



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

CÍNTIA MESQUITA CORREIA

**VIVÊNCIA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA
EM MULHERES QUE TENTARAM SUICÍDIO**

**SALVADOR
2011**

CÍNTIA MESQUITA CORREIA

**VIVÊNCIA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA
EM MULHERES QUE TENTARAM SUICÍDIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal 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

2011

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Universitária de Saúde,
SIBI –UFBA

C824 Correia, Cíntia Mesquita

Vivência de violência doméstica em mulheres que tentaram
suicídio. / Cíntia Mesquita Correia - Salvador, 2011.
103 f.

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

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

Dissertação (Mestrado)– Universidade Federal da Bahia.
Escola de Enfermagem, 2011.

1. Violência doméstica. 2. Saúde da Mulher. 3. Suicídio.
4. Enfermagem. I. Correia, Cíntia Mesquita. II. Diniz,
Normélia Maria Freire. III. Gomes, Nadirlene Pereira. IV.
Universidade da Bahia. IV. Título.

CDU: 343.435

CÍNTIA MESQUITA CORREIA

**VIVÊNCIA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA
EM MULHERES QUE TENTARAM SUICÍDIO**

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

Aprovada em 6 de abril de 2011.

BANCA EXAMINADORA

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

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

Prof^a. Dr^a. Zeidi Araújo Trindade

Doutora em Psicologia, professora do Departamento de Psicologia Social e do Desenvolvimento, Universidade Federal do Espírito Santo.

Prof^a. Dr^a. Regina Lúcia Mendonça Lopes

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

Prof^a. Dr^a. Maria do Rosário Menezes

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

DEDICATÓRIA

À minha mãe, Regina Lúcia, grande inspiradora desse trabalho e a quem devo carinho, respeito e compreensão.

À minha avó, Lília, grande mulher. Os seus 91 anos são uma dádiva!

À minha tia Lília, pela presença nas orações, pela compreensão e carinho de sempre.

Ao meu irmão, Newclai, pela torcida e pelo companheirismo.

A todos vocês, obrigada por sempre acreditarem em mim...

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, amigo generoso e presente em todos os momentos de minha vida.

A todas as mulheres que construíram conosco esse trabalho, contando-nos suas histórias repletas de emoção e verdades.

À minha orientadora, Prof^a Dr^a Normélia Maria Freire Diniz, pela orientação, apoio e compreensão na construção deste trabalho. Pelos ensinamentos científicos e pelo conforto nos momentos difíceis.

À minha co-orientadora, Prof^a Dr^a Nadirlene Pereira Gomes, pelas contribuições e ensinamentos somados durante a construção desse trabalho.

À Coordenação da Pós-graduação e a todas as professoras pelas contribuições para o meu crescimento profissional e pessoal.

À Prof^a Dr^a Regina Lúcia Mendonça Lopes, pelo apoio, incentivo e constantes contribuições dispensados nessa trajetória.

À Prof^a Dr^a Cristina Maria Melo que contribuiu para a construção de um pensamento diferenciado acerca de políticas e saúde.

À Dr^a Soraya Rigo, psicóloga, responsável pelo NEPS/CIAVE, pelo apoio e acolhimento.

À psicóloga Dr^a Nara Borges, pelas contribuições e momentos de descontração.

À Dr^a Dayse Schwab Rodrigues, ex diretora do CIAVE, por permitir a realização desse trabalho.

Ao Dr^o Daniel Rebouças, diretor do CIAVE, por permitir que eu fizesse parte desse serviço.

À Sônia Helena Santos, responsável pelo Núcleo de Estudo e Pesquisa do CIAVE, pela contribuição para a execução dessa pesquisa.

A todas (os) as (os) funcionárias (os) do CIAVE pelo apoio e acolhimento recebidos: Cíntia, Fábio, Tânia, Juscelino, Uelson, Adele, e aos dedicados estagiários de psicologia, Rodrigo, Mônica e Larissa.

A todas as companheiras da ABEN/BA, especialmente, Tânia Bulcão, por compreender todas as ausências.

À colega do mestrado e amiga Simone Souza pela presença e apoio necessários à construção desse trabalho.

A todas (os) saudosas (os) colegas do curso de mestrado da UFBA pelos momentos compartilhados.

Às minhas colegas de trabalho, amigas e grandes companheiras, Vânia e Liliane por acreditarem no meu esforço.

Às amigas Adriana, Lucinha e Laurita pelo carinho, compreensão e paciência que me ajudaram a agir diferente nos momentos difíceis.

Trem do desejo penetrou na noite escura
foi abrindo sem censura
o ventre da morena terra
o orvalho vale e a flor
que nasce desse prazer
nesse lampejo de dor
meu canto é só pra dizer
que tudo isso é por ti

Eu vi

Virei estrela

Uma jangada à deriva, céu aberto
leva aos corações despertos
a sonhar com terras livres
veio a manhã e eu parti
mas como cheguei aqui
os astros podem contar
no dia em que me perdi
foi que aprendi a brilhar

Eu vi

Virei estrela

(Estrela - Vander
Lee)

CORREIA, Cíntia Mesquita. **Vivência de violência doméstica em mulheres que tentaram suicídio**. 2011. 103f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Salvador.

RESUMO

Estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, fundamentado na Teoria das Representações Sociais. A pesquisa teve como objeto de estudo as representações sociais do suicídio por mulheres com história de violência doméstica e tentativa de suicídio. Seu objetivo foi analisar a representação das mulheres com história de violência doméstica e tentativa de suicídio sobre o suicídio. Os sujeitos foram 30 mulheres que vivenciaram violência doméstica e tentaram suicídio. Teve como *lócus* um Centro de Informações Antiveneno, em Salvador (BA). Os métodos utilizados foram o Teste de Associação Livre de Palavras (TALP) e a entrevista. Foram considerados os aspectos éticos recomendados pela Resolução 196/96 do CNS. Os dados foram processados através do Excel, do software EVOC 2003 e organizados com base na análise temática de Bardin. Os sujeitos, em sua maioria, eram jovens, negras, com 1º grau completo, dependiam do marido/companheiro total ou parcialmente e apresentavam histórico de violência doméstica. A estrutura das representações sociais acerca do suicídio está sustentada pelos elementos do núcleo central que qualificam o suicídio (depressão e morte) e pelos elementos do sistema periférico: os termos impotência, mudança e libertação estão correlacionados com a violência vivenciada pelas mulheres ao longo de suas vidas. Os termos desamor, doença e rejeição guardam correlação com o adoecimento e se manifestam por meio dos sintomas depressivos. Os temas das entrevistas qualitativas (relações familiares, relação conjugal, adoecimento e atendimento no serviço de saúde) permitiram mostrar que a vivência de violência doméstica em mulheres ao longo da vida motivou a ocorrência de quadros depressivos que culminaram em tentativas de suicídio. O atendimento no serviço de saúde mostra o despreparo e a postura discriminatória do profissional de saúde em relação às mulheres que tentaram suicídio, agravando o sofrimento psíquico. Daí a necessidade de uma melhor compreensão acerca dos fenômenos da violência doméstica, da tentativa de suicídio e do suicídio, no sentido de lançar desafios para um atendimento de saúde pautado no cuidado ao outro em suas dimensões físicas, biológicas e psicossociais. Nesta perspectiva, a enfermagem ocupa posição privilegiada, no sentido de favorecer um processo de cuidar com base na relação sujeito-sujeito.

Palavras-chave: Enfermagem. Suicídio. Tentativa de suicídio. Violência doméstica.

CORREIA, Cíntia Mesquita. **Experience of domestic violence on women who attempt suicide**. 2011. 103pp. Master Dissertation – Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Salvador.

ABSTRACT

Descriptive and exploratory study, with a qualitative approach, based on Social Representations, this research studied social representations of suicide among women who suffered domestic violence and attempted to commit suicide. The aim of this study was to analyze social representations among women that suffered domestic violence and attempted to commit suicide. The population of study was composed of 30 women that experienced domestic violence and attempted to commit suicide. It took place on a Anti-poison information center, in Salvador (BA). Words Free Association Test (WFAT) and interview were used as methods. All ethic aspects, recommended by 196/96 resolution of HNC, were considered. Data were processed through the Excel and the EVOC 2003 software and organized according to Bardin thematic analysis. Mostly, the subjects were young people, black people, who have completed primary school, dependent on husband/companion (fully or partially) and suffered domestic violence. The structure of Social Representations of suicide is sustained by the elements of central nucleus that qualifies suicide (depression and death) as well as by the elements of peripheral nucleus: the terms of impotence, change and release are correlated with violence experienced by the disease, since the symptoms represent the experience of violence and women throughout their lives. The terms unloving, disease and rejection manifested through a correlation of depressive symptoms. Themes of qualitative interviews (familiar relations, conjugal relations, sickness and care on health service) allow showing that domestic violence experienced by women all through their lives motivated the happening of depressive symptoms culminating in suicide attempts. Care on health services shows the unreadiness and discriminatory posture of health professional concerning women that attempted suicide, which aggravates psychological suffering. Hence the need of a better comprehension on domestic violence phenomena, suicide attempt and suicide, in order to launch a challenger to health care considering the other in its physical, biological and psychosocial dimensions. In this perspective, nursing occupies a privileged position, in the sense of favoring a caring process based on the relation subject-subject.

Key-words: Nursing. Suicide. Suicide attempt. Domestic violence.

CORREIA, Cíntia Mesquita. **La experiencia de la violencia doméstica sobre las mujeres que intentan suicidarse**. 2011. 103f. Disertación (Maestro de Grado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

RESUMEN

Estudio descriptivo y exploratorio, de abordaje cualitativo, fundamentado en la Teoría de las Representaciones Sociales. La pesquisa tuvo como objeto de estudio las representaciones sociales del suicidio por mujeres con historia de violencia doméstica y tentativa de suicidio. Su objetivo fue de analizar la representación de las mujeres con historia de violencia doméstica y tentativa de suicidio sobre lo suicidio. Los sujetos fueron 30 mujeres que experimentaron violencia doméstica e intentaron suicidio. Tuvo como *locus* un Centro de Informaciones Anti veneno en Salvador (BA). Los métodos utilizados fueron el Teste de Asociación Libre de Palabras (TALP) y la entrevista. Fueron considerados los aspectos éticos recomendados por la Resolución 196/96 del CNS. Los datos fueron procesados por medio del Excel, del software EVOC 2003 y organizados con base en la analice temática de Bardin. Los sujetos, en su mayoría, eran jóvenes, negras, tenían 1º grado completo, dependían del marido/compañero total o parcialmente y presentaban histórico de violencia doméstica. La estructura de las representaciones sociales acerca del suicidio está sustentada por los elementos del núcleo central que cualifican el suicidio (depresión y muerte) y por los elementos del núcleo periférico: los términos de la impotencia, el cambio y la liberación se correlacionan con la violencia que sufren por la enfermedad, ya que los síntomas representan la experiencia de la violencia y las mujeres durante toda su vida. La falta de amor términos, la enfermedad y el rechazo manifestado a través de una correlación de los síntomas depresivos. Los temas de las entrevistas cualitativas (relaciones familiares, relación conyugal, enfermedad y atendimento en el servicio de salud) permitirán mostrar que la vivencia de violencia doméstica en mujeres a lo largo de sus vidas motivó la ocurrencia de cuadros depresivos que culminaron en tentativas de suicidio. El atendimento en el servicio de salud muestra la falta de preparación y la postura discriminadora del profesional de salud en relación a las mujeres que intentaron suicidio, agravando-les el sufrimiento psíquico. Donde la necesidad de una mayor comprensión acerca de los fenómenos de la violencia doméstica, de la tentativa de suicidio y de lo suicidio, visando a lanzar desafíos para un atendimento de salud pautado el cuidar al otro en sus dimensiones físicas, biológicas e psicosociales. En esta perspectiva, la enfermería ocupa posición privilegiada, visando a favorecer un proceso de cuidar con base en la relación sujeto-sujeto.

Palabras-clave: Enfermería. Suicidio. Tentativa de suicidio. Violencia doméstica.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	CONTEXTUALIZANDO A TEMÁTICA	15
3	REFERENCIAL TEÓRICO	23
3.1	A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	23
3.1.1	A Teoria do Núcleo Central.....	24
4	METODOLOGIA.....	26
4.1	CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	26
4.2	CENÁRIO DO ESTUDO	26
4.3	OS SUJEITOS DO ESTUDO.....	27
4.4	ASPECTOS ÉTICOS	27
4.5	COLETA DE DADOS	28
4.6	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS	30
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	32
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS.....	32
5.2	A ESTRUTURA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE SUICÍDIO	33
5.3	CONTEÚDO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MULHERES SOBRE O SUICÍDIO.....	42
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65
	REFERÊNCIAS.....	67
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	74
	APÊNDICE B – TALP	76
	APÊNDICE C – Formulário Estruturado.....	77
	APÊNDICE D – Entrevista com Questão Norteadora	79
	APÊNDICE E – Entrevistas	80
	APÊNDICE F – Quadro Descritivo das Participantes das Entrevistas.....	97
	ANEXO A – Distribuição das palavras evocadas por frequência e ordem média de evocação - EVOC 2003	98

ANEXO B – Distribuição dos termos evocados segundo quadrantes do quadro de quatro casas – EVOC 2003	100
ANEXO C – Dicionário dos termos evocados	102
ANEXO D – Aprovação do Comitê de Ética.....	103

1 INTRODUÇÃO

Assim como a tentativa de suicídio, o suicídio é um fenômeno humano complexo com diversas interpretações e olhares, que vão desde aqueles que o consideram fruto de distúrbios mentais até os que o compreendem como um ato de suprema liberdade (MINAYO, 2005).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2002), o suicídio corresponde à sexta causa de problemas de saúde e a quarta causa de óbitos no perfil geral de mortalidade, levando a incapacitações em todo o mundo.

No Brasil, estudos realizados por Vansan (1999), no município de Ribeirão Preto (SP), mostraram que as taxas de suicídio são maiores em homens do que em mulheres. A proporção encontrada equivalia a 2,8 para 1. Esse fato foi corroborado por Marin-Léon e Barros (2003) entre os anos de 1976 e 2001, com base no Banco de Dados de Óbitos de Campinas (SP). As taxas de suicídio mostraram-se mais elevadas em homens, em uma proporção similar aos estudos anteriores, com 2,7 para 1, ou seja, em média 3 mortes masculinas para 1 feminina.

No entanto, quando se trata de tentativa de suicídio, os estudos revelam que as mulheres são mais vulneráveis, como mostra o estudo de Vansan (1999), onde se evidencia que as mulheres tentam o suicídio duas vezes mais que os homens. O Ministério da Saúde (2008) registrou em todo o país, num período de 30 dias, 516 tentativas de suicídio em unidades de urgência e emergência, a maioria em mulheres (58%); entre os métodos utilizados, o envenenamento aparece liderando a lista (69.8%).

Para Prieto e Tavares (2005), entre os possíveis motivadores para a decisão do suicídio estão luto, rejeição, negligência e histórias de violência física e/ou sexual. Osório et al. (2001) já apontava o suicídio como consequência fatal para mulheres em vivência de violência, sinalizando para uma compreensão do suicídio como única saída para essa situação. Rodrigues (2006) declara que o suicídio representa a última tentativa da mulher de se livrar do sofrimento causado pelas sucessivas agressões.

Diante do exposto, é possível reconhecer no suicídio e na tentativa de suicídio graves questões de saúde pública, com reflexos não somente sobre o agente da ação mas, também, sobre toda a sociedade, com o impacto causado sobre o perfil de morbimortalidade.

Entretanto, independentemente dos espaços de atuação, seja na comunidade, em ambulatorios ou em setores de pronto-atendimento, muitos profissionais de saúde não conseguem enxergar além dos aspectos biológicos não identificando ou não valorizando sinais e sintomas, sobretudo os relacionados ao âmbito psicossocial, que sinalizem para o risco de suicídio ou para sua tentativa. Cassorla (2005) corrobora com esse ponto de vista, e afirma

que os profissionais nos serviços de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.) e outros que trabalham com o público em geral (juízes, professores, policiais, etc.) têm dificuldade para perceber conflitos e aspectos emocionais e psicológicos.

Tampouco eu, no decorrer da prática profissional, reconhecia os dilemas e conflitos daquelas e daqueles que “escolhem morrer”. Foi através da disciplina Violência e Saúde¹, cursada em 2007, na qualidade de aluna especial, que despertei para a relação da violência contra a mulher e o suicídio. A partir daí, passei a refletir sobre a postura estigmatizada que nós profissionais adotamos com relação a quem, por alguma circunstância, tenta suicídio e dá entrada no serviço de pronto-atendimento e a me inquietar com nossas condutas, que, algumas vezes, pareciam mais punitivas do que protetoras.

Como a maioria das colegas e dos colegas de trabalho, eu também pensava ser o suicídio simplesmente uma forma de “chamar a atenção”, e não compreendia a tentativa de suicídio como um meio para pôr fim ao sofrimento humano. Daí o não escolher morrer, mas o escolher se livrar, a qualquer custo, do sofrimento, ainda que com a própria vida. Macedo e Werlang (2007, p. 185-194) defendem a essencialidade de um olhar atento para a singularidade da situação, no sentido de se investigar a tentativa de suicídio como um ato-dor, através do qual “o ser humano busca uma ruptura radical para se livrar de uma dor insuportável”.

Isso me levou a questionar: Qual a representação das mulheres com história de violência doméstica e tentativa de suicídio sobre o suicídio? O que leva as mulheres em vivência de violência doméstica a tentarem suicídio? Para responder a essas perguntas, elegemos como objeto de estudo as representações sociais do suicídio por mulheres com história de violência doméstica e tentativa de suicídio. Nosso objetivo geral será analisar a representação das mulheres com história de violência doméstica e tentativa de suicídio sobre o suicídio, enquanto os objetivos específicos contemplam apreender a estrutura das representações sociais das mulheres com história de violência doméstica e tentativa de suicídio sobre o suicídio e descrever a vivência de violência doméstica em mulheres que tentaram suicídio.

¹Disciplina oferecida pelo programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFBA. Ementa: Estuda as concepções teóricas da violência e suas consequências em grupos populacionais vulneráveis. Estimula a reflexão de profissionais da área de saúde sobre a complexidade do acolhimento e assistência às vítimas de violência.

2 CONTEXTUALIZANDO A TEMÁTICA

Por envolver diversas áreas – sociais, econômicas, políticas, jurídicas e biológicas -, a violência é considerada um fenômeno mundial e de definição bastante complexa. Independentemente das várias linhas interpretativas sobre a violência, suas causas, relações e implicações, sabe-se que ela afeta a saúde física e mental do ser humano. Neste sentido, a violência tem sido uma das principais causas de morbidade e mortalidade em todo o mundo, apresentando-se sob várias formas e afetando de modo diferenciado a população, sobretudo a feminina.

Historicamente, a mulher é objeto de preconceitos cristalizados em papéis decorrentes da cultura de dominação social pautada no sistema patriarcal. Desse modo, por meio das demonstrações de superioridade e poder, construídas socialmente, assistimos ao surgimento das relações de violência, uma vez que o homem, a fim de não perder o poder sobre o outro - no caso a mulher -, usa de violência para alcançar sua superioridade ou mantê-la. Com relação a essa assimetria, socialmente estabelecida pela desigualdade historicamente construída com papéis de poder para o homem e subordinação para a mulher, Contreras (2004) mostra que gênero, sociedade e violência se entrelaçam para dar origem ao fenômeno da violência contra a mulher.

Para uma melhor compreensão do fenômeno, é necessário resgatar, diante das diferenciações enunciadas, a formulação de gênero trazida pela pesquisadora Scott (1989), que o definiu como elemento constitutivo das relações sociais, baseado nas diferenças percebidas entre os sexos e como uma forma primeira de significar relações de poder.

Segundo Nicholson (2000), em meados dos anos 60, o termo gênero ainda era usado como referência às formas femininas e masculinas dentro da linguagem. O sexo excluído da cultura e da história enquadrava a diferença entre masculino e feminino. Ortner (1979) já apontava essas diferenças baseadas no sexo, na medida em que a associação com o corpo e a função de procriação natural coloca as mulheres mais próximas da natureza, tornando-as inferiores à fisiologia masculina, que o liberta do corpo para assumir os esquemas da cultura.

Rechtman e Phebo (1999) sustentam que os dualismos hierárquicos com o privilégio da mente (masculina) e o preconceito contra o corpo e a matéria (feminino) estão na base e no pensamento da cultura ocidental, representando alicerces, tijolos e cimento de uma sólida construção de papéis de gênero, estabelecidos e baseados nos princípios de autoridade e superioridade do homem em relação à mulher.

Assim sendo, ainda encontramos na sociedade atual o gênero masculino associado às atividades da esfera pública como concentrador de valores materiais, fazendo dele o protetor e provedor da família, e o gênero feminino como frequentemente relacionado com a natureza, a esfera familiar, a maternidade, o cuidado com os filhos e todo o círculo de atividades domésticas, contribuindo de todas as formas para a naturalização da condição feminina de inferioridade. Segundo Soares (1999), a visão tradicional da família como santuário sagrado, célula-mãe, base do edifício social foi fator determinante para gerar uma barreira de proteção, dificultando a percepção da violência no espaço doméstico.

Nota-se, portanto, que a desigualdade de gênero que vincula a mulher ao âmbito privado e o homem ao âmbito público guarda relação com a divisão social da violência: o homem como vítima da violência na esfera pública e a mulher vitimada no âmbito doméstico, onde o agressor é, mais comumente, do sexo masculino. Guimarães (2005) corrobora que a violência sofrida pelo homem é, em sua grande maioria, cometida por pessoas estranhas ou pouco conhecidas, enquanto que as mulheres são mais vítimas de pessoas do convívio familiar, ou seja, o agressor pode ser o pai, o padrasto, os tios, os primos e os companheiros.

Nesse contexto de violência contra a mulher, permeada pela desigualdade de gênero, surge, na década de 1970, o Movimento Feminista como uma forte corrente cultural, trazendo, em seu bojo, toda uma reflexão a respeito das diferenças entre os sexos e capaz de historiar as relações de subordinação das mulheres em relação aos homens, pautadas, até então, em diferenças biológicas que descreviam a superioridade do homem sobre a mulher, traduzindo uma história de opressão contra as mulheres. Giffin (1994) fala da violência como um fenômeno que, independentemente do local em que ocorre deve confrontar as definições de gênero, sexualidade e saúde e aumentar, com isso, o poder e os recursos das mulheres.

As reflexões e reivindicações do movimento de mulheres colaboraram para uma tendência a dar especial atenção à violência praticada contra as mulheres, desde transformações mais efetivas nos documentos legais de muitos países até uma crescente conscientização do aspecto criminal envolvido nas situações de violência ocorridas no âmbito privado.

No Brasil, desde meados dos anos 1980, como um reflexo de pactos internacionais, surgem, de forma pioneira, as Delegacias da Mulher, com o objetivo de oferecer um atendimento qualificado às mulheres em situação de violência doméstica.

Mais recentemente, em 2006, tivemos a promulgação da lei 11.340 – Lei Maria da Penha - destinada especificamente à violência doméstica e familiar contra a mulher. Esta lei

define a violência doméstica (art. 5º, inciso I) como aquela compreendida no espaço de convívio permanente de pessoas, com ou sem vínculo familiar, unidas por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa (BRASIL, 2006).

Mesmo com a existência desse e de outros equipamentos e documentos legais, a violência doméstica, que tem na casa um espaço privilegiado para sua manifestação, vem sendo responsável por inúmeros registros de vivências dramáticas experimentadas por mulheres. Dados nacionais informam que são as mulheres as que mais sofrem agressão, principalmente na adolescência e na vida adulta, e na maioria das vezes esta violência é cometida por um único indivíduo, do sexo masculino (80%), sendo que 58% desses casos ocorrem nas residências e 31% caracterizam atos de repetição (BRASIL, 2008). A singularidade desses casos está no fato não de os responsáveis pela violência serem, majoritariamente, parceiros ou ex-parceiros, mas em que estas são situações de total subjugação da mulher.

Dessa forma, a violência doméstica, ocorrida no âmbito do lar, passou a ser reconhecida e considerada como um problema social que merece ser enfrentado e combatido, sobretudo no âmbito da saúde, por causa do impacto causado no perfil de morbidade. Neste sentido, a Organização Mundial de Saúde (2002) define a violência como sendo “o uso intencional de força ou poder, através de ameaça ou agressão real, contra si mesmo, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que resulta ou tem grande probabilidade de resultar em ferimentos, morte, prejuízos psicológicos, problema de desenvolvimento ou privação”.

Aqui é possível perceber a utilização da palavra “poder”, ampliando o conceito de violência e remetendo-nos às relações de poder existentes entre homens e mulheres apontadas pelo movimento feminista; também é possível entender que a violência contra a mulher se manifesta de diversas formas e com diversos graus de severidade, indo do desrespeito aos direitos reprodutivos ou da cidadania social a atos e comportamentos que correspondem a maus-tratos psicológicos e agressões físicas.

A violência psicológica é toda ação ou omissão que causa ou visa a causar dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa, tais como insultos constantes, humilhação, desvalorização, chantagem, isolamento de amigos e familiares, exploração, negligência (atos de omissão de cuidados e proteção contra agravos evitáveis, tais como situações de perigo, doenças, gravidez, alimentação, higiene, entre outros), ameaças, privação arbitrária da liberdade (impedimento de trabalhar, estudar, cuidar da aparência pessoal, gerenciar o próprio dinheiro, brincar, etc.), confinamento doméstico, críticas pelo

desempenho sexual, omissão de carinho, bem como se negar a dar atenção e prestar supervisão (BRASIL, 2001).

A violência física ocorre quando uma pessoa, que exerce uma relação de poder sobre outra, causa ou tenta causar dano não acidental, por meio do uso da força física ou de algum tipo de arma que pode provocar ou não lesões externas, internas ou ambas. Esta violência pode se manifestar de várias formas: tapas, empurrões, socos, mordidas, chutes, queimaduras, cortes, estrangulamento, lesões por armas ou objetos, coerção (obrigar a outra pessoa a tomar medicamentos desnecessários ou inadequados, álcool, drogas ou outras substâncias, inclusive alimentos), danos à integridade corporal do outro, decorrentes de negligência (omissão de cuidados e proteção contra agravos evitáveis como situações de perigo, doenças, gravidez, alimentação, higiene, entre outros) são apenas alguns exemplos disso (BRASIL, 2001).

A violência sexual é toda a ação pela qual uma pessoa que exerce relação de poder obriga a outra ao ato sexual contra a sua vontade, ou a expõe em interações sexuais que propiciem sua vitimação, com o que o agressor tenta obter gratificação, quer seja por meio de força física, coerção ou intimidação psicológica. A violência sexual ocorre em uma variedade de situações, tais como estupro, sexo forçado no casamento, abuso sexual infantil, abuso incestuoso e assédio sexual. Inclui, entre outras coisas, carícias não desejadas, penetração oral, anal ou genital, com pênis ou outros objetos, de forma forçada, exposição obrigatória a material pornográfico, exibicionismo e masturbação forçados, uso de linguagem erótica, proibição do uso de qualquer método contraceptivo ou negação, por parte do parceiro ou da parceira, do uso de preservativos, ou o ser forçado(a) a ter relações sexuais com outras pessoas além do casal ou presenciá-las (BRASIL, 2001).

Diante da tendência de não tornar visível o problema no ambiente privado, faz-se necessário, pois, chamar a atenção para uma avaliação mais acurada das situações de violência. Assim, profissionais de saúde em geral devem estar atentos para o fato de que a violência traumatiza, incapacita, humilha, frustra, altera os comportamentos e deixa sequelas. Entre outros sinais sugestivos de violência doméstica, destacam-se lesões físicas, aborto, dores crônicas sem origem evidentes, abuso de drogas e sintomas emocionais, tais como ansiedade, distúrbios do sono, ataque de pânico, depressão e ideias de suicídio (HEISE et al., 1994; DINIZ et al., 1999; OSÓRIO et al., 2001).

Em seu estudo sobre violência doméstica, Soares (1999) menciona não apenas as sequelas físicas, representadas por lesões, cicatrizes deformantes, mutilações e doenças crônicas, mas também as psicológicas, tais como o estresse pós-traumático, caracterizado

pela apatia, o isolamento, os distúrbios sexuais e do sono, a destruição da autoestima, a ansiedade, o pânico e a depressão. Antes disso, Heise et al. (1994) já assinalava alterações na saúde física e mental das mulheres como consequências não-fatais; e o suicídio e o homicídio como consequências fatais da violência de gênero. Osório et al. (2001) concorda quando afirma que o assassinato não é a única consequência fatal da violência contra a mulher: também o é o suicídio, mostrando assim que para muitas mulheres a situação de violência parece não oferecer alternativa.

Rodrigues (2006) analisou a violência conjugal – praticada por marido ou companheiro, ex-marido ou ex-companheiro – em mulheres que sofreram queimaduras e encontrou, como resultados do abuso sofrido, a presença de baixa autoestima, problemas mentais, depressão, estresse pós-traumático, tendência ao suicídio e consumo de álcool e drogas.

Um estudo sobre “Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros” revelou que os maus-tratos podem traduzir efeitos permanentes na autoestima e na qualidade de vida da mulher; 72% das mulheres apresentaram quadro sugestivo de depressão clínica, 78% tinham sintomas de ansiedade e insônia, 39% pensaram em suicídio e 24% passaram a fazer uso de ansiolíticos após o início das agressões (ADEODATO et al., 2005).

A OMS (2001) considera a depressão grave a principal causa de incapacitação. Ela ocupa o quarto lugar entre as dez principais causas da carga patológica mundial. Nesse mesmo relatório, a instituição alerta para a crescente compreensão da inter-relação entre saúde mental e física, assinalando que a combinação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais é muito mais frequente do que pensamos. Em todas as situações, o suicídio e as tentativas de suicídio aparecem como os resultados mais frequentes e evitáveis da depressão.

Chama a atenção o fato de que, de um modo geral, as investigações sobre violência doméstica mostram que as mulheres, a curto ou a longo prazo, podem apresentar um risco maior de desenvolver transtornos psicossomáticos, depressão e tentativas de suicídio. Da mesma forma, as pesquisas acerca do suicídio apontam a vivência de violência como um dos motivos precipitantes deste ato extremo.

Pesquisa realizada pelo Centro de Controle de Intoxicações do Hospital Universitário da Universidade Federal de Londrina com 80% de tentativas de suicídio para o sexo feminino, ressalta as perdas interpessoais, as dificuldades de relacionamento, as histórias de violência física, verbal e sexual como os principais motivos para essas tentativas. O estudo desvelou também sentimentos de isolamento, desesperança e baixa autoestima culminando na ideação e na tentativa de suicídio, e aponta a “Síndrome Traumática Pós-Estresse” do

abuso sexual como sendo uma das causas mais frequentes de tentativa de suicídio entre mulheres (MARCONDES FILHO et al., 2002).

Prieto e Tavares (2005) encontraram, entre os fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídio, as experiências infelizes de vida, comprometendo um desenvolvimento emocional saudável, elevando o nível de tensão e resultando em uma sobrecarga de estressores que conduzem ao comportamento suicida.

De acordo com Minayo (2005), deve-se levar em consideração, dentro desse quadro, de pensamentos autodestrutivos, planos para se ferir ou se matar, à realização do ato de dar cabo à vida. Para a autora, as violências auto-infligidas se referem ao comportamento suicida e às diversas formas de automutilação, ocupando um lugar prioritário na pauta dos problemas sociais e de grande impacto sobre a saúde pública no mundo. No Brasil, em 2006, foram identificadas 8506 mortes por suicídio, correspondendo a mais de 23 óbitos por suicídio ao dia. “A cada hora, morre uma pessoa por suicídio no Brasil” (BRASIL, 2008, p. 29).

A magnitude e a complexidade do fenômeno do suicídio têm despertado estudos em todas as sociedades. Diversas teorias o compreendem de formas diferentes, havendo, para o que se pode denominar de senso comum, um desvio de comportamento na origem de seu ato. As religiões, de uma forma geral, condenam o suicídio, a medicina o trata como resultado de uma doença e a psicologia e a psicanálise consideram-no, muitas vezes, fruto de atos insuportáveis de dor, carregados de eventos adversos de vida.

Émile Durkheim, o fundador da Sociologia, em sua obra capital *O Suicídio*, tentou mostrar que as causas do autoextermínio têm fundamento social e não individual, acreditando que “as causas de morte situam-se muito mais fora de nós do que em nós e só nos atinge se nos aventurarmos a adentrar sua esfera de ação”. 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 este que a vítima sabia dever produzir esse resultado. A tentativa de suicídio é, pois, o ato assim definido, mas interrompido antes que dele resulte a morte (DURKHEIM, 2005, p. 13).

Cassorla (1998) amplia o olhar sobre o suicídio, assinalando a perda de oportunidades, a insegurança material, a insegurança emocional, as frustrações e as impotências como formadores de um indivíduo fragilizado e que vê, na idéia de suicídio, a saída fatal, vindo apenas a consumir a morte física, pois muitas mortes parciais já ocorreram.

Os profissionais de saúde de ambos os sexos, quando perguntados sobre possíveis causas relacionadas com as tentativas de suicídio, mostram o despreparo em lidar com percepções que fogem às questões puramente técnicas: as opiniões se dividem. Entre elas,

destacam-se um pedido de socorro, fuga a uma dor insuportável e o entendimento do suicídio como chantagem, forma de chamar a atenção (SILVA; BOEMER, 2004).

No tocante às causas relacionadas com o suicídio, alguns estudos iniciam uma reflexão, trazendo à tona o perfil das pessoas que se suicidam ou tentam o suicídio. Dados nacionais de 2006 revelam que a maior parte das mortes por suicídio ocorreu em indivíduos do sexo masculino, correspondendo a 79% dos casos, na faixa etária de 20 a 39 anos; os métodos mais utilizados foram enforcamento (57,7%), arma de fogo (13,2%) e intoxicação química (12,5%). Para as mulheres, é a tentativa de suicídio que mais aparece, com 58% dos casos, em todas as faixas etárias; os métodos mais utilizados foram o envenenamento (69,8%) e o objeto perfurante (13%) (BRASIL, 2008).

Internacionalmente, os dados mostram que os homens cometem mais suicídio, as mulheres o tentam mais; o mesmo se aplica ao Brasil, os envenenamentos sendo a principal causa de internação (MINAYO, 2005). A grande incidência de mulheres que tentam suicídio, bem como os métodos utilizados, ditos “mais amenos”, nos fazem pensar nas possíveis causas que levam a tal comportamento.

Com relação a isso, Lopes (2007) considera que os homens morrem mais por serem mais corajosos e decididos, enquanto que as mulheres, mais fracas e sentimentais, não têm a coragem necessária para pôr fim aos seus dias. Dessa forma, a divisão sexual dos papéis, baseada em “caracteres naturais” e biológicos, faz com que haja uma divisão relacionada com o suicídio: dessa forma, há aqueles considerados próprios aos homens e outros às mulheres; isso revela uma organização desigual entre homens e mulheres, fazendo com que homens e mulheres usem métodos diferentes, mais masculinos ou mais femininos.

Em Salvador, um estudo das intoxicações por Aldicarb (chumbinho) confirmam dados encontrados a nível nacional, mostrando que a maior frequência de tentativa de suicídio se deu no sexo feminino (57,35%), com maior incidência na faixa etária entre 20 e 29 anos (28,59%) (MARTINS et al., 2005). Em 2009, informações fornecidas pelo Centro Toxicológico, no II Seminário Estadual sobre Violência e Saúde, reafirmam o maior número de tentativas para o sexo feminino (65,8%) em relação ao sexo masculino (34,2%) e os métodos mais utilizados foram os medicamentos, os raticidas e os domissanitários (RIGO, 2009).

Neste contexto, a análise das representações sociais dessas mulheres sobre o suicídio oferece subsídios valiosos para a compreensão da tentativa de suicídio por mulheres em situação de violência, permitindo-nos não somente uma identificação desses fenômenos, mas

também o planejamento de ações que se tornem efetivas no direcionamento das práticas de enfermagem e de outros profissionais de saúde.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A Teoria das Representações Sociais (TRS) foi publicada em 1961 por Serge Moscovici e apresentou-se como renovação do interesse pelo estudo dos fenômenos coletivos, mais exatamente pelas regras que regem o pensamento social (ABRIC, 1971).

A TRS tem sido muito utilizada pelas pesquisas na área de enfermagem, por permitir que se perceba a complexidade dos fenômenos humanos, contribuindo para o esclarecimento da visão de mundo dos sujeitos inseridos num contexto social, a forma como agem e tomam decisões.

Segundo Moscovici (1981), as Representações Sociais correspondem a um conjunto de conceitos, proposições e explicações originadas na vida cotidiana no curso de comunicações interpessoais, refletindo crenças e valores da sociedade construídos no senso comum.

Considerando que a percepção das mulheres em vivência de violência doméstica e tentativa de suicídio sobre o suicídio está ancorada no senso comum, a TRS permite uma representação da forma como os indivíduos e grupos, participantes dessa realidade, percebem o suicídio, agem e decidem sobre o assunto.

Para Abric (2000), as Representações Sociais consistem em um conjunto organizado de informações, atitudes, crenças que um indivíduo ou grupo elabora a propósito de um objeto, de uma situação, de um conceito, de outros indivíduos ou grupos, apresentando-se, portanto, como uma visão subjetiva e social da realidade.

Para este autor, a representação surge como um guia de orientação das ações e relações sociais, a partir da interpretação da realidade que rege as relações dos indivíduos com o seu meio físico e social, determinando, assim, comportamentos e práticas. Jodelet (2001) reforça esse ponto de vista, ao definir a representação como um meio de produção do conhecimento gerado e partilhado nas relações sociais para a construção de uma realidade comum. Sá (1996) dizia que o termo representação social deveria ser reservado para uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos.

Abric (2000) sistematiza a questão das finalidades próprias das representações sociais, incluindo mais duas funções: a identitária, que situa os indivíduos e os grupos no campo social e permite a elaboração de uma identidade social e pessoal compatível com sistemas de normas e de valores determinados social e historicamente; e a justificatória, que permite aos

atores explicar e justificar suas condutas em uma situação ou em relação aos seus participantes.

No que se refere à elaboração das Representações Sociais, dois processos surgem como necessários: a ancoragem e a objetivação.

Segundo Moscovici (1981), ancorar é classificar e denominar; é nomear alguma coisa, dando-lhe sentido, de modo que o não-familiar se transforme em familiar. Para Jodelet (1998), o processo de ancoragem intervém na formação das representações, assegurando sua incorporação no social e enraizando a representação e seu objeto em uma rede de significações, permitindo situá-las face aos valores sociais com vistas a lhes dar coerência.

Quanto à objetivação, Moscovici (1981) diz que objetivar é descobrir a qualidade de objetos e imagens, reproduzir um conceito em uma imagem no sentido de dar visibilidade às abstrações e, assim, transformar em objeto o que é representado. Jodelet (1998) define a objetivação como a materialização da palavra.

Desta forma, poderemos ter, tanto na ancoragem quanto na objetivação do suicídio por mulheres que vivenciaram a violência doméstica e a tentativa de suicídio, uma base de crenças, valores, influências sociais, culturais e morais.

3.1.1 A Teoria do Núcleo Central

A teoria do núcleo central foi proposta pela primeira vez em 1976, na tese de *Doctorat d'État de Jean-Claude Abric – Jeux, conflits et représentations sociales* – na Universidade da Provence, sob a forma de uma hipótese a respeito da organização interna das representações sociais (SÁ, 1996). Abric (1994) afirma que a organização de um núcleo central, constituído de um ou de alguns elementos que dão à representação o seu significado, identificam também a sua organização interna, o que se denomina núcleo temático.

Assim, nos processos de percepção social aparecem elementos centrais, constitutivos do pensamento social e que permitem ordenar e compreender a realidade vivida pelos indivíduos ou grupos (ABRIC, 1994).

Para Abric (2003), o núcleo central assegura três funções essenciais da representação:

- a) Função geradora: consiste no significado da representação;
- b) Função organizadora: diz respeito à organização interna;
- c) Função estabilizadora: dá estabilidade ao núcleo central.

Assim sendo, o núcleo central assegura a significação, consistência e permanência da representação, dando a ele resistência à mudança. Está organizado em um sistema central e em

sistemas periféricos dispostos em torno deste, como partes essenciais do conteúdo da representação, ou seja, seus componentes mais acessíveis, mais vivos e mais completos. Seu papel pode ser resumido em cinco funções: concretização, regulação, prescrição de comportamentos, proteção do núcleo central e personalização. O sistema periférico surge mais flexível e protege o núcleo central, permitindo a fusão de diferentes informações e práticas sociais e é de fundamental importância para o núcleo central porque permite a ancoragem da realidade (ABRIC, 2003).

Assim sendo, é possível entender a TRS como eixo para explicar a realidade que se pretende evidenciar nesse estudo. É de extrema importância, por considerar as representações dos sujeitos acerca do objeto a ser estudado.

A escolha pelas representações sociais justifica-se por terem estas a capacidade de desvendar o pensamento da sociedade acerca de um determinado objeto compartilhado na vida cotidiana. É a partir daí que as representações, segundo Moscovici (1981), ocupam uma posição entre conceitos e buscam abstrair um determinado sentido do mundo, reproduzindo-o de forma significativa. Nesse sentido, pretendemos, por meio deste estudo, compreender a representação social sobre o suicídio em mulheres com história de violência doméstica e tentativa de suicídio.

4 METODOLOGIA

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa, tendo como eixo teórico a Teoria das Representações Sociais, pertinentes ao objeto do estudo: as representações sociais do suicídio por mulheres com história de violência doméstica e tentativa de suicídio.

A pesquisa exploratória busca conhecer as dimensões de dado fenômeno, a maneira como se manifesta e os fatores com os quais se relaciona, sendo especialmente útil quando se investiga uma nova área ou assunto (POLIT; HUNGLER, 1995). Para Trivinõs (1987), o estudo descritivo tem a pretensão de descrever com rigor os fatos e fenômenos de determinada realidade.

A pesquisa qualitativa preocupa-se em compreender os significados e a intencionalidade das ações e relações humanas, demandando um esforço ainda mais profundo dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2004).

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O espaço para o desenvolvimento do estudo foi um Centro de Referência Estadual em Toxicologia, também conhecido como Centro de Informação Antiveneno (CIAVE), localizado em Salvador (BA), responsável por cursos de toxicologia básica, capacitação profissional e estágio de estudantes dos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina, Veterinária, Farmácia, Biologia e Psicologia, oriundos de diversas faculdades do Estado. Atende a todas as ocorrências tóxicas e acidentes por animais peçonhentos que dão entrada na Emergência do Hospital Geral Roberto Santos, onde está situado e mantém um serviço telefônico com plantão permanente de 24h para orientação toxicológica na prevenção, diagnóstico e tratamento de intoxicações exógenas a instituições de saúde públicas e privadas, bem como à população em geral.

Quando a causa da intoxicação está vinculada à tentativa de suicídio, encaminha-se o paciente para o Núcleo de Estudo e Prevenção ao Suicídio – NEPS. Esse serviço faz parte do CIAVE e é responsável pelo atendimento àqueles que deram entrada em serviços de urgência e emergência por tentativa de suicídio em casos de envenenamento. O NEPS disponibiliza

atendimento nas áreas de Psicologia, Terapia Ocupacional e Psiquiatria na rede pública estadual de saúde.

4.3 OS SUJEITOS DO ESTUDO

Os sujeitos do estudo foram 30 mulheres adultas com história de violência doméstica e tentativa de suicídio por envenenamento. Participaram do estudo as mulheres que vinham sendo atendidas há pelo menos 1 ano e consideradas aptas pelo serviço de Psicologia do NEPS, composto por 2 psicólogas e 3 estagiários de psicologia que realizam, semanalmente, consultas individuais e, mensalmente, atividades grupais com familiares.

Considerando o critério de tempo de vínculo no serviço, a amostra, neste estudo, ficou restrita ao número de mulheres adultas cadastradas e ativas no NEPS, ou cerca de 50 mulheres. No que se refere ao critério de aptidão concedido pela Psicologia, 30 mulheres foram consideradas como estando em condições emocionais e psíquicas para participar do estudo. Todas aceitaram, voluntariamente, colaborar com a pesquisa.

A aproximação com as mulheres do estudo se deu por meio do serviço de Psicologia, responsável pelo NEPS. Durante o período de trinta dias consecutivos realizei a ambientação, através da participação em atividades de atendimento individual, pela observação na sala de espera para consultas de psicologia; momento em que conhecia a rotina do serviço para o atendimento dos sujeitos cadastrados. E, por meio das reuniões de grupo, realizadas mensalmente com os familiares; ocasião em que pude ampliar meu contato para mães, pais, filhos e companheiros dos sujeitos, sendo fundamental para minha inserção no serviço.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos dizem respeito às diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, contidas na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que atende às exigências éticas e científicas fundamentais (BRASIL, 1996).

Depois que o CIAVE concedeu a autorização, o projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Ana Neri (HAN), que deu a sua autorização (nº 50/2010). A partir daí, realizamos a coleta de dados.

No dia do atendimento individual com o Departamento de Psicologia, avaliava-se o estado emocional e psicológico das mulheres para calcular a possibilidade de sua participação

no estudo. Em seguida, a(o) psicóloga(o) as apresentava a mim, falava sobre o estudo que eu estava realizando e as indagava se tinham interesse em participar da pesquisa.

Se aceitassem, as mulheres eram informadas sobre o tema, sobre os objetivos do estudo e sobre sua relevância. O sigilo e o anonimato, bem como a liberdade de decisão de participar ou não do estudo e de retirar seu consentimento a qualquer momento, deixando de participar deste sem que isto trouxesse prejuízo ao seu atendimento no serviço, foram garantidos. Informamos que o estudo não prevê qualquer tipo de remuneração, material ou financeira, nem para a pesquisadora nem para a entrevistada. Também informamos que os registros oriundos das falas seriam arquivados por 5 (cinco) anos e destruídos após esse período, e que os resultados seriam publicados.

As mulheres que aceitaram ser sujeitos do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), onde se encontram registrados os mencionados aspectos éticos, com base na Resolução 196/96. Neste termo, constam os contatos da pesquisadora, telefone e endereço eletrônico (e-mail), para que as mulheres possam empregá-los em caso de dúvida com relação ao estudo. O termo foi assinado por mim e pela entrevistada, ficando uma cópia conosco e outra com a última.

4.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada, sistematicamente, entre os meses de junho e dezembro de 2010, nas segundas, quartas, quintas e sextas-feiras pela manhã.

Utilizamos, como instrumento de coleta de dados, o Teste de Associação Livre de Palavras (TALP) e a entrevista.

Segundo Sá (1996), o TALP é uma técnica para a coleta de elementos que constituem uma representação, uma vez que estímulos indutores, verbais ou não verbais, são utilizados com o intuito de evocar respostas implícitas ou latentes sobre o objeto a ser pesquisado.

Desde a década de 80, essa técnica vem sendo aplicada em inúmeros trabalhos de representações sociais, o que comprova sua validade. Segundo Oliveira et al. (2003), o TALP possibilita, de forma descontraída e espontânea, a apreensão das projeções mentais, inclusive os conteúdos que podem estar encobertos nos discursos e a obtenção do conteúdo semântico de forma rápida e objetiva, reduzindo, assim, as dificuldades e limites das expressões discursivas convencionais.

O teste foi realizado com os 30 sujeitos do estudo, contendo uma questão aberta para que a associação livre de palavras pudesse fluir naturalmente: “Que palavras vêm à sua cabeça quando digo a palavra Suicídio?”.

A fim de que a técnica fosse compreendida pelos sujeitos, fizemos uma simulação. Aproveitando a proximidade com os festejos juninos, solicitamos aos sujeitos que falassem rapidamente sobre “o que lhes vinha à mente quando se falava a palavra São João”. Em seguida, aplicamos o teste proposto com a palavra suicídio.

Pedimos que cada sujeito falasse cinco palavras. Estas foram organizadas, seguindo uma hierarquia, de acordo com a ordem de importância atribuída a elas pelos sujeitos. Assim, todos os sujeitos enumeraram as palavras evocadas por ordem de importância e escolheram duas que melhor definissem a palavra suicídio, justificando-as. Cruz Neto (2000) considera essa técnica a mais usual no trabalho de campo, através da qual o pesquisador busca obter informações contidas nas falas dos atores sociais.

Após o TALP (APÊNDICE B), aplicou-se um formulário estruturado (APÊNDICE C), contendo dados sociodemográficos, tais como idade, etnia, escolaridade, situação conjugal, condições de trabalho, renda e violência doméstica.

Os sujeitos com vivência de violência doméstica foram identificados e após outras avaliações do serviço de psicologia, realizamos a entrevista qualitativa, orientada pela questão norteadora, a saber, “Você falou que sofreu ou sofre violência doméstica, sendo assim fale sobre essa vivência e a relação com sua saúde” (APÊNDICE D).

A qualidade da entrevista, segundo Minayo (2000), consiste em enumerar, da forma mais abrangente possível, as questões que o pesquisador quer abordar no campo, a partir das hipóteses ou pressupostos advindos do objeto de sua investigação. Assim o pesquisador se liberta de formulações prefixadas para introduzir perguntas ou fazer intervenções que visem a abrir o campo de explanação do entrevistado ou aprofundem o nível de informações e opiniões.

Dentre os 30 sujeitos que participaram dos testes, 10 responderam às entrevistas qualitativas. Esse número foi definido ao longo da própria coleta de dados, por critérios de exaustão, ou seja, paramos de fazer entrevistas quando as falas começaram a se repetir, não trazendo mais nenhuma contribuição para o estudo, e as informações foram saturadas, de acordo com os critérios orientados (TRIVIÑOS, 1987).

A entrevista teve duração média de 60 minutos, sendo realizada em local reservado, onde as mulheres puderam falar livremente sobre sua experiência. Após a entrevista, os sujeitos puderam ouvir a leitura dos registros e retirar ou acrescentar informações.

Posteriormente, estes registros foram organizados na íntegra, preservando a fala original das mulheres, e nomes fictícios foram empregados na identificação destas, a fim de garantir-lhes o anonimato.

4.6 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

O processo de organização e análise dos dados se deu em dois momentos.

A fim de identificar e organizar a estrutura das representações sociais sobre o suicídio, os dados obtidos através do TALP foram processados por meio do *software* EVOC, que organizou as palavras pela análise combinada da ordem média de evocação e frequência média de palavras, ou seja, o número de vezes que a palavra foi evocada.

As palavras foram organizadas, pois, por ordem de evocação dos sujeitos, seguindo o comando de programas, o que permitiu uma análise estatística. Vale salientar que as palavras sinônimas ou similares foram convertidas em uma mesma designação.

Identificamos assim a estrutura da representação social do suicídio por mulheres com história de violência doméstica e tentativa de suicídio, apontando elementos do núcleo central e do sistema periférico com base na frequência de ocorrência das palavras evocadas e da média de ocorrência de cada palavra em função da ordem de evocação proposta por Vergés (1994).

Frequência	Rang	Frequência	Rang
NÚCLEO CENTRAL		ELEMENTOS INTERMEDIÁRIOS	

Num segundo momento, o das entrevistas, os dados sociodemográficos foram organizados e processados por meio do *software* Excel e apresentados via percentuais descritivos. Os dados qualitativos, por sua vez, foram organizados e codificados de acordo com Bardin. A análise visa a obter, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição, o conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a interferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 2004).

Entre os tipos de análise de conteúdo propostos por Bardin, elegemos a Análise Temática, haja vista ela permitir atingir os núcleos de significados do material coletado e apreender as representações sociais do suicídio por mulheres com história de violência doméstica e tentativa de suicídio.

A operacionalização da análise temática seguiu as etapas descritas por Bardin (2004) em três pólos cronológicos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados por inferência e interpretação. Esses três fatores não apresentam obrigatoriamente uma ordem cronológica, mas se encontram estreitamente ligados.

Após a leitura exaustiva do material bruto, a chamada pré-análise, iniciamos a análise propriamente dita, com a exploração do material e a consequente codificação dos dados através do recorte, com a escolha das unidades de registro; e a classificação e agregação, etapa que se dá através da transformação sistemática de dados brutos em unidades que permitam a definição de temas e categorias (BARDIN, 2004).

Assim, organizamos o Quadro 4 (Organização dos temas e categorias das falas de mulheres com história de violência doméstica e tentativa de suicídio – Salvador (BA), 2011), composto por temas e categorias, descrito na p. 42, conforme o exemplo a seguir.

TEMA	CATEGORIA

A análise dos dados foi respaldada pela teoria das representações sociais e por temáticas de gênero, violência doméstica, sintomas depressivos e suicídio.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Observamos que as mulheres que compõem a amostra de nosso estudo encontram-se na faixa etária compreendida entre os 23 e os 60 anos, assim distribuída: de 30 a 39 anos, 40%. Entre 25 e 29 e de 50 a 59 anos o percentual (16,6%) é o mesmo – juntas, representam 33,2% dos casos. Em seguida vêm as mulheres na faixa etária compreendida entre 45 e 49 anos (13,2%), aquelas que têm entre 19 e 24 anos (10%) e, enfim, as com 60 anos (3,3% do total).

No que diz respeito à variável cor da pele, a maioria das mulheres se disse parda (66,7%). O restante, ou seja, 33,3%, se declarou branca (20%) ou preta (13,3%), isto é, 80% das mulheres afirmaram pertencer à raça negra.

No que tange ao nível de escolaridade, 46,7% das mulheres entrevistadas declarou ter concluído o 2º grau. As restantes eram apenas alfabetizadas (6,7%), tinham o 1º grau incompleto (13,3%), concluíram o 1º grau (3,3%), possuíam o 2º grau incompleto (10%) ou ingressaram em cursos de graduação (20%), tendo 10% delas concluído.

Observamos também que não houve diferença significativa entre as mulheres solteiras (50%) e casadas e/ou em união consensual (46,7%) no que se refere à tentativa de suicídio.

Tampouco observamos diferenças significativas entre as mulheres que realizam trabalho fora de casa (46,7%) e as que trabalham em casa sem qualquer tipo de remuneração (43,3%). Vale salientar que 10% das mulheres disseram ter se afastado das atividades laborais por licença médica, devido à necessidade de tratamento do quadro depressivo. De acordo com a OMS (2001), cerca de 450 milhões de pessoas sofrem de algum transtorno mental, neurobiológico ou problemas neuropsicossociais, tais como abuso de álcool e drogas, sendo que a depressão grave ocupa o status da principal causa de incapacitação, correspondendo a 12% do total de afastamentos de atividades profissionais e educacionais.

No que se refere à dependência financeira, 16,7% das mulheres declararam ser independentes e 83,3% dependentes (43,3% totais e 40% parciais). Chama-nos a atenção o fato de que mesmo as mulheres que afirmaram exercer trabalhos remunerados (doméstica, comerciária, agente comunitária de saúde, estagiária de administração e professora) dizem não ter condições de assumir sozinhas as responsabilidades financeiras, necessitando da contribuição financeira do companheiro.

Todas as mulheres que participaram do estudo narraram episódios de violência doméstica, sendo que 53,3% afirmou tê-la vivenciado na relação conjugal (companheiros, ex-companheiros e namorados). Johnson et al. (2002), apud Baptista (2004), afirmam que as histórias de abuso físico e/ou sexual na infância e/ou adolescência aumentam a probabilidade de problemas interpessoais e favorecem as tentativas de suicídio no final da adolescência e na vida adulta, mostrando a existência de uma relação entre vivência de violência e tentativa de suicídio.

Independentemente da autoria, as histórias da violência se manifestaram nas formas física, sexual, moral, psicológica e patrimonial, tendo a violência moral e a psicológica maiores destaques. Segundo Cunha (2007), as expressões moral e psicológica são comuns e causadoras de danos irreparáveis, pois através delas, aos poucos, as pessoas vão perdendo a autoestima.

5.2 A ESTRUTURA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE SUICÍDIO

A análise do corpus formado pelas evocações das 30 mulheres revelou que, em resposta ao estímulo indutor “suicídio”, foram evocadas 150 palavras e que a ordem média de evocação (MOME = média das ordens de evocação) foi em torno de 3 em uma escala de 1 a 5. Em relação às frequências de evocação, o ponto de corte foi inferior ao valor 3, suprimindo todos os termos com frequência = 1 e 2 (9,33%), participando da análise 90,67% dos termos evocados. Após a supressão dos termos com baixa frequência foi calculada a frequência média de evocação (132/17), obtendo assim, o valor aproximado do ponto de corte superior igual a 8,0.

Das 150 palavras evocadas, 31 eram diferentes, denotando a baixa dispersão em torno da representação do tema pesquisado, ou seja, apontando para o fato de a maioria das mulheres com história de violência doméstica e tentativa de suicídio ter a mesma representação sobre o suicídio. A análise combinada dos dados resultou no quadro de quatro casas (Quadro 1).

Quadro 1 - Síntese do resultado do teste de associação livre de palavras – Salvador (BA), 2011

Número de sujeitos	30
Número total de palavras evocadas	150
Número de palavras diferentes evocadas	31
Frequência média de evocações	8
Ordem média de evocações	3
Número de sujeitos que indicaram a palavra mais importante	30
Número total de evocações analisadas	150

Fonte: EVOC, 2003

A construção do quadro de quatro casas corresponde a quatro quadrantes com quatro conjuntos de termos. Os termos mais estáