio é uma doença individual, porém causada por maus períodos de molde se manifestando muitos anos antes do suicídio ser praticado”.

A vivência depressiva se expressa através de sentimentos de vazio, tédio, indiferença, solidão, abandono, impressão de ser mal-amado, incompreendido ou rejeitado. Para Dutra (2001), a depressão pode ser resultante de um sentimento de frustração intensa.

Estudo de Mesquita (2011) com mulheres que tentaram suicídio traz de forma clara a relação conjugal desrespeitosa, resultando muitas vezes na traição, que reduz a auto-estima da mulher, desencadeando sintomas psicossomáticos, tais como, por exemplo, a depressão.

O ciúme também foi representado como um motivo de adoecimento da mulher, como pode ser observado na fala a seguir:

*“A última mesmo, ela chegou grave, foi até a óbito, tava grávida e ele estava ai, tinha acabado de começar a namorar com ela, tinha pouco tempo e teve uma briguinha, por causa de ciúmes e ela tentou logo se matar.” **Hera** (enfermeira).*

Em relação ao ciúme como desencadeador da ideação suicida, Arreguy e Garcia (2002) afirmam que estudo de Racamier (1968) foi o pioneiro em associar as manifestações de ciúmes ao estado depressivo

Segundo o modelo de depressão melancólica de Freud, Paul-Claude Racamier (1968, p. 307) apud Arreguy e Garcia (2002) existem duas faces da depressão em que predominam o afeto ciumento e as manifestações agressivas em direção ao outro.

Nesse mesmo texto, ele também afirma a existência de uma “marca depressiva do ciúme” (p. 297), relacionando essa marca à tendência passiva do sujeito perante o outro, então a existência dele fica subordinada a aceitação do outro.

Este autor associa também o ciúme a “hipocondria do laço amoroso”, em outras palavras, considera o ciúme como uma espécie de doença imaginária do amor, a qual sustenta a própria sobrevivência do eu. O ciumento, de uma maneira geral, passa a existir subjetivamente em função da triangulação ciumenta da mesma maneira que o hipocondríaco concentra sua atividade psíquica na preocupação com as doenças que imagina ter. Parece que esse cenário é propício à emergência da ideação suicida, pois segundo Arreguy e Garcia (2002), no ciúme melancólico, em que o “supereu” é muito forte, a culpa pelo desejo de superar o rival abre espaço a um desejo de autodestruição que resulta uma espécie de anulação subjetiva típica das depressões. A intensificação desse movimento, representada pelos sentimentos de desvalorização e desapropriação (Racamier, 1968).

No caso da associação entre ciúme e melancolia, encontramos também uma tendência regressiva intensa. O auge de uma manifestação pautada nesses parâmetros seria o suicídio por ciúme. Segundo Lachaud (1998), no ciúme melancólico: “(...) há então uma regressão a um estado primário arcaico onde a agressividade domina uma economia afetiva na qual ela é simultaneamente sofrida e atuada, e onde o outro se torna objeto de violência” (p. 51, nossa tradução).

As(os) profissionais de saúde percebem que a separação conjugal, associado a um quadro depressivo, constitui-se como um fator de risco para a tentativa de suicídio por mulheres:

*Mas o que a gente mais vê aqui na emergência é mulher se matando por causa de homem (...) Mais por separação mesmo. Muitas vezes a mulher não suporta a separação e tenta tirar a vida até mesmo para chamar atenção. **Ártemis** (técnica de enfermagem).*

“O que eu vejo mais aqui no trabalho são mulheres depressivas (...) principalmente relacionados ao companheiro, (..) abandono do companheiro. Ela fica em depressão...” **Íris** (enfermeira).

“Os problemas na maioria das vezes são banais como separação.” **Apolo** (médico).

Segundo as(os) profissionais de saúde a proteção teoricamente oferecida pelo casamento é muito importante para essas mulheres que em caso de separação, se sentem perdidas. As(os) profissionais notaram neste caso, a fortaleza que envolve a instituição do casamento, sem o qual, as mulheres se sentem desamparadas, a tal ponto de por fim a sua própria vida.

Estudos trazem que as maiores taxas de suicídio ocorrem as mulheres divorciadas do que quando comparadas as viúvas, casadas e solteiras (MELEIRO, TENG e WANG, 2004).

Ficher e Vansan (2008) afirmam que problemas no relacionamento com familiares e/ou com seus respectivos parceiros, separações e ameaça de separações, reais ou imaginárias são fatores de risco importante a serem considerados em mulheres.

ASSISTÊNCIA

As(os) profissionais de saúde representam a assistência como um processo técnico, mostrando a dificuldade de identificar as questões subjetivas pertinentes ao ato suicida e trazendo a representação da mulher que tenta suicídio ancorada em estereótipos.

Com relação aos aspectos técnicos, as falas a seguir permitem identificar tais representações:

“A gente faz todos os procedimentos: faz a lavagem gástrica, faz a medicação na veia”. **Dionísio** (técnico de enfermagem).

“Quando chega uma pessoa que tenta suicídio, ela é primeiramente atendida pelo CIAVE. Depois nós fazemos os procedimentos de praxe: sondagem, lavagem, administramos medicação.” **Geia** (enfermeira).

“Elas passam pelo CIAVE para estabelecer a causa da tentativa, com o que ela tentou se matar. Na maioria das vezes são medicações. Aí os médicos de lá também podem prescrever as condutas.” **Hermes** (médico).

“A assistência aqui é só paliativa: você trata o que ela tiver de errado e despacha. Não há maiores preocupações com o ser existencial dela.” Zeus (médico).

Em uma situação de emergência, o cuidado técnico é essencial para o restabelecimento do padrão dos sinais vitais da pessoa que se encontra em risco. Neste primeiro momento, todos os profissionais deverão empenhar-se a tirar a pessoa da iminência de morte. Porém, não se pode perder de vista os elementos da subjetividade no sentido de compreender o sofrimento psíquico trazido por essa mulher e sua família.

Waldow (1998) já defendia a idéia de um cuidado humanístico que não rejeite os aspectos técnicos, mas que enfatize a interação destes com os aspectos emocional, moral, científico e intuitivo, salientando a importância de conciliar e harmonizar as diversas funções do enfermeiro.

Entretanto, apesar da depressão ter sido representada pelas(os) profissionais de saúde como forma de adoecimento que leva a tentativa de suicídio, percebemos nas falas que não há uma preocupação por parte das(os) profissionais com os sinais e sintomas desta. Isso pode guardar relação com o estigma do suicídio, de modo que muitas vezes as pessoas são estereotipadas como “loucas”. Assim, o estigma pode justificar essa desvalorização dos sintomas depressivos na assistência, como já aponta a OMS (2000) quando considera o estigma um dos fatores que subestimam o reconhecimento por parte das(os) profissionais dos casos de suicídio.

Há então um preconceito social acerca desse fenômeno, que permeia a assistência prestada pelos profissionais e faz com que, ao invés destes manterem um diálogo diretamente com a mulher que buscou sua “auto destruição” por não suportar sua dor psíquica, ficam tecendo comentários sobre o caso, com seus colegas de plantão, caracterizando uma situação estigmatizante.

(...) depois que a gente sabe o que foi que aconteceu, ficam os comentários: meu Deus, tão jovem e tão bonita e por causa do namorado tentou uma coisa dessas??? **Dionísio** (técnico de enfermagem).

Percebe-se assim nas falas das(os) profissionais de saúde um falatório estigmatizante sobre a situação que envolveu a tentativa de suicídio dessa mulher. Segundo Goffman (1998), o estigma é motivo de exclusão social, olhares desconfiados e fala às escondidas. Os ditos “normais” se acham no direito de apontar o dedo e julgar essas pessoas de acordo

com os seus valores de normalidade. Assim, cria-se uma expectativa sobre estas esperando um tipo de comportamento já programado: o estereótipos.

Esses dados são corroborados por Mesquita (2011) que em sua dissertação traz a postura aviltante das(os) profissionais de saúde em relação as mulheres que tentam suicídio.

Esta estigmatização resulta em uma assistência punitiva, como podemos verificar nas falas seguintes:

*Quando a mulher tenta um suicídio, ela faz um mal para ela mesmo e tem as conseqüências (...) então, ela tem que agüentar mesmo, esperar para ser atendida. **Dionísio** (técnico de enfermagem).*

*(Os profissionais) demoram de atender se surgir alguma queixa de dor, enjôo... **Geia** (enfermeira).*

Pode-se perceber que a representação das(os) profissionais de saúde ancorada no estigma sobre o suicídio desqualifica o atendimento aquelas que tentam por fim as suas vidas, podendo agravar o quadro clínico e inclusive resultar em morte. A esse respeito, Cassorla (1998) afirma que é possível encontrar mais profissionais de saúde direcionando sua atenção e suas ações para aqueles que não tentaram suicídio, ou seja, os que “querem viver” e negligenciando sua atenção aos outros.

*Essa mulher está ocupando o lugar de alguém que está infartando, alguém que está com problemas de diabetes, pressão alta (...).Chega aqui e ainda está viva! Ao invés de bater e morrer logo, não, vem para cá ficar dando trabalho para a gente. Na verdade, ela esta é ocupando o leito de uma pessoa que realmente precisa. **Dionísio** (técnico de enfermagem).*

Neste sentido, diante de uma pessoa que “não quer viver” as(os) profissionais de saúde se sentem frustrados, o que ocasiona uma reação estigmatizada em relação ao comportamento suicida, como pode ser observado na fala a seguir:

*Eu penso que devemos analisar uma mulher que tenta suicídio pela seguinte forma: ela quer morrer!!! (...) Se ela quer morrer, deixa... Tratar para que? (...) eu acho que não deveríamos atender pessoas que tentam suicídio não. Eu estou aqui para atender pessoas que querem lutar pela vida e não contra vida. (...) Não acho justo! Não acho certo! Mas como tenho obrigação de atender... **Afrodite** (enfermeira).*

Vale ressaltar que muitas vezes, a mulher que tenta o suicídio não quer morrer, e sim superar aquele sofrimento que passa do limite do insuportável para ela. Segundo Quental (2008), nem todos que tentam se suicidar pretendem viver e nem todos os que consumaram o fato pretendiam morrer.

Segundo Silva e Boemer (2004), os profissionais de saúde estão preparados para salvar vidas, não para lidar com a morte. Para os autores, muitos relatam sua impotência e frustração perante a imprevisibilidade da trajetória da morte. É como se nesses momentos estivessem diante da fragilidade de suas existências, reportando-se à sua própria finitude e à possibilidade de viver a mesma situação de seus pacientes. A negação pode surgir como uma forma de defesa para não entrar em contato com essa fragilidade. (CASSORLA, 1998)

Não há profissional de saúde que seja imune ao impacto violento do suicídio. Para Silva e Boemer (2004) alguns podem perceber o ato suicida como uma agressão a eles mesmos, provocando assim sentimentos de impotência, frustração e fragilidade. Para outros, o suicídio pode incitar uma diversidade de sentimentos, para os quais os profissionais relataram ter dificuldade em trabalhar.

O estigma, segundo Goffman (1998), traz o medo do desconhecido, impedindo o contato por parte dos profissionais com os elementos do comportamento da mulher que tenta suicídio (ideação, tentativa e suicídio). Os próprios profissionais já reconhecem que não estão preparados para lidar com tal situação.

*Na verdade, nós não somos e nem estamos preparados para lidar com esse tipo de gente. As pessoas que atentam contra sua própria vida são muito frágeis, não pode ser qualquer um que aborde esse assunto com elas. Tem que estar preparado, saber como falar. Aqui os profissionais da emergência estão preparados para curar as doenças ou as alterações advindas de acidentes, traumas. Nós não somos preparados para lidar com questões mais ligadas ao psicológico, a depressão, a morte, a vontade de morrer. **Hermes** (médico).*

*A gente não sabe as vezes como lidar com aquela pessoa, como a gente vai abordar, conversar. Até porque muitas vezes na conversa a gente acaba sem querer recriminando, falando: porque você fez isso? Você é tão jovem... e eu acho que isso acaba ate piorando a situação dela. A verdade é que a gente não tem nenhum preparo em saber lidar com esses problemas ligados a área psicologia, como é o caso do suicídio. **Hera** (enfermeira).*

(...) Tenho medo, receio em falar com uma mulher dessas, porque eu penso: ai meu Deus, se eu falar alguma coisa errada, assim que ela

sair daqui vai tentar suicídio de novo... Prefiro não me aproximar.
Hera (enfermeira).

Meleiro, Teng e Yang (2004) afirmam que os profissionais de saúde não devem sentir medo e nem evitar em falar dos sentimentos suicidas das pessoas, pois cerca de 80% daqueles que se suicidaram referiram em algum momento a sua intenção e 50% disseram abertamente que iriam se matar.

Ainda com relação ao despreparo das(os) profissionais, estudo realizado com a equipe de enfermagem de um hospital mostrou que apenas 17% dos profissionais consideram-se preparados para atender pessoas sob risco de suicídio, e menos de 36% se consideram capazes de perceber quando um paciente está sob o risco de suicídio (BOTEGA et al, 2005).

Vale ressaltar que no nosso estudo apenas 37,1% das(os) profissionais relataram ter tido alguma aula a respeito do suicídio na graduação ou durante a formação técnica. Porém, todas(os) afirmaram que o suicídio foi explicitado como uma patologia, na disciplina de Saúde Mental e todas(os) as(os) profissionais relataram não ter conhecimento sobre nenhuma palestra ou aula sobre a temática suicídio ministrada no ambiente de trabalho deles, lócus do estudo.

Durante a formação profissional, as relações entre o conhecimento científico e a intervenção social, são na maioria das vezes fragmentadas e desarticuladas (BISPO, ALMEIDA, DINIZ, 2007). Isso resulta na não percepção da complexidade em que vive uma pessoa que tentou suicídio.

Tendo em vista esta preocupação, o Ministério da Saúde, desde 2006, implementou as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio que ambiciona a promoção a qualidade de vida e a proteção da saúde (BRASIL, 2006a). Porém, percebe-se que mesmo que através dos documentos oficiais se tenha assimilado o suicídio como problema de saúde pública, as práticas promocionais e assistenciais frequentemente continuam se restringindo aos modelos tradicionais.

Neste contexto, já se sabe que as desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde estão, em grande medida, relacionadas com a estrutura e funcionamento dos sistemas de saúde, o que evidencia que essas desigualdades são dependentes das políticas públicas. (TRAVASSOS E MARTINS, 2004).

Necessário se faz, buscar uma formação voltada a valorização da palavra do outro, de modo que a mulher possa expressar suas angústias, medos, desejos. Buber (1974, p.XXVIII) considera o diálogo um princípio na relação com o outro e defende o compromisso com a

vida, quando critica “a maneira de abordar a realidade, na medida em que estes atos de abstração nos separam da concretude da experiência vivida”.

Percebe-se, então, uma necessidade de se resgatar os valores humanísticos da assistência a saúde, sendo esse um ponto crucial na obtenção de uma relação sujeito-sujeito entre profissionais e clientes. Para Collière (1999), o cuidado necessário deve garantir a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis para a manutenção da vida, partindo de um olhar atento do profissional a fim de identificar as demandas que as mulheres que tentam suicídio apresentam.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo foram entrevistadas(os) 70 profissionais de saúde, sendo 11 médicos(as), 27 enfermeiras(os) e 32 técnicas(os) de enfermagem, caracterizando-se, em sua maioria, por profissionais do sexo feminino, jovens, solteiras, formadas há mais de 5 anos e trabalhando no pronto-atendimento, lócus do estudo, há pelo menos 4 anos.

Mais de 60% das(os) profissionais (43) trabalham apenas neste hospital, sendo que as(os) outras(os) 27 trabalham principalmente em outros hospitais ou em postos do Programa de Saúde da Família. A maioria das(os) entrevistadas(os) não frequentam nenhum curso de especialização no momento e não possuem algum outro título acadêmico, sendo que dos que possuem, a maioria é especialista.

No que se refere a abordagem do tema suicídio, apenas 37,1% das(os) profissionais relataram ter presenciado alguma aula a respeito do tema na graduação ou durante a formação técnica e todas(os) afirmaram não ter tido conhecimento sobre alguma sensibilização do tema no serviço.

Considerando as Diretrizes Nacionais para a Prevenção do Suicídio (BRASIL, 2006), faz-se necessário a educação permanente das(os) profissionais que atuam nas unidades de emergência, tendo como base os princípios da integralidade e da humanização, no sentido de garantir a continuidade da assistência.

O estudo mostrou que a estrutura das representações sociais das(os) profissionais de saúde a respeito da tentativa de suicídio por mulheres está sustentada pelos elementos do núcleo central, os quais guardam relação com os motivos que levam as mulheres a desenvolverem a ideação suicida (depressão, falta de fé, desespero, baixa auto-estima, problemas econômicos, tristeza, angústia, solidão e morte), e pelos elementos do sistema periférico (doença, medo e sofrimento), que se organizam em torno do núcleo central, sendo os mais flexíveis a mudanças.

A análise dessa abordagem estrutural das representações foi respaldada a partir das entrevistas qualitativas, no qual surgiu o tema adoecimento, que traz a representação da(o) profissional de saúde sobre a mulher que tenta suicídio enquanto aquela com um distúrbio depressivo, decorrente de fatores como falta de fé, a desestruturação familiar, a solidão e a relação conjugal conflituosa/ Violência.

A assistência no serviço de saúde é representada pelas(os) profissionais como um processo técnico, no qual as questões subjetivas pertinentes ao ato suicida não são valorizadas, sendo essa assistência permeada pelo estigma que envolve as pessoas que buscam

sua auto-destruição. A postura estigmatizante da(o) profissional de saúde em relação às mulheres que tentaram suicídio norteia a assistência, o que faz com que a(o) profissional direcione sua atenção para aqueles que “querem viver”.

Faz parte da responsabilidade ética do profissional de saúde, prestar uma assistência sem julgamentos, reconhecendo o direito da mulher enquanto aquela que necessita de sua atenção. Para isso é indispensável a realização de treinamentos com os profissionais e estudantes que visem a desconstrução das situações estigmatizantes presentes na assistência nos casos de suicídio.

É importante salientar a necessidade de que instituições de ensino estimulem, durante as práticas de saúde, o exercício de ouvir o outro, valorizar os aspectos subjetivos, durante o cotidiano do profissional.

REFERÊNCIAS

ABRIC, Jean Claude. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, Antonia Silva Paredes; OLIVEIRA, Denise Cristina (Org.). **Estudos interdisciplinares de Representação Social**. 2. ed. Goiânia: AB, 2000, p. 27-38.

_____. A organização das representações sociais: sistema central e sistema periférico. Trad. Angela M. O de Almeida, com a colaboração de Adriana Gionani e Diana Lúcia Moura Pinho. Do original: J. C. Abric. L'organisation interne des représentations sociales: système central et système périphérique. In: C. H. Guimelli. **Structures et transformations des représentations sociales**. Lausanne: Delachaux et Niestlé. 1994, p. 73-84.

ADEODATO, Vanessa Gurgel *et al.* Qualidade de Vida e Depressão em Mulheres Vítimas de seus Parceiros. **Rev. de Saúde Pública**. São Paulo. v.39, n.1, p. 108-13, jan. 2005.

AMERICAN PSYCHIAITRIC ASSOCIATION (APA). **Practice Guideline for assessment and treatment of patients with suicidal behaviors**. 2003. Disponível em: <<http://www.psyc.org/cme>>. Acesso em: 10 mai 2011.

ANDRADE, Maria Margarida de. **Como preparar trabalhos para cursos de pós-graduação: noções práticas**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

ARREGUY, Marília Etienne; GARCIA, Claudia Amorim. Algumas aproximações entre o ciúme, a melancolia e o masoquismo. **Psicol. rev.**, Belo Horizonte, v. 8, n. 11, p. 111-122, jun. 2002.

BAHLS, Saint-Clair; BAHLS, Flávia Rocha Campos. Depressão na adolescência: características clínicas. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v.6, n.1, p.:49-57, jan/jun, 2002.

BAPTISTA, Makilim Nunes. **Suicídio e Depressão (Atualizações)**. Rio de Janeiro: Guanaba Koogan. 2004

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 3ª ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BARRETO, Maurício Lima; CARMO, Eduardo Hage. Mudanças em padrões de morbimortalidade: conceitos e métodos. In: MONTEIRO, Carlos Augusto. **Velhos e novos males da saúde no Brasil**. São Paulo: Hucitec; Nupens, 1995. p. 07-32.

BARROS, Aidil de Jesus. **Fundamentos de Metodologia Científica: um guia para a iniciação científica**. 2 ed ampliada. São Paulo: Pearson Makron Books, 2006.

BELLASALMA, Ana Carollina Mana.; OLIVEIRA, Magda Lúcia Félix. de. Família e tentativa de suicídio com agentes químicos: um estudo em Maringá (PR). **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v.4, n.2, p.125-133, jul./dez. 2002.

BENINCASA, Miria; REZENDE, Manuel Morgado. Tristeza e suicídio entre adolescentes: fatores de risco e proteção. **Bol. Psicol.** São Paulo, v. 56, n. 124, jun. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432006000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 mai 2011.

BERTOLOTE, José M. Estratégias de prevenção do suicídio: o que dá certo? [palestra] In: **1º Seminário Nacional de Prevenção do Suicídio**; 2006 ago 17-8; Porto Alegre (RS). Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BERNARDES, Sara Santos; TURINI, Conceição Aparecida e MATSUO, Tiemi. Perfil das tentativas de suicídio por sobredose intencional de medicamentos atendidas por um Centro de Controle de Intoxicações do Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.7, p.:1366-1372, jul, 2010.

BISPO, Tânia Christiane Ferreira; ALMEIDA, Lílian Conceição Guimarães; DINIZ, Normélia Maria Freire. Violência Conjugal: desafio para profissionais de saúde. **Rev. Baiana de Enfermagem**. Salvador. v.21, n.1, p.:11-18; jan/abr, 2007.

BOTEGA, Neury José *et al.* Atitudes do pessoal de enfermagem em relação ao suicídio: a criação de uma escala de avaliação. **Rev Bras Psiquiatr**. São Paulo, v.27, n.4, p.:315-8, dez. 2005.

_____. Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.12, p.:2632-2638, dez, 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Revista Bioética**. Rio de Janeiro, Conselho Federal de Medicina, v.4, p. 15-25, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.876 de 14 de agosto de 2006**. Diretrizes brasileiras para um plano nacional de prevenção do suicídio. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, DF, 2006a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pt_1876.pdf>, acesso em: 10 fev 2011.

_____. **Portaria n. 687, de 30 de março de 2006**. Política nacional de promoção da saúde. Aprova a Política de Promoção da Saúde. Brasília, 2006. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 96, 31 mar. 2006b.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes**: norma técnica. 2ª ed. atual. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. **Prevenção do Suicídio**: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas. 2002.

BRIMLOW, D; COOK, J; SEATON, R. **Stigma and HIV/AIDS**: a review of the literature. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services; 2003.

BUBER, Martin. **Eu e Tu**. São Paulo: Centauro, 1974.

CAIAFFA, Waleska Teixeira *et al.* Saúde urbana: “a cidade é uma estranha senhora, que hoje sorri e amanhã te devora”. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.6, pág.:1785-96, dez, 2008.

CASSORLA, Roosevelt Moisés Smeke. **Do Suicídio: Estudos brasileiros**. 2ª Ed. Campinas: Papyrus, 1998.

_____. Psicodinâmica do suicídio [palestra]. In: **Seminário Nacional de Prevenção do Suicídio**, 1º, Porto Alegre (RS). Brasília: Ministério da Saúde; 2006, p.17-8.

_____. Psicanálise e saúde pública. **Revista Brasileira de Psicanálise**, São Paulo, v.35, n.3, p. 729-750, 2001.

CASSORLA, Roosevelt Moisés Smeke; SMEKE, Elisabeth de Leone Monteiro. Autodestruição Humana. **Cad. Saúde Públ.** Rio de Janeiro, v.10, supl., p.:61-73, 1994

CHACHAMOVICH, Eduardo *et al.* Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre a depressão e o suicídio? **Rev Bras Psiquiatr.** São Paulo, v.31, supl I, p.: S18-25, mai. 2009.

COLLIÈRE, Marie-Françoise. **Promover a vida: das práticas das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. 2ª ed. Portugal: Sindicato dos enfermeiros portugueses; 1999.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). 2008. 216p.

COSTA, Whashington. **Compreendendo o suicídio**. Recanto das Letras. 2010. Disponível em: <<http://www.recantodasletras.com.br/artigos/2472483>>. Acesso em: 20 mar 2011.

DINIZ, Normélia Maria Freire; MONTEIRO, Ana Paula. **O ciclo da violência conjugal: mulheres na busca por atendimento na saúde e na Delegacia Especial de Apoio à Mulher – DEAM**. (Relatório de pesquisa/PIBIC/GEM). Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

DURKHEIM, Émile. **As regras do método sociológico**. 13 ed., São Paulo: Companhia. Editora Nacional, 1984.

_____. **O Suicídio**. Texto integral. Trad.: Alex Marins. Martin Claret: São Paulo, 2005.

DUTRA, Elza Maria do Socorro. Depressão e suicídio em crianças e adolescentes. **Mudanças**. São Paulo, v.9, n.15, p.:27-35, jan-jun, 2001.

FEIJÓ, Ricardo Bercker *et al.* O adolescente com tentativa de suicídio: características de uma amostra de 13 a 20 anos atendida em emergência médica. **J Bras Psiq.** Rio de Janeiro, v.45, n.11, p.: 645-64, nov. 1996.

FICHER, Ana Maria Fortaleza Teixeira; VANSAN, Gerson Antônio. Tentativas de suicídio em jovens: aspectos epidemiológicos dos casos atendidos no setor de urgências psiquiátricas

de um hospital geral universitário entre 1988 e 2004. **Est Psicol.** Campinas, v.25, n.3, p.:361-74, jul.-set. 2008.

GARBIN, Cléa Adas Saliba *et al.* Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v.22, n.12, p.:2567-73, dez. 2006.

GARCIA, Sandra; KOYAMA, Mitti Ayako Hara. Estigma, discriminação e HIV/Aids no contexto brasileiro, 1998 e 2005. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.42, suppl.1, p. 72-83, jun. 2010 .

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4ª ed. São Paulo: Atlas. 2006.

GOFFMAN, Erving. **Estigma:** notas sobre a a identidade deteriorada. LTC: São Paulo; 1998.

GONZÁLEZ REY, Fernando Luis. **Pesquisa qualitativa em psicologia:** caminhos e desafios. São Paulo: Thompson Pioneira, 2002.

GREGÓRIO, Sérgio Biagi. **Suicídio.** São Paulo: FEESP; 2001. Disponível em: <<http://www.ceismael.com.br/artigo/suicidio-e-espiritismo.htm>>. Acesso em: 12 mar 2011.

GUARNIERI, Leonardo. O que motiva os homens-bomba? **Correio Internacional.** New Haven. 17 set 2009. Disponível em: < <http://www.correiointernacional.com/archives/1470>>. Acesso em 18 mar 2011.

GUNNELL, David; FRANKEL, Stephen. Prevention of suicide: aspiration and evidence. **BMJ.** v.308, p.:1227-33, mai. 1994.

GUSMÃO, Luciana Cunha. **Assistência de enfermagem a vítimas de violência doméstica:** um olhar sob a saúde das mulheres acolhidas na casa abrigo do Tribunal de Justiça do Maranhão. 2010. 88f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual do Maranhão, Bacabal, 2010.

HALL, Stuart. **A Identidade Cultural na Pós-Modernidade.** 3º ed. Rio de Janeiro: DP&A, 1999.

HAWTON, Keith *et al.* The influence of the economic and social environment on deliberate self-harm and suicide: an ecological and person-based study. **Psychol Méd.** Cambridge University Press. v.31, p.:827-36, jul. 2001.

IBAÑEZ, Tomás. Representaciones sociales : teoría y método. In: IBAÑEZ, Tomás. **Ideologías de la vida cotidiana.** Barcelona: Sendai, 1988.

JODELET, Denise. **Les représentations sociales.** Paris: PUF, 1989.

_____. Representações do contágio e a AIDS. In: JODELET, Denise.; MADEIRA, M. (orgs). **Aids e representações sociais:** à busca de sentidos. Natal: EDUFRN, 1998, p. 17-45.

KAPLAN, Harold; SADOCK, Benjamin; GREBB, Jack. **Compêndio de psiquiatria:** ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 1997.

KRUG, Etienne G *et al.* **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002.

LACHAUD, Denise. **Jalousies**. Paris: Denoël, 1998.

LAVILLE, Chistian; DIONNE, Jean. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Porto Alegre: Artes Médicas; Belo Horizonte: UFMG. 1999.

LETTIERE, Angelina; NAKANO, Ana Márcia Spanó; RODRIGUES, Daniela Taysa. Violência contra a mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais de saúde. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 42, n. 3, p.:467-73, set. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 Jun 2011.

LÓES, T.M. O método epidemiológico no controle das causas externas. **Saúde em Foco**, Teresina, v.18, p.39-44,1998.

LOUREIRO, Rodrigo Moura. Um possível olhar do comportamento suicida pelos profissionais de saúde. **Scientia Medica**, Porto Alegre. v.16, n.2, abr/jun, 2006.

MACEDO, Mônica Medeiros Kother, WERLANG, Bianca Susana Guevara. Tentativa de suicídio: o traumático via ato-dor. **Psicologia: teoria e pesquisa. Brasília**, v.23, n.2, p.:185-94, abr/jun, 2007.

MACENTE, Luciene Bolzam; SANTOS, Elem Guimarães dos; ZANDONADE, Eliana. Tentativas de suicídio e suicídio em município de cultura Pomerana no interior do estado do Espírito Santo. *J Bras Psiquiatr*. Rio de Janeiro, v.58, n.4, p.:238-244, 2009.

MACHADO, Ana Lúcia *et al.* Representações sociais em enfermagem: comentários sobre teses e dissertações. **Rev.Esc.Enf.USP**, São Paulo. v.31, n.3, p. 486-97, dez. 1997.

MARCONDES FILHO, Walter *et al.* Tentativas de Suicídio por Substâncias Químicas na Adolescência e Juventude. **Adolesc. Latinoam**. Porto Alegre, v.3, n.2, nov. 2002.

MARCUS, M. T.; LIEHR, P. R. Abordagens de pesquisa qualitativa. In: LOBIONDO-WOOD, Geri; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

MARÍN-LEON, Letícia; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo. Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. **Rev. de Saúde Pública**. São Paulo. v.37, n.3, p.: 357-63, jun. 2003.

MARIS, Ronald W. Social and familial risk factors in suicidal behavior. **Psych Clin North Am**. v.20, n. 3, p.:519-550, set. 1997.

MELEIRO, Alexandrina. Moreira de Almeida da Silva ; TENG, Chei Tung; WANG, Yuan Pang (Org). **Suicídio: Estudos Fundamentais**. São Paulo: Segmento Farma, 2004.

MELO, Elza Machado *et al.* Projeto Meninos do Rio: mundo da vida, adolescência e riscos de saúde. **Cad. Saúde Públ.** Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.:39-48, jan-fev. 2005.

MESQUITA, Cíntia Correia. **Vivência de violência doméstica em mulheres que tentaram suicídio.** 2011. 100f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. A autoviolência, objeto da sociologia e problema de saúde pública. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.: 421-428, abr/jun, 1998.

_____. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2004.

_____. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2008.

_____. Violência auto-infligida. In: BRASIL. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros.** Anexo VII. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p.206-34.

MOSCOVICI, Serge. **Psychologie sociale.** Paris: PUF, 1976.

_____. **Sobre representações sociais.** (Traduzido por Clélia Nascimento Schulze para circulação interna). Santa Catarina:Núcleo de Psicologia Social. 1985.

MOREIRA, Adriana Cristina *et al.* Incidência da tentativa de suicídio em pacientes psiquiátricos: principais diagnósticos. **Acta Paul Enf**, São Paulo, v.13, n. espec., parte II, p.17-20, 2000.

NAIBO, Mônica Konrad. **Amamentação, depressão e suicídio.** Centro Reichiano: Curitiba, 2006. Disponível em: <<http://www.centroreichiano.com.br/artigos.htm>>. Acesso em: 30 mai 2011.

NOBREGA, Sheva Maia. Sobre a Teoria das Representações Sociais. In: MOREIRA, Antonia Silva Paredes; JESUÍNO, Jorge Correia. **Representações sociais: teoria e prática.** João Pessoa: Editora Universitária, 2001, p.55-87.

OLIVEIRA, Denize Cristina. **A enfermagem e as necessidades humanas básicas: o saber/fazer a partir das representações sociais.** 2001. 247f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

OLIVEIRA, Denize Cristina *et al.* O Sistema Único de Saúde na cartografia mental de profissionais de saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p.: 377-86, jul-set. 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio:** um manual para profissionais da saúde em atenção primária. Genebra: Departamento de Saúde Mental, 2000.

_____. **Relatório Mundial de Saúde:** saúde mental: nova concepção, nova esperança. 1ª Ed. Lisboa: Climepsi. 2001.

_____. **The World Health Report: Shaping the future.** Genebra, 2003.

OSBY, Urban *et al.* Excess mortality in bipolar and unipolar disorder in Sweden. **Archives of General Psychiatry.** Chicago, v.58, n.9, p.: 844-50, set. 2001.

PACHECO, Jamile de Souza *et al.* Tentativa de suicídio em mulheres por queimaduras. **Rev. Rene.** Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 152-60, abr./jun. 2010.

PAIVA, Luís Miller. **Depressão e Suicídio: psicanálise, psicossomática e tanatismo.** Rio de Janeiro: Imago, 1983.

PARAGUASSU, Lisandra; FORMENTI, Ligia; MOURA, Rafael Mouraes. Taxa de suicídio no Brasil sobe 17% em 10 anos, puxada por indígenas. **O Estado de São Paulo.** São Paulo, 24 fev. 2011. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/noticias/geral,taxa-de-suicidio-no-brasil-sobe-17-em-10-anos-puxada-por-indigenas,684055,0.htm>>. Acesso em: 25 fev 2011.

PATRIOTA, Lucia Maria. Teoria das Representações Sociais: Contribuições para a apreensão da realidade. **Serviço social em revista.** Londrina, v.10, n.1, jul/dez, 2007.

PATUSSI, Marcos *et al.* The potential impact of neighborhood empowerment on dental caries among adolescents. **Community Dent Oral Epidemiol.** São Leopoldo, v.34, n.5, p.:344-50, out. 2006.

POLIT, Denise; BECK, Cheryl Tostano; HUNGER, Bernadete. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: método, avaliação e utilização.** 5ª.ed. São Paulo: Artmed, 2004.

PRIETO, Daniela; TAVARES, Marcelo. Fatores de risco para suicídio: incidência, eventos estressores e transtornos mentais. **J Bras Psiquiatr.** Rio de Janeiro, v.54, n.2, p.:146-54, abr-jun. 2005. Disponível em: <[http://www.ipub.ufrj.br/documentos/JBP\(2\)2005_10.pdf](http://www.ipub.ufrj.br/documentos/JBP(2)2005_10.pdf)>. Acesso em 18 de fevereiro de 2010.

QUENTAL, Isabel de Araújo. Tentativas de suicídio: construindo dispositivos de prevenção um desafio para o SUS. **Pediatr. Mod.** São Paulo, v.45, n.6, nov-dez. 2008. Disponível em: <http://prevencaodosuicidio.ea.ufrgs.br/acervo.php>. Acesso em: 3 jun. 2009.

RACAMIER, Paul Claude. Agression et jalousie: deux siguliers visages de la dépression. In: **L'évolution psychiatrique.** Paris: Privat, 1968. t. XXXIII, fasc. II, p. 291-307.

REICH, Wilhelm. **Análise do Caráter.** 3ª. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

RICHARDSON, Roberto Jarry et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas.** 3ª ed. revisada. São Paulo: Atlas, 1999.

RUBENOWITS, Eva *et al.* Life events and psychosocial factors in elderly suicides – a case control psychological autopsy study. **Psychol med.** Cambridge University Press, v.31, n.7, p.1193-1202, out. 2001.

SÁ, Celso Pereira de. **Núcleo central das representações sociais.** Rio de Janeiro: Vozes. 1996.

SANTOS, Maria de Fátima Souza.; ALMEIDA, Leda Maria. **Diálogos com a Teoria das Representações Sociais**. Alagoas: Ed. Universitária da UFPE, 2005.

SANTOS, Simone Agadir *et al.* Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p.:2064-74, set. 2009.

SCHNITMAN, Gabriel *et al.* Taxa de mortalidade por suicídio e indicadores socioeconômicos nas capitais brasileiras. **Rev Baiana de Saúde Pública**. Salvador, v.34, n.1, p.44-59, jan./mar. 2010.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA. ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL (AGECOM). Hospital Roberto Santos amplia atendimento de UTI infantil. 2009. Disponível em: www1.saude.ba.gov.br/noticias/noticia.asp?NOTICIA=7205, Acesso em 16 de fev de 2010.

SHAFFER, David *et al.* Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. **Arch Gen Psychiatry**, Chicago, v.53, n.4, p.:339-48, abr. 1996.

SILVA, Marcimedes Martins da. **Suicídio - Trama Da Comunicação**. 1992. 135f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1992.

SILVA, Viviane Picinato da; BOEMER, Magali Roseira. O suicídio em seu mostrar-se a profissionais de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 06, n. 02, p. 143-152, 2004.

TEMPORINI, Edméia Rita. **Saúde do escolar: conduta e opinião de professores do sistema de ensino do Estado de São Paulo**, São Paulo, 1986. 301f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1996.

TRAVASSOS, Cláudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro; v.20, (Sup 2):S190-8, 2004.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo da Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

TURECKI, Gustavo *et al.* Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? **Rev. Bras. Psiquiatria**. São Paulo, v.31, supl I, p. S18-25. 2009.

VALA, Jouse. Representações sociais: para uma psicologia social do pensamento social. In: VALA, Jouse; MONTEIRO, Maria Benedicta. **Psicologia social**. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 1993.

VANSAN, Gerson Antonio. Aspectos epidemiológicos comparativos entre tentativas de suicídio e suicídios no município de Ribeirão Preto. **J Bras Psiq**. Rio de Janeiro, v.48, n.5, p.: 209-15, jul-ago. 1999.

VERGES, Pierre. Approche du noyau central: propriétés quantitatives et structurales. In: GUIMELLI, Christian(org). **Structures et transformation des représentations sociales**. Paris: Delachaux et Niestlé; 1994. p. 233-53.

VIEIRA, Kay Francis Leal; COUTINHO, Maria da Penha de Lima. Representações sociais da depressão e do suicídio elaboradas por estudantes de psicologia. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v.28, n.4, dez. 2008. Disponível em:
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932008000400005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 jun. 2011.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidado Humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.

WANG, Yuan Pang; RAMADAM, Zacarias Borges Ali. Aspectos psicológicos do suicídio. In: MELEIRO, Alexandrina. Moreira de Almeida da Silva ; TENG, Chei Tung; WANG, Yuan Pang (Org). **Suicídio: Estudos Fundamentais**. São Paulo: Segmento Farma, 2004.

WICHSTROM, Lars. Psychological and behavioral factors unproductive of disordered eating: A prospective study of the general adolescent population in Norway. **International Journal of Eating Disorders**. v.29, n.1, p.33-42, jul. 2000.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto - TENTATIVA DE SUICÍDIO POR MULHERES: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MÉDICOS(AS), ENFERMEIRAS(OS) E TÉCNICAS(OS) DE ENFERMAGEM.

O(a) Sr. (Sra.). está sendo convidada a participar de uma pesquisa que tem como objeto de estudo a representação social de profissionais de saúde sobre tentativas de suicídio praticado por mulheres.. Trata-se de um projeto de pesquisa desenvolvido por mim, Simone Santos Souza, como atividade do Curso de Mestrado em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, sob a orientação da Profa. Dra. Normélia Maria Freire Diniz.

O(a) Sr. (Sra.) poderá participar ou não da pesquisa, bem como desistir em qualquer fase do estudo, sem qualquer prejuízo. Caso o(a) Sr(a). aceite, todas as informações coletadas serão estritamente confidenciais, de modo que os sujeitos serão identificados por nomes fictícios, garantindo o sigilo e o anonimato e assegurando a privacidade.

As informações serão gravadas com o auxílio de um gravador portátil em um local onde o/a Sr (Sra.) poderá falar livremente sobre a sua experiência. A coleta dos dados será realizada de acordo com a sua disponibilidade e mediante a sua prévia autorização por escrito. Concordando em participar da entrevista, o/a Sr.(Sra). poderá ouvir a fita e retirar ou acrescentar quaisquer informações. O material da gravação será por mim arquivado por 5 (cinco) anos e após esse período será destruído.

Ao participar desta pesquisa, o/a Sr. (Sra.) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação. Também não haverá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo possibilite maior compreensão acerca do fenômeno do suicídio. Os resultados deste estudo serão publicados na dissertação de mestrado e em artigos científicos e divulgados em congressos e/ou seminários.

Os aspectos acima mencionados respeitam a Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone da pesquisadora (71)92193167.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Confirmando ter compreendido todas as informações acima descritas e, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

Assinatura do(a) entrevistado (a)

Enf. Simone Santos Souza

Data: ____/____/2011

APÊNDICE B – Teste de Associação Livre de Palavras



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Projeto:

TENTATIVA DE SUICÍDIO POR MULHERES: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MÉDICOS(AS), ENFERMEIRAS(OS) E TÉCNICAS(OS) DE ENFERMAGEM.

FORMULÁRIO - TALP

1. ESTÍMULO INDUTOR

Que palavras vêm na sua cabeça quando digo expressão “tentativa de suicídio por mulheres”?
Diga-me 5 palavras (colocar na ordem que ele disser)

1^a _____
2^a _____
3^a _____
4^a _____
5^a _____

Agora, dentre essas cinco palavras, classifique na ordem de importância as que melhor definem expressão “tentativa de suicídio por mulheres” para você.

1^a _____
2^a _____
3^a _____
4^a _____
5^a _____

Agora me diga por que você escolheu essas 2 primeiras palavras?

Data: ____/____/2011

APÊNDICE C - Entrevista Semi-Estruturada



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**Projeto:
TENTATIVA DE SUICÍDIO POR MULHERES: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE
MÉDICOS(AS), ENFERMEIRAS(OS) E TÉCNICAS(OS) DE ENFERMAGEM.**

FORMULÁRIO - ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Data: ___/___/2011

Idade:

Estado Civil: () casado () solteiro () união consensual
() viúvo () divorciado () desquitado ou separado judicialmente

Trabalho

Instituição que trabalha? _____

O que faz? _____

Tempo de trabalho? _____

Profissão:

- () Enfermeira (o)
() Médico (a)
() Técnico de Enfermagem

Tempo de formado: _____

Cursa algum outro curso?

- () Sim () Não

Se sim, qual é o curso? _____

Possui algum outro título (especialista, residente, mestre, doutor)?

- () Sim () Não

Se sim, qual é a área? _____

Você teve alguma aula, seminário, disciplina que abordasse o tema suicídio em algum momento na graduação ou no curso técnico? E na especialização?

Você participou de alguma sensibilização sobre o suicídio nesse serviço?

APÊNDICE D – Entrevista

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Projeto:

TENTATIVA DE SUICÍDIO POR MULHERES: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MÉDICOS(AS), ENFERMEIRAS(OS) E TÉCNICAS(OS) DE ENFERMAGEM.

Entrevistador: _____ **Data:** ____/____/____

Nome: _____

Categoria Profissional: _____

QUESTÕES NORTEADORAS

Fale sobre a tentativa de suicídio por mulheres.

O que leva a uma mulher a tentar suicídio?

Fale sobre a assistência a essas mulheres que tentaram o suicídio.

APÊNDICE E – Tabelas de Caracterização dos Sujeitos

Tabela 1 - Caracterização dos médicos(as), enfermeiras(os) e técnicas(os) de enfermagem participantes do estudo.

	f	f(%)
Categoria		
Médicos	11	15,7
Enfermeiros	27	38,6
Técnicos de enfermagem	32	45,7
TOTAL	70	100
Sexo		
Feminino	50	71,4
Masculino	20	28,5
Idade		
19 ----- 24	2	2,8
25 ----- 29	24	34,3
30 ----- 34	16	22,8
35 -----39	10	14,2
40 ----- 44	5	7,1
45 ----- 49	4	5,7
50 ou mais	9	12,8
Estado Civil		
Casado	20	28,5
União estável	5	7,1
Solteiro	36	51,4
Viúvo	3	4,3
Divorciado	5	7,1
Desquitado	1	1,4
Trabalha em mais de um local		
Sim	27	38,6
Não	43	61,4
Onde?		
PSF	7	25,9
CAPS	1	3,7
Hospital emergência	4	14,8
Hospital outros	14	51,85
Professor	1	3,7
Tempo de trabalho nesta instituição		
6 meses	9	12,8
6 meses ate 1 ano	7	10,0
De 1 ate 2 anos	12	17,1
De 2 ate 3 anos	6	8,6
De 3 ate 4 anos	6	8,6
De 4 ate 5 anos	10	14,3
De 5 a 10 anos	9	12,8
Mais de 10 anos	11	15,7

Tempo de formado		
6 meses	1	1,4
6 meses ate 1 ano	6	8,6
De 1 ate 2 anos	9	12,8
De 2 ate 3 anos	4	5,7
De 3 ate 4 anos	6	8,6
De 4 ate 5 anos	4	5,7
De 5 a 10 anos	26	37,1
Mais de 10 anos	14	20,0
Cursa algum outro curso?		
Sim	21	30
Não	49	70
Se sim, qual?		
Especialização	6	28,6
Residência	6	28,6
Mestrado	0	00,0
Doutorado	1	4,8
Outra graduação	8	38,1
Possui algum título?		
Sim	21	30
Não	49	70
Se sim, qual?		
Especialização	15	71,4
Residência	2	9,5
Mestrado	1	4,8
Doutorado	0	00,0
Outra graduação	5	23,8
Participou de alguma sensibilização sobre suicídio na graduação?		
Sim	26	37,1
Não	44	62,9
Participou de alguma sensibilização sobre suicídio na especialização?		
Sim	1	3,1
Não	31	96,9
Participou de alguma sensibilização sobre suicídio no hospital lócus da pesquisa?		
Sim	0	00,0
Não	70	100

Tabela 2 - Caracterização dos médicos(as) participantes do estudo.

	f	f(%)
Categoria: Profissionais da medicina		
TOTAL	11	100
Sexo		
Feminino	4	36,4
Masculino	7	63,6
Idade		
19 ----- 24	0	00,00%
25 ----- 29	9	81,8%
30 ----- 34	1	9,1%
35 -----39	0	00,00%
40 ----- 44	0	00,00%
45 ----- 49	0	00,00%
50 ou mais	1	9,1
Estado civil		
Casado	3	27,3%
União estável	0	00,00%
Solteiro	8	72,7%
Viúvo	0	00,00%
Divorciado	0	00,00%
Desquitado	0	00,00%
Trabalha em mais de um local?		
Sim	6	54,5%
Não	5	45,5%
Onde?		
PSF	1	16,6%
CAPS	0	00,00%
Hospital emergência	1	16,6%
Hospital outros	4	66,6%
Professor	0	00,00%
Tempo de trabalho nesta instituição		
6 meses	5	45,4%
6 meses ate 1 ano	3	27,3%
De 1 ate 2 anos	2	18,2%
De 2 ate 3 anos	0	00,00%
De 3 ate 4 anos	1	9,1%
De 4 ate 5 anos	0	00,00%
De 5 a 10 anos	0	00,00%
Mais de 10 anos	0	00,00%
Tempo de formado		
6 meses	1	9,1
6 meses ate 1 ano	5	45,4
De 1 ate 2 anos	0	00,0
De 2 ate 3 anos	1	9,1
De 3 ate 4 anos	3	27,3

De 4 ate 5 anos	0	00,0
De 5 a 10 anos	1	9,1
Mais de 10 anos	0	00,0
Cursa algum outro curso?		
Sim	7	63,6
Não	4	36,4
Se sim, qual?		
Especialização	0	00,0
Residência	6	85,7
Mestrado	0	00,0
Doutorado	1	14,3
Outra graduação	0	00,0
Possui algum título?		
Sim	2	18,2
Não	9	81,8
Se sim, qual?		
Especialização	1	50
Residência	2	100
Mestrado	1	50
Doutorado	0	00,0
Outra graduação	0	00,0
Especifique a área da especialização:	Neurologia	
Participou de alguma sensibilização sobre suicídio na graduação?		
Sim	6	54,5
Não	5	45,5
Participou de alguma sensibilização sobre suicídio na especialização?		
Sim	0	00,0
Não	9	100,0
Participou de alguma sensibilização sobre suicídio no hospital lócus da pesquisa?		
Sim	0	00,0
Não	11	100

Tabela 3 - Caracterização das enfermeiras(os) participantes do estudo.

	F	f(%)
TOTAL	27	100
Sexo		
Feminino	22	81,5
Masculino	5	18,5
Idade		
19 ----- 24	2	7,4
25 ----- 29	12	44,4
30 ----- 34	5	18,5
35 -----39	4	14,8
40 ----- 44	1	3,7
45 ----- 49	1	3,7
50 ou mais	2	7,4
Estado Civil		
Casada	7	25,9
União estável	3	11,1
Solteira	13	48,1
Viúva	1	3,7
Divorciada	3	11,1
Desquitada	0	00,0
Trabalha em mais de um local?		
Sim	15	55,6
Não	12	44,4
Onde?		
PSF	4	26,7
CAPS	1	6,7
Hospital emergência	2	13,3
Hospital outros	7	46,7
Professor	1	6,7
Tempo de trabalho nesta instituição		
6 meses	2	7,4
6 meses ate 1 ano	3	11,1
De 1 ate 2 anos	7	25,9
De 2 ate 3 anos	4	14,8
De 3 ate 4 anos	2	7,4
De 4 ate 5 anos	1	3,7
De 5 a 10 anos	5	18,5
Mais de 10 anos	3	11,1
Tempo de formado		
6 meses	0	00,0
6 meses ate 1 ano	1	3,7
De 1 ate 2 anos	8	29,6
De 2 ate 3 anos	3	11,1
De 3 ate 4 anos	2	7,4
De 4 ate 5 anos	2	7,4
De 5 a 10 anos	9	33,3

Mais de 10 anos	2	7,4
Cursa algum outro curso?		
Sim	9	33,3
Não	18	66,7
Se sim, qual?		
Especialização	6	66,7
Residência	0	00,0
Mestrado	0	00,0
Doutorado	0	00,0
Outra graduação	3	33,3
Especifique a área da graduação:	Medicina Arquitetura Ciências contábeis	
Especifique a área da especialização:	Saúde Coletiva (2) UTI (1) Emergência (3)	
Possui algum título?		
Sim	15	55,6
Não	12	44,4
Se sim, qual?		
Especialização	14	93,3
Residência	0	00,0
Mestrado	0	00,0
Doutorado	0	00,0
Outra graduação	1	6,7
Especifique a área da graduação:	Administração	
Especifique a área da especialização:	Ensino Superior (1) UTI (4) Enfermagem do Trabalho (4) Saúde Pública (3) Obstetrícia (3) Emergência (3)	
Participou de alguma sensibilização sobre suicídio na graduação?		
Sim	13	48,1
Não	14	51,8
Participou de alguma sensibilização sobre suicídio na especialização?		
Sim	1	3,7
Não	22	96,3
Participou de alguma sensibilização sobre suicídio no hospital lócus da pesquisa?		
Sim	0	00,0
Não	27	100

Tabela 4 - Caracterização das técnicas(os) de enfermagem participantes do estudo.

	f	f(%)
Categoria: Profissionais técnicos de enfermagem		
TOTAL	32	100
Sexo		
Feminino	24	75
Masculino	8	25
Idade		
19 ----- 24	0	00,0
25 ----- 29	3	9,4
30 ----- 34	10	31,2
35 -----39	6	18,7
40 ----- 44	4	12,5
45 ----- 49	3	9,4
50 ou mais	6	18,7
Estado Civil		
Casado	10	31,2
União estável	2	6,2
Solteiro	15	46,9
Viúvo	2	6,2
Divorciado	2	6,2
Desquitado	1	3,1
Trabalha em mais de um local?		
Sim	6	18,7
Não	26	81,2
Onde?		
PSF	2	33,3
CAPS	0	00,0
Hospital emergência	1	16,6
Hospital outros	3	50,0
Professor	0	00,0
Tempo de trabalho nesta instituição:		
6 meses	2	6,2
6 meses ate 1 ano	1	3,1
De 1 ate 2 anos	3	9,4
De 2 ate 3 anos	2	6,2
De 3 ate 4 anos	3	9,4
De 4 ate 5 anos	9	28,1
De 5 a 10 anos	4	12,5
Mais de 10 anos	8	25
Tempo de formado:		
6 meses	0	00,0
6 meses ate 1 ano	0	00,0
De 1 ate 2 anos	1	3,1
De 2 ate 3 anos	0	00,0
De 3 ate 4 anos	1	3,1
De 4 ate 5 anos	2	6,2

De 5 a 10 anos	17	53,1
Mais de 10 anos	11	34,3
Cursa algum outro curso?		
Sim	5	15,6
Não	27	84,4
Se sim, qual?		
Graduação	5	100
Especifique a área da graduação:	Enfermagem (3) Serviço Social Biologia	
Outra:	0	00,0
Possui algum título?		
Sim	4	12,5
Não	28	87,5
Se sim, qual?		
Especialização	1	25
Outra graduação	3	75
Especifique a área da graduação:	Educação Física Gestão Ambiental Fisioterapia	
Especifique a área da especialização:	Enfermagem do Trabalho	
Participou de alguma sensibilização sobre suicídio na graduação?		
Sim	7	21,9
Não	25	78,1
Participou de alguma sensibilização sobre suicídio na especialização?		
Sim	0	00,0
Não	1	100
Participou de alguma sensibilização sobre suicídio no hospital lócus da pesquisa?		
Sim	0	00,0
Não	32	100,0

APÊNDICE F – Descrição das Entrevistas

Entrevista 1: Dionísio, técnico de enfermagem

Fale sobre a tentativa de suicídio por mulheres.

É uma fraqueza espiritual... Quando a pessoa não tem fé em Deus, não tem onde se apegar entendeu? Sem rumo... Não teve uma base familiar, uma base religiosa, não falo nem cristã, falo religiosa... Que dê uma orientação a vida, que dê sentido a vida, um porto seguro.. Levando assim a pessoa a procurar a morte como uma única solução... Uma pessoa que não tem Deus acha que a vida não tem sentido, então qualquer motivo é motivo para a pessoa se suicidar.

Na verdade o que leva uma mulher a tentar o suicídio é a depressão e segundo o fato dela querer chamar a atenção. Por exemplo, a mulher casada, aí o marido esta com outra mulher na rua, então ela quer que o marido olhe para ela, volte para ela e as vezes o caminho que ela procura é o caminho mais dramático, que é o da morte... Eu já vi mulher tocar fogo no corpo mesmo por causa da traição do marido... Quis chamar atenção do companheiro, perdeu o juízo, desorientou e tocou fogo no corpo...

É como qualquer relacionamento, quando o casal esta brigado existe uma tendência de um querer chamar a atenção um do outro, as vezes pode dar certo e as vezes pode dar errado e na maioria das vezes dá errado porque o companheiro não volta... Porque também não há um diálogo e falta de personalidade também, porque a mulher que tem uma personalidade forte não se deixa abater por causa de um relacionamento... Ela consegue dar a volta por cima, se restabelecer de novo, arranjar outro e nem por isso tentar se matar. É uma mulher com personalidade forte, com garra, persistência.

A mulher que sofre violência, a violência verbal, moral, física e sexual pode levar a depressão e como consequência dessa depressão pode vir o suicídio... O suicídio nesse caso para elas seria a última opção, na minha opinião... Porque chega uma hora que ela não agüenta mais tanta humilhação, a angústia é tanta que ai a única saída é a morte mesmo...

Fale sobre a assistência prestada as mulheres que tentam suicídio.

Olha o que é que acontece, como a gente vê o ser humano que chega aqui... Aqui a gente não quer saber se ele é policial, é vagabundo, se é rico ou se é pobre ou se tentou

suicídio.. Chega uma pessoa e a gente não quer saber o porque... A gente faz todos os procedimentos, faz a lavagem gástrica, faz a medicação na veia e depois que a gente sabe o que foi que aconteceu e fica os comentários: meu Deus, tão jovem e tão bonita e por causa do namorado tentou uma coisa dessas??? Sei lá, as vezes é um mau-carater, nem vale a pena e a mulher ai se matando por causa dele... Aqui vem muita mulher com esses casos. Elas chegam aqui no pronto-atendimento, o médico passa as medicações e os procedimentos para os intoxicados, que pode ser tentativa de suicídio ou não... Meu comentário é esse, quando chega uma mulher que tentou se intoxicar por chumbinho: é que o chumbinho ta fraco, não é de qualidade, porque se fosse de qualidade, morria logo, não dava trabalho para a gente. O problema é que o chumbinho não mata mais ninguém, eu vou fazer uma queixa com os produtores de chumbinhos. Chega aqui e ainda esta vivo, em vez de bater e morrer logo não, vem para cá ficar dando trabalho para a gente. E essa mulher esta ocupando o lugar de uma pessoa que esta precisando de uma assistência real, alguém que esta infartando, alguém que esta com problemas de diabetes, pressão alta, quer dizer, alem do sistema público esta inchado, com muitos pacientes e poucos profissionais, acaba prejudicando mais a assistência e chega aqui e passa uma dificuldade maior porque não tem uma maca, não tem médico, não tem uma medicação, fica esperando ai... Ai a mulher pode não ate só prejudicar a ela como também toda uma equipe de enfermagem, porque as vezes por não ter a medicação especifica para o caso, não dá para a gente fazer, a família fica em cima e acaba dando mais trabalho ainda, ai ao invés da gente se preocupar com quem esta realmente precisando da nossa ajuda, temos que desviar a atenção para atendê-la... Na verdade então, ela esta é ocupando o leito de uma pessoa que realmente precisa. Porque a mulher que tenta suicídio ela esta sã, sadia, esta bem, ela faz um ato contra ela mesma. Ela esta bem: falando, verbalizando, andando, isso para mim é estar bem. Quando a mulher tenta um suicídio ela faz um mal para ela mesmo e tem as conseqüências, as conseqüências é ela chegar aqui no hospital e encontrar todas essas deficiências na assistência, então ela tem que agüentar mesmo, esperar para ser atendida. Pulso cortado, diazepam misturado com outras medicações, tudo isso porque o marido deu corno, porque o namorado terminou o namoro ou porque apanha de não sei lá quem, ou porque morreu fulano de tal... E para piorar a mulher ainda tem a questão do hormônio... Então ela oscila e quando ela oscila dos hormônios, tem um momento que ela esta alegre, feliz e sorridente e em outros deprimidas, ou triste, digamos nem tanto deprimida mas triste. Ela da o azar de acontecer algum desses acontecimentos nesse período quando ela esta na tristeza ou depressão e ela é capaz de ate fazer isso com ela, mas porque os hormônios estão em evidencia naquele momento. Pode potencializar na realidade. As vezes muitas vezes a

mulher não responde por ela quando ela esta de TPM... Isso também pode ser um fator que leve a mulher a se matar...as vezes você conta uma piada um dia a mulher pode dar risada, mas daqui a uma semana, você conta a mesma piada mas ela já n tem mais graça.

Entrevista 2: Atena, técnica de enfermagem

Fale sobre a tentativa de suicídio por mulheres.

Fraqueza, a mulher não aguenta a pressão do dia a dia, é fraca de espírito... Não tem fé em Deus... Muitas jovens fracas... Umas se suicidam porque o namorado largou, outras porque o marido traiu, essas besteiras que acontecem... Teve ate caso de um casal de mulheres gays e como uma foi trocada por outra, ela tentou suicídio... Tudo aqui aparece... Mas o que a gente mais vê é que a mulher se separa por causa do marido, separação, problemas financeiros, depressão. Tem muita mulher que sofre violência em casa, do marido e isso também pode levar a mulher a tentar o suicídio... Ela não vai agüentar a pressão e não vê outra saída a não ser por fim a própria vida. Ate homicídio ela pode também praticar.

Mas o que passa mesmo na cabeças dessas mulheres que tentam suicídio é a depressão, os problemas são tantos que para ela não tem solução. São pessoas fracas espiritualmente, não agüentam a pressão. Porque a gente conversa com elas, quando elas conseguem sobreviver e percebemos isso. Não são pessoas loucas, com distúrbios psiquiátricos, que precisem ficar internadas em manicômios. São pessoas depressivas mesmo...of Não agüentam pressão. Eu acho que é uma pena ela não ter ajuda de familiares, amigos, não ter uma religião a que ela possa se apegar porque isso também ajuda e muitas vezes a gente percebe que essas pessoas que chegam aqui é porque não teve apoio, ate familiar não teve apoio. Não teve um tratamento, levar elas para um especialista, um psicólogo, psiquiatra... Não teve apoio, tratamento, tudo isso junta na cabeça da pessoa, que já sendo fraca, não aguenta... Ai é lamentável mesmo... Tem também a falta de diálogo, essas mulheres não tem com quem conversar. As vezes, percebemos que a única pessoa que mantinha o diálogo com elas era o próprio companheiro, e ai quando elas são abandonadas, elas não tem ninguém para desabafar. Se vêem em um beco sem saída que a única solução é a morte mesmo. Se elas tivessem com quem conversar, expor seus problemas, quem sabe se elas tentariam se matar?

Fale sobre a assistência prestada as mulheres que tentam suicídio.

Aqui o tratamento é bom. Quando chega, o clínico olha, leva logo para o CIAVE. O CIAVE vem, dá logo a medicação. Chama os psicólogos. O tratamento é maravilhoso. Aqui é a referência nesse atendimento. Realmente, eles (os pacientes) não podem falar, porque se falar mal é injusto, porque aqui tem tudo.

Quando eu falo que aqui tem tudo, é porque aqui tem todas as medicações específicas, todo mundo que chega por causa do suicídio é atendido, ninguém é encaminhado para outro hospital, a gente não nega assistência. Tem também o atendimento psicológico, o acompanhamento da mulher depois que ela recebe alta. Tem todo um suporte para elas. Não tem mesmo com o que reclamar.

Os profissionais aqui, independentemente do que eles pensam, tem que atender. Eu aqui falo por mim. Não me interessa se eu concorde ou não, aqui não é um ambiente para eu ficar discutindo com o paciente porque ele tentou se matar. Estou aqui para trabalhar, preparar minha medicação, administrar a medicação, verificar os sinais vitais, não é ético recusar o atendimento. Em casa, fora do ambiente de trabalho, eu discuto com outras pessoas, que não tem nada a ver com o hospital, mas aqui dentro, meu dever é atender a todos, sem discriminar.

Entrevista 3: Ártemis, técnica de enfermagem

Fale sobre a tentativa de suicídio por mulheres.

As mulheres tentam mais suicídio por problemas pessoais. Separação, traição do companheiro, depressão. São problemas pessoais. Dívidas também. Mais por separação mesmo. Muitas vezes a mulher não suporta a separação e tenta tirar a vida até mesmo para chamar atenção. Pode acontecer de elas avisarem antes para o companheiro, tem umas que ameaçam, que falam que vão se matar por causa dele, só que ninguém acredita até acontecer de fato. Tem também umas que deixam por escrito, culpando o marido por ter se matado. Mas o que a gente mais vê aqui na emergência é mulher se matando por causa de homem.

Para mim, essas mulheres não tem juízo. Não pensam direito. Aonde que eu vou tirar minha vida por causa de homem. Depois de um tempo, eu vou estar sete palmos debaixo da terra e ele vai estar com outra. Muitas nem querem morrer, só querem chamar atenção, aí quando o plano delas dá errado, ela morre. Dá errado porque ela toma uma dose que vai matar ela mesmo. As vezes elas pensam que aquela medicação só vai a deixar inconsciente, aí quando verem que ela realmente tentou se matar, o homem fica com medo e volta para ela. Ai

é nesse momento que ele volta, que ela acha que é a oportunidade dela reconquistar ele. São loucuras que só se passa na cabeça da mulher. Porque a gente percebe a diferença. Os homens que chegam aqui (por suicídio) chegam na maioria das vezes por causa de dívida. As mulheres não, por causa de homem.

Para você, a vivência de violência pode levar a mulher a tentar suicídio?

Eu acho que não. A mulher tem que encarar essa situação. Sair de casa, denunciar o agressor. Se ela se matar vai resolver o problema? Não. A violência vai continuar com outra pessoa. A mulher que se matou não tem com quem se apegar, não acredita em Deus. Quem se apega a Deus não se mata, pois sabe que para tudo nessa vida tem solução. Cabe a pessoa a se perguntar: porque eu estou passando por isso? O que eu posso fazer para sair dessa vida? Vida de sofrimento, com pessoas ruins ao meu lado?

Eu falo isso por experiência própria. Meu pai sempre me bateu, não precisava de motivo algum, quando chegava bêbado em casa, me batia sempre. Isso foi a minha vida toda. Eu me matei? Não. E nunca pensei nisso. Pelo contrário, fiz meu curso de técnico, arranjei um emprego e saí de casa. Pessoas que colocam fim na própria vida são fracas. Não querem enfrentar a realidade, preferem morrer do que isso. Ver uma forma de sair de casa, arranjar um emprego, voltar para casa dos pais, morar na casa de amigos. Que nada...

Fale sobre a assistência prestada as mulheres que tentam suicídio.

É normal. Elas chegam aqui, a gente administra a medicação, verifica temperatura, pressão, respiração. Acompanha a evolução dos sinais vitais até a pessoa ter alta.

Tem muita crítica? Tem sim. Todo mundo fala. Não tem esse que não critique. De médico a serviço geral. Todo mundo cuida da pessoa. Cada um do seu jeito, uns demoram mais de dar uma medicação para dor, outros que quando a mulher ou o familiar chama, finge que não ouviu e outros que cuidam como se fosse qualquer outra pessoa. Eu acho que quem trabalha na emergência não pode ter essa diferença com a pessoa, porque aqui tem de tudo. Ladrão, homicida, tem de tudo. A gente tem que tratar todos de forma igual. Quem vai julgar é Deus. Aqui eu só estou para trabalhar. Se ela tiver que pagar pelo mal que fez, quem vai cobrar essa dívida é Deus. O mal que ela fez foi tentar se matar, quem deve tirar a vida de uma pessoa, foi quem deu a vida a ela. Ou seja, Deus. É natural, a pessoa nasce, cresce e

morre. Quem vai de contra a essa lei de Deus vai ter que pagar. E quem deve cobrar não são as pessoas da terra e sim Deus.

Entrevista 4: Hera, enfermeira.

Fale sobre a tentativa de suicídio por mulheres.

Na verdade, eu acho que para a mulher tentar suicídio é porque já chegou no limite dela assim em alguns aspectos, principalmente em decepção nos relacionamentos, separação, traição ou ate mesmo problemas com a vida financeira.e acho que também tem muito assim, algumas coisas que acontecem no passado e a pessoa vai so guardando, guardando, somatizando ate que chega o momento que acaba explodindo. Coisas da vida que leva a mulher ao sofrimento, como a violência, estupro, que ela passa durante a vida dela e chega no limite que ela não suporta mais e a única forma que ela tem, que ela acha, que na verdade, assim, é como eu estava lendo no livro, ela não quer se matar, ela quer matar o sofrimento dela, entendeu? Então a única forma dela é tirando a vida, so que na verdade ela não quer morrer, ela quer matar aquele sofrimento, aquilo que esta deixando ela infeliz, mal. Mas o que leva principalmente a mulher a tentar o suicídio é o relacionamento, é o que a gente vê aqui no pronto-atendimento, as histórias que chegam de mulheres que tentaram se matar ou ate mesmo morrem por causa de traição do companheiro, separação, brigas, ciúmes... aquelas traições que o marido acaba agredindo ela psicologicamente também, deixando a mulher com a baixa auto-estima e a vida financeira quando é a mulher que comanda tudo, a chefe da família, de casa. Já atendi algumas mulheres que tentaram suicídio e são mais as jovens, por brigas com o namorado, geralmente. Alguns namorados chegam ate a vir aqui visitar elas. A ultima mesmo, ela chegou grave, foi até a óbito, tava grávida e ele estava ai, tinha acabado de começar a namorar com ela, tinha pouco tempo e teve uma briguinha, por causa de ciúmes e ela tentou logo se matar, tomando chumbinho, a grande maioria tenta por chumbinho. Eu acho que essa mulher tem problemas psicológicos também, pois eu não consigo aceitar que uma mulher que esteja sã das idéias, que raciocine direito, que seja racional, tente por fim na vida por causa de uma briguinha com o namorado.

Fale sobre a assistência prestada as mulheres que tentam suicídio.

A mulher vem encaminhada pelo CIAVE, eles avaliam e prescrevem a conduta. Passamos a sonda nasogástrica, fazemos a lavagem, aí depois faz carvão ativado, se for intoxicação por chumbinho e depois a gente fica só observando a evolução do quadro clínico dela, ela sempre deve estar sendo observada. Não tem diferença de atendimento entre uma pessoa que tentou suicídio ou não, até porque a gente não sabe as vezes como lidar com aquela pessoa, como a gente vai abordar, conversar. Até porque muitas vezes na conversa a gente acaba sem querer recriminando, falando: porque você fez isso? Você é tão jovem... e eu acho que isso acaba até piorando a situação dela. A verdade é que a gente não tem nenhum preparo em saber lidar com esses problemas ligados a área psicologia, como é o caso do suicídio. Nós não sabemos conversar, acabamos então intimidando a pessoa com esses discursos cheio de preconceito “Porque você fez isso” e eu acho que isso acaba prejudicando cada vez mais ainda. Quando a mulher chega no serviço de saúde porque tentou suicídio, eu percebo que a maioria dos profissionais até eu mesmo, tendem a se afastar. Para nós é difícil lidar com uma pessoa que quer morrer, ela não está doente, ela não está internada no hospital porque quer lutar pela vida dela... é o contrário, ela quer morrer... Então, pelo menos eu, tenho medo, receio em falar com uma mulher dessas, porque eu penso: aí meu Deus, se eu falar alguma coisa errada, assim que ela sair daqui vai tentar suicídio de novo... Prefiro não me aproximar, deixa que os psicólogos, que estão preparados cuidem disso. Meu maior medo quando estou atendendo é esse: falar alguma bobagem, que ressuscite na mulher a vontade de morrer de novo. Aí fica todo mundo receoso mesmo... Mas ainda tem aqueles profissionais que tem preconceito mesmo, que não querem atender direito, digo, demora de dar medicação para dor, escolhem uma sonda mais grossa. Tudo isso para prolongar o sofrimento da pessoa para ver se ela vai tentar suicídio de novo. Eles dizem assim: vamos ver se agora neguinha vai querer se matar de novo, só quando ela pensar que vai ter que passar por tudo isso daqui novamente. Em relação a assistência precária, a não valorização daquele sofrimento, ninguém sente pena da mulher que tentou suicídio, pena a gente tem dos que estão enfrentando doenças terminais como câncer, ou outras como a AIDS, mas suicídio ninguém tem pena, ninguém se sensibiliza. Ou eles falam: da próxima vez, ela vai realmente se matar direito, nem para isso a pessoa tem competência. Então é melhor se matar logo...

Entrevista 5: Afrodite, enfermeira.

Fale sobre a tentativa de suicídio por mulheres.

Para mim, o que leva uma mulher a tentar o suicídio é a depressão. O fato dela estar doente, debilitada... Quando a pessoa esta com depressão, tudo é mais intenso, o sofrimento é mais intenso, a separação é mais intensa... As próprias condições da vida levam a mulher a ter depressão e daí a tentar suicídio. Por exemplo: quando criança, ela não tinha uma base familiar, uma família estruturada com pai, mãe que lhe desse apoio. Muito pelo contrário, na maioria das vezes, as histórias que a gente ouve aqui, é que as mulheres já sofrem violência desde pequena. Tipo, o pai abusava sexualmente, a mãe batia, tinha relações com o namorado na frente da menina, xingava, essas coisas que a gente fica sabendo quando chega um familiar, vizinho, colega. Porque quando a família vem, ninguém diz nada. Fica todo mundo chorando, criticando a pessoa, mas ninguém quer colocar a mão na consciência e se perguntar: porque minha filha tentou isso? Os familiares correm da responsabilidade. Porque na verdade, eles também tem culpa por essa tentativa. Quando a mulher já ta com depressão, é porque ela vem adoecendo há muito tempo e ninguém percebe. Ninguém mesmo. Ou não percebe, ou não dá importância. Ai vem para ca, so criticar... Para mim é assim, se a mulher, tivesse uma base familiar, que ajudasse na construção do seu caráter, que estivesse perto durante o crescimento dela, que modelasse seu comportamento, a mulher não ia tentar se matar por causa de uma separação ou traição por exemplo. Tem muito disso também, alem da história de vida, de violência da família, tem muito disso. A mulher se separa do marido ou descobre que o marido esta traindo ela, ai ela entra em depressão e tenta suicídio. Agora me fale, se desde pequena, essa pessoa tivesse um pai, uma mãe, que lhe mostrasse que homem não é tudo, que ela consegue viver muito bem sozinha sem ter que ter um homem do lado, ela ia tentar se matar? Não!! Agora, as mulheres são dependentes demais. Dependentes de carinho, de atenção, nem é tanto de dinheiro. Que nada. Precisam de homem para tudo. Quando tem que se separar, tudo bem, a pessoa sofre. Claro ne, você criou toda aquela expectativa de morar junto, de construir família, de criar os netos, de envelhecer junto, ai de uma hora para outra, tudo isso cai por terra, a mulher se vê em uma separação, perdida, para ela, ela esta sozinha, sem ninguém, ninguém mais, nenhum outro homem vai querer ela. Tem que sofrer mesmo, chorar, se descabelar, mas se matar? Me poupe! É você desvalorizar demais a sua vida por causa de outra pessoa. Eu não aceito. Não concordo e nunca vou aceitar, por mais que tentem me sensibilizar, me preparar, mas não acho que isso seja motivo para se por fim a sua própria vida.

Fale sobre a assistência prestada as mulheres que tentam suicídio.

Quando chega uma pessoa que tenta suicídio, ela é primeiramente atendida pelo ciave. Depois nos fazemos os procedimentos de praxe, sondagem, lavagem, administramos medicação. Não passamos muito tempo ao lado da pessoa não. Chegamos la, fazemos os procedimentos e saímos. Nada de muito papo ou conversa. Primeiro porque na maioria das vezes, ou elas estão inconscientes ou estão muito abaladas. Parece que quando a morte aparece na frente dos olhos, elas se dão conta da besteira que fizeram e ficam em desespero. Choram, perguntam pelos familiares, pedem para não contar. Segundo, que aqui é muito trabalho, nós não damos conta de tudo, não tem como abraçar todo mundo. Esse conforto psicológico é da responsabilidade da psicóloga, do terapeuta. Se eu ficar parando para conversar com essa mulher, quem vai dar conta do meu serviço? Ela? Não né? Tenho que adiantar meu lado. É muito trabalho para a gente ainda ter que ficar se preocupando com a historia do outro. Porque para dar assistência a uma pessoa que tenta suicídio, eu tenho que primeiro conhecer a história da pessoa ao fundo, saber o que foi que levou essa mulher a tentar suicídio, para depois sentar e conversar direito. Não é assim do nada que a gente tem que aparecer na vida dela. Eu penso que devemos analisar uma mulher que tenta suicidio pela seguinte forma: ela quer morrer!!! Que direito tenho eu, profissional de saúde, que não sei o que se passa pela vida dela, não sei as dificuldades que ela enfrenta, de intervir nisso?? Se ela quer morrer, deixa... Tratar para que? Vai que a morte para ela seja melhor do que a vida. Vai que a morte seja mais confortável para ela...eu acho que não deveríamos atender pessoas que tentam suicídio não. Eu estou aqui para atender pessoas que querem lutar pela vida e não contra vida. E é um direito dela querer morrer! Porque nós temos que intervir? Não acho justo! Não acho certo! Mas como tenho obrigação de atender, quem sou eu né?

Entrevista 6: Geia, enfermeira.

Fale sobre a tentativa de suicídio por mulheres.

O que eu vejo mais aqui no trabalho são mulheres depressivas por causa das relações familiares, principalmente relacionados ao companheiro, traição, abandono do companheiro. Ela fica em depressão... Porque uma mulher que é abandonada não tentaria suicídio, ela já ta com um quadro psicológico afetado e leva ela a isso. A própria violência como a traição que leva a mulher, a tentar suicídio...

Fale sobre a assistência prestada as mulheres que tentam suicídio.

A mulher chega aqui, ai chamam o CIAVE, eles avaliam e indicam o tipo de tratamento, dependendo do que for a intoxicação. Se for menos de quatro horas, faz uma lavagem gástrica, e vai colocar o carvão. Se for mais de quatro horas, faz a medicação e se precisar de mais alguma medicação o medico que vai prescrever. A enfermeira passa a sonda, faz a medicação. O tratamento, na parte da emergência esta mais voltada para a parte da sintomatologia. Fazemos a medicação, ficamos observando alguma alteração nos sinais vitais e só. Depois, quando o quadro esta estável, na parte psicológica, a mulher é encaminhada ao serviço de atendimento da psicologia, que aqui tem... Temos o NEPS, núcleo de prevenção ao suicídio, ai o próprio chave já tem o psicólogo e o psiquiatra, mesmo ate depois da alta, eles continuam atendendo... A assistência vai depender também do profissional, da equipe que esta com o paciente. Não vejo grandes problemas na assistência. A equipe como um todo acha trabalhoso, porque é uma pessoa que escolheu entre aspas, morrer...então tem profissionais que realmente não gostam de atender... são muito hostis. Colocam uma sonda mais grossa, demoram de atender se surgir alguma queixa de dor, enjôo... Falam assim: ah, ela não quis morrer? Então deixa sofrer mais um pouquinho pra ver se vai tentar de novo... Muita gente realmente não esta preparada para atender esse tipo de caso. A gente aqui acaba se acostumando, porque é o que mais tem... Mas nossa preocupação, nosso trabalho é só atender a demanda relativo a sintomatologia, so isso.

Entrevista 7: Íris, enfermeira.

Fale sobre a tentativa de suicídio por mulheres.

Para mim, a mulher que tenta suicídio ela quer é chamar atenção. Na verdade, esse chamar atenção não é da forma maldosa. Ela quer que determinada pessoa, família, sei lá, preste atenção na existência dela. Porque muitas vezes elas se sentem invisíveis, ninguém presta atenção para o que ela diz, para o que ela fala. Ela quer é chamar atenção, uma forma de dizer assim: Olha do que eu sou capaz! De que ela é capaz de tirar a própria vida caso a situação que ela esta vivendo não mude. Então na verdade, ela esta é desesperada, naquele momento não tem mais diálogo (uma conversa, sobre determinada situação, assunto, onde as pessoas coloquem o que pensam a respeito) que resolva aquela situação, a vida dela esta em um beco sem saída que a única solução que ela tem é a morte, ou até mesmo, fingir que vai se matar. Quando eu digo fingir é porque hoje em dia todo mundo já sabe que pequenas doses de

chumbinhos não mata. Ai, chega aqui de vez em quando, mulheres que tomaram uma quantidade bem pouca sabe, que o máximo vai fazer ela perder os sentidos, convulsionar, que não leva a pessoa a morte. Se ela sabe a dose letal e toma uma quantidade menor do que isso, ela está é fingindo que quer se matar, só para chamar atenção mesmo. Ela sabe que com aquela dose, ela não vai morrer mesmo. No máximo vai ficar uns dias internadas. Eu sei disso porque já atendi uma assim. Que chegou para uma técnica e falou que já sabia que não ia morrer, que o vendedor de chumbinho indicou a dose que ela ia tomar sem ter maiores prejuízos. Por isso, por essa vivência que eu digo que essa mulher quer é chamar atenção das pessoas.

Fale sobre os motivos que levam a mulher a tentar suicídio.

Primeiro é a depressão. Ela é uma pessoa desesperada, que faz qualquer coisa para tentar sair daquela situação que causa sofrimento a ela como a separação, traição, morte de alguém próximo, dívidas. A depressão, essa sensação de tristeza profunda, é que leva a mulher a pensar em sua própria morte, ate porque para ela a única saída é essa. Depois, um motivo que sempre aparece aqui é a separação do conjugue, namorado, companheiro. Ela faz isso na tentativa do companheiro olhar para ela, desistir dessa separação ou até mesmo, querendo morrer mesmo, porque para ela a vida se não for do lado daquela pessoa não tem mais sentido. São na verdade pessoas que não tem amizades, solitárias, não tem com quem conversar, ai se vêem em um mundo onde não existe mais ninguém. Ela não tem força para se superar, para levar a vida adiante e deixar tudo de mal que aconteceu para trás. Quando se separam, não tem mais motivo nenhum viver nesse mundo, elas ficam remoendo esse sofrimento, entram em depressão e se isolam. Ate a própria depressão leva a pessoa a ficar mais solitária. Ela se isola do mundo externo, não quer conversar com ninguém ou não tem ninguém para conversar. Passa várias abrobrinhas na cabeça dela do tipo: eu estou vivendo porque? Qual o motivo que eu ainda tenho para viver nesse mundo? Eu vivo para sofrer então prefiro morrer. Aí se ela tiver a oportunidade, vai tentar o suicídio.

Fale sobre a assistência prestada as mulheres que tentam suicídio.

A mulher chega aqui, passa pela triagem, é atendida pelo serviço médico do hospital e do CIAVE, depois em conjunto, médicos, enfermeiros e técnicos fazem todos os procedimentos para curá-la. Se ela sobreviver, é encaminhada ao serviço de psicologia ou

psiquiatria. Até porque muitas das mulheres que chegam aqui, só descobrem que tem depressão depois que tentam suicídio. Até então ninguém associa aquele sofrimento, aquela tristeza que a pessoa esta imersa em um sintoma depressivo. Para os familiares, amigos, ela só esta passando por uma fase ruim, somente. Ai depois que elas tentam suicídio é que se descobre que ela tem depressão. Eu não converso muito com a mulher sobre o motivo que levou ela a tentar suicídio não e nem sobre o episódio. As histórias que eu sei é o que me contam, e nem é todo profissional que conversa não. Quem chega mais perto é o pessoal da psicologia ou psiquiatria. Quando chegam os familiares, é que a gente conversa mais. Procura saber da história da tentativa do suicídio, como foi que aconteceu, quem foi que encontrou ela, porque ela tentou suicídio, mais por curiosidade mesmo. Na verdade os profissionais tem medo de falar com a mulher ou até mesmo raiva dela, eles não entendem os motivos dela. Medo por que não sabemos como abordar esse tema (a tentativa dela se matar) com a mulher sem causar nenhum sofrimento, ate porque quem trabalha na emergência não tem muito tempo para ficar com um paciente só, é muito trabalho para pouco profissional. Então essa história de “humanização da assistência” não existe, primeiro tem que se melhorar as condições de trabalho da enfermagem para depois se pensar em humanização. Só quem trabalha na emergência sabe o sufoco que passamos aqui. A falta de tempo, de qualidade, de material, de profissionais, tudo isso influencia na assistência. Raiva porque já tem muito trabalho na emergência, ai vem pessoas que estavam sadias parcialmente, que não precisavam de internação hospitalar, dar mais trabalho, são pessoas que ocupam uma vaga preciosa no setor de emergência, onde poderia estar um idoso doente, uma pessoa que sofreu um acidente, uma pessoa com câncer terminal. Isso revolta muitos profissionais porque querendo ou não há um desgaste de energia, de tempo, de medicação, de material, para essas pessoas. Ai quem acaba pagando por essas pessoas que tentam se matar é a sociedade, sou eu, é você, gastando dinheiro público, que poderia ser investido em outras coisas como compra de material, de aparelhos de diagnósticos novos, quem sabe até aumentar os salários dos servidores, assim trabalharíamos em um hospital só e aí sim dá para se pensar em humanização da assistência.

Entrevista 8: Zeus, médico.

Fale sobre a tentativa de suicídio por mulheres.

A maioria das vezes, o que leva as mulheres a tentarem o suicídio é a depressão, muitas vezes são problemas que para elas parecem incontornáveis, e que a pessoa não vê

outra saída sem ser a morte e em relação a mulheres vítimas de violência que tentam suicídio eu acho que a primeira solução passa pela polícia e reprimando o cônjuge, a pessoa que esta agredindo. Tem que levar em consideração também que a maioria das mulheres que sofrem violência, elas são sustentadas pelo companheiros, elas são dependentes deles, então elas estão em uma situação que não tem por onde escapar. Elas são obrigadas a ficar com o companheiro.

Fale sobre a assistência prestada as mulheres que tentam suicídio.

Já trabalhei em emergência a muito tempo e já vi inúmeros casos de pessoas que tentaram suicídio e a gente faz o que pode para ajudar. Eu já acompanhei também em ambulatório pessoas que tentaram suicídio, deprimidas, eu sou neurologista, mas no final das contas eu sou obrigado a tratar essas depressões, quando não muito graves. Quando é muito grave a gente tem que referendar ao especialista. Eu já atendi muitas mulheres, na maioria dos casos ela tem depressão. Eu estou aqui há um ano e meio. A assistência aqui é só paliativa, você trata o que ela tiver de errado e ai despacha. Não há maiores preocupações com o ser existencial dela. Ate porque a demanda do hospital aqui é muito grande. Eu penso que mesmo se eu trabalhasse 24 horas por dia, todos os dias da semana, mesmo assim eu não iria dar conta de todos os pacientes, ainda ia ter um monte de problemas para resolver. Sendo assim, a assistência fica prejudicada porque o tempo que passamos com cada pessoa é mto pouco, é tudo muito rápido... não dá para ficar se preocupando com uma assistência voltada para as questões psicológicas da pessoa. E tem também o fato de que eu não sou psicólogo, psiquiatra, tem que ter um profissional especializado para tratar esses distúrbios que uma mulher que tenta suicídio apresenta. Sem falar que em quadros de depressão, não é só aquela assistência inicial, de 15, 20 minutinhos que vai resolver, a assistência nesse caso tem que ser prolongada. Aqui a gente fica igual a uma peteca aqui, pulando de um para o outro e tentando resolver o máximo que você puder dos problemas que tem aqui.

Entrevista 9: Apolo,, médico.

Fale sobre a tentativa de suicídio por mulheres.

As mulheres que tentam suicídio sofrem com algum distúrbio psiquiátrico. Seja distúrbio de humor, como depressão, até mesmo esquizofrenia, transtornos compulsivos

obsessivos. Mas a maioria tem mesmo é depressão. Muitas vezes, essa depressão não é diagnosticada, não é percebida como tal, e assim, a repercussão dessa doença para a vida dela é a tentativa de suicídio. Para ela, a vida não tem mais razão. Se essa depressão não for tratada, ela leva a mulher a um sofrimento tão intensa, que todos os problemas dela parecem não ter mais solução. Os problemas na maioria das vezes são banais como separação, dívidas, brigas familiares. Como por exemplo, aqui já atendemos mulheres que tentaram suicídio porque depois de anos de casamento, descobriu que o marido tinha outra família, outra os pais colocaram para fora de casa quando descobriram que a menina estava grávida. São situações que levam ao sofrimento intenso da pessoa e quando associados a depressão, levam a mulher a tentar suicídio. A mulher que sofre violência, apenas, eu acredito que não tente suicídio. Porque senão o que teria de mulher que tentaria suicídio, seria muito. Agora, se a história de vida dessa mulher, além da violência, tiver a depressão também, ai sim, essa violência vai intensivar o sofrimento dessa mulher, e ela vai tentar se matar, porque para ela a morte é a solução dos seus problemas. Para ela, a vida, cheia de violência, não tem mais razão, ela não tem motivo para viver, então a morte aparece como uma solução dos seus problemas.

Fale sobre a assistência prestada as mulheres que tentam suicídio.

A mulher chega aqui na emergência é encaminhada para o atendimento no CIAVE, se a tentativa de suicídio for por medicação ou por algum produto tóxico. Se for por algum trauma, como tiro, atropelamento ou queda de altura, a gente atende aqui mesmo, antes de passar pelo CIAVE, como qualquer outro tipo de acidente, até porque nesses casos, a gente só fica sabendo que foi tentativa de suicídio depois. Mas, na realidade, as mulheres tentam mais com medicação ou chumbinho. Ai elas passam primeiro pelo atendimento com os médicos do CIAVE. Eles prescrevem o receituário e os profissionais de enfermagem são os responsáveis em administrar essas medicações, sempre supervisionados por médicos daqui da emergência. Depois fazemos a evolução do estado daquela paciente até ela ter a alta médica ou ir a óbito. Elas também são acompanhadas pelo serviço de psicologia e psiquiatria do CIAVE. Eu não percebo um preconceito dos profissionais em atender uma pessoa que tenta suicídio não, até porque concordando ou não com esse ato, nosso compromisso é com a vida da pessoa, em melhorar a qualidade de vida dela. Então concordando ou não com esse ato, nós temos que atender, realizar todos os procedimentos, prescrever as técnicas necessárias para o restabelecimento da saúde daquela pessoa. Até porque se acontecer alguma coisa, alguma repercussão que prolongue o sofrimento da mulher ou que leve a morte, seja por negligência,

imprudência ou imperícia, os profissionais tem que responder frente a seus conselhos, corre ate o risco de perder sua identidade profissional.

Entrevista 10: Hermes, médico

Fale sobre a tentativa de suicídio por mulheres.

As mulheres que são admitidas aqui por tentativa de suicídio geralmente chegam muito as, debilitadas. Com os sinais vitais, estado de consciência, todos esses sinais alterados. O suicídio é um sinal de depressão. Quando a mulher tenta suicídio é porque ela esta em um quadro depressivo avançado de tristeza absoluta, que para ela naquele dado momento, não há mais sentido em se continuar viva e tentar se matar seria uma forma de chamar atenção das pessoas. Elas tem que ser acompanhadas por um psiquiátrica, tomar uma medicação controlada para sanar a depressão e ela não retorne a uma nova tentativa.

Fale sobre os motivos que levam a uma mulher tentar suicídio

Geralmente os motivos que levam uma mulher a tentar suicídio estão relacionados ao estado depressivo dela, como problemas na família, dívidas. Problemas na família são filhos usuários de drogas, o diagnóstico de doenças em estado avançado tipo câncer. Tudo isso leva a uma sensação de impotência naquela mulher, porque para ela naquele momento ela não pode fazer mais nada para melhorar aquela situação de vida, aquele sofrimento, então a morte é a melhor solução encontrada. Mas sempre lembrando que é um sintoma depressivo que deve ser tratado. Se a depressão for controlada, a vontade de se matar é sanada.

Fale sobre a assistência prestada as mulheres que tentam suicídio.

A gente só atende a demanda causada pela própria tentativa. Os aspectos relativos a desintoxicação, sondagem, prescrição de medicamentos e de medidas a serem adotadas para estabelecer o padrão dos sinais vitais. Elas passam pelo ciave também para estabeler a causa da tentativa, com o que ela tentou se matar, na maioria das vezes são medicações, ai os médicos de lá também podem prescrever as condutas. Os aspectos relativos a depressão a gente não soluciona. Ai essas mulheres tem que ser encaminhadas ao psiquiatra, para que ele prescreva as medicações controladas e ai sim ela possa ser acompanhada por um especialista

na área. Na verdade, nós não somos e nem estamos preparados para lidar com esse tipo de gente. As pessoas que atentam contra sua própria vida são muito frágeis, não pode ser qualquer um que aborde esse assunto com elas. Tem que estar preparado, saber como falar. Aqui os profissionais da emergência estão preparados para curar as doenças ou as alterações advindas de acidentes, traumas. Nós não somos preparados para lidar com questões mais ligadas ao psicológico, a depressão, a morte, a vontade de morrer, aí tem que ser encaminhada ao especialista mesmo, ao psiquiatra, senão não tem jeito, ela vai tentar suicídio de novo até morrer.

ANEXO A – Comitê de Ética

HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Salvador, 23 de dezembro de 2010.

Protocolo de Pesquisa CEP/HGRS N° 13/10.

TÍTULO DO PROJETO: “Tentativa de suicídio por mulheres: representações sociais de profissionais de saúde”.

Classificação no Fluxograma: Grupo III

Pesquisadora Responsável: Normelia Maria Freire Diniz.

Instituição onde se realizará: Hospital Geral Roberto Santos.

Data de recebimento: 05/12/10

Parecer do CEP/HGRS: Após análise do projeto e observando o que dispõe a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, Comissão de Saúde, de outubro de 1996, declaramos o projeto: APROVADO

Atenciosamente,


Dra. Delvane Freire Gil Almeida
Coordenadora do CEP/HGRS

ANEXO B – Dicionário dos Termos Evocados

- 01; 1*desespero 2medo 3*depressao 4fragilidade 5desilusao
 02; 1*briga 2problemas-economicos 3*problemas-psiquiatricos 4tristeza 5medo
 03; 1*depressao 2egoismo 3*angustia 4solidao 5libertacao
 04; 1*depressao 2fragilidade 3problemas-psiquiatricos 4*impotencia 5tristeza
 05; 1falta-de-fe 2*falta-de-fe 3baixa-auto-estima 4angustia 5*depressao
 06; 1morte 2*depressao 3briga 4desestruturacao-familiar 5*drogas
 07; 1morte 2depressao 3*solidao 4*tristeza 5ansiedade
 08; 1*falta-de-fe 2falta-de-fe 3fragilidade 4chamar-atencao 5*depressao
 09; 1*desespero 2falta-de-fe 3*desestruturacao-familiar 4tristeza 5morte
 10; 1vazio 2tristeza 3solidao 4*amargura 5*depressao
 11; 1*desespero 2*baixa-auto-estima 3tristeza 4falta-de-fe 5falta-de-fe
 12; 1baixa-auto-estima 2problemas-emocionais 3*depressao 4*medo 5falta-de-fe
 13; 1*desespero 2falta-de-fe 3tristeza 4falta-de-fe 5*problemas-psiquiatricos
 14; 1*depressao 2*baixa-auto-estima 3problemas-economicos 4escolaridade 5chamar-atencao
 15; 1solidao 2angustia 3*sofrimento 4*problemas-economicos 5doenca
 16; 1*depressao 2fracasso 3desestruturacao-familiar 4doenca 5*morte
 17; 1mulher 2*chumbinho 3carvao-ativado 4SNG 5*depressao
 18; 1*depressao 2agressao 3briga 4vazio 5*doenca
 19; 1*desespero 2vazio 3sofrimento 4doenca 5*rejeicao
 20; 1*depressao 2baixa-auto-estima 3problemas-economicos 4problemas-emocionais
 5*problemas-psiquiatricos
 21; 1separacao 2baixa-auto-estima 3*separacao 4*depressao 5problemas-economicos
 22; 1problemas-economicos 2desestruturacao-familiar 3problemas-economicos 4*solidao
 5*vazio
 23; 1depressao 2problemas-economicos 3*problemas-emocionais 4trauma 5*desilusao
 24; 1*depressao 2*vazio 3problemas-economicos 4morte 5desespero
 25; 1*falta-de-fe 2*falta-de-fe 3tristeza 4desestruturacao-familiar 5vazio
 26; 1*depressao 2*droga 3droga 4separacao 5difícil
 27; 1morte 2*depressao 3*sofrimento 4falta-de-fe 5doenca
 28; 1*angustia 2insatisfacao 3falta-de-fe 4doenca 5*vazio
 29; 1*angustia 2desespero 3tristeza 4medo 5*depressao
 30; 1*depressao 2*problemas-economicos 3doenca 4desilusao 5baixa-auto-estima
 31; 1ciumes 2drogas 3violencia 4*depressao 5*morte
 32; 1*depressao 2baixa-auto-estima 3vazio 4*problemas-economicos 5falta-de-fe
 33; 1*depressao 2baixa-auto-estima 3vazio 4*desestruturacao-familiar 5solidao
 34; 1problemas-psiquiatricos 2*falta-de-fe 3*desilusao 4fragilidade 5baixa-auto-estima
 35; 1*falta-de-homem 2desespero 3desilusao 4*falta-de-fe 5baixa-auto-estima
 36; 1*problemas-emocionais 2*desespero 3falta-de-fe 4problemas-emocionais 5falta-de-fe
 37; 1*desespero 2medo 3angustia 4*desespero 5insatisfacao
 38; 1desespero 2*problemas-emocionais 3*depressao 4chamar-atencao 5vazio
 39; 1*depressao 2*problemas-psiquiatricos 3tristeza 4desilusao 5decepcao
 40; 1problemas-emocionais 2*problemas-psiquiatricos 3*decepcao 4tristeza 5desilusao
 41; 1*tristeza 2problemas-psiquiatricos 3*problemas-psiquiatricos 4fragilidade 5vida-nova
 42; 1dor 2*angustia 3vazio 4*desamparo 5tristeza
 43; 1irresponsabilidade 2morte 3*jovem 4*problemas-psiquiatricos 5revolta
 44; 1*desespero 2solidao 3fragilidade 4fragilidade 5*desilusao
 45; 1depressao 2*estresse 3problemas-emocionais 4impotencia 5*humilhacao
 46; 1desespero 2angustia 3solidao 4*problemas-emocionais 5*desestruturacao-familiar
 47; 1*depressao 2briga 3*baixa-auto-estima 3morte 4fragilidade
 48; 1*depressao 2droga 3problemas-economicos 4desestruturacao-familiar 5*problemas-
 psiquiatricos
 49; 1*depressao 2desilusao 3estresse 4*problemas-economicos 5desestruturacao-familiar
 50; 1tristeza 2decepcao 3*desilusao 4fragilidade 5*medo

- 51; 1*coragem 2*falta-de-fe 3desespero 4solidao 5desilusao
52; 1*solidao 2depressao 3*baixa-auto-estima 4fuga 5fragilidade
53; 1*solidao 2tristeza 3angustia 4*depressao 5fragilidade
54; 1*falta-de-fe 2*fragilidade 3doenca 4tristeza 5baixa-auto-estima
55; 1*depressao 2desespero 3vergonha 4solidao 5*angustia
56; 1depressao 2baixa-auto-estima 3problemas-psiquiatricos 4*problemas-economicos 5*baixa-auto-estima
57; 1briga 2depressao 3desilusao 4*falta-de-fe 5*deestruturação-familiar
58; 1solidao 2angustia 3tristeza 4*baixa-auto-estima 5*desespero
59; 1burrice 2*deestruturação-familiar 3*baixa-auto-estima 4morte 5chamar-atencao
60; 1*desespero 2morte 3*angustia 4problemas-psiquiatricos 5morte
61; 1*depressao 2solidao 3*angustia 4problemas-economicos 5desespero
62; 1*baixa-auto-estima 2*desespero 3medo 4falta-de-fe 5falta-de-fe
63; 1desespero 2*falta-de-fe 3vazio 4maus-tratos 5*problemas-psiquiatricos
64; 1*baixa-auto-estima 2*falta-de-fe 3desilusao 4desilusao 5frustacao
65; 1fragilidade 2*desespero 3*desilusao 4depressao 5medo
66; 1*fragilidade 2angustia 3sofrimento 4*doenca 5solidao
67; 1medo 2raiva 3*briga 4fragilidade 5*baixa-auto-estima
68; 1desespero 2*desilusao 3falta-de-fe 4fragilidade 5*baixa-auto-estima
69; 1*tristeza 2desespero 3*problemas-psiquiatricos 4fragilidade 5deestruturação-familiar
70; 1*problemas-economicos 2deestruturação-familiar 3brigas 4*problemas-psiquiatricos 5desilusao

ANEXO C – Distribuição dos Termos Evocados segundo Quadrantes do Quadro de Quatro Casas- EVOC 2005

Les 3 colonnes correspondent respectivement :

au Mot

à sa Fréquence

à son Rang Moyen

Le Fréquence minimale des mots est 3

Cas ou la Fréquence ≥ 10

et

le Rang Moyen < 3

angústia	14	2,571
baixa-auto-estima	22	2,667
depressão	37	2,162
desespero	22	1,727
falta-de-fé	27	2,500
morte	10	2,800
problemas-econômicos	15	2,867
solidão	13	2,538
tristeza	15	2,800

Cas ou la Fréquence ≥ 10

et

le Rang Moyen ≥ 3

desestruturação-familiar	11	3,455
desilusão	17	3,385

fragilidade	17	3,143
problemas-psiquiátricos	16	3,375
vazio	10	3,100

Cas ou la Fréquence < 10

et

le Rang Moyen < 3

briga	6	2,167
droga	3	2,333
problemas-emocionais	9	2,667
separação	3	2,667

Cas ou la Fréquence < 10

et

le Rang Moyen >= 3

doença	7	3,857
medo	7	3,000
sofrimento	4	3,000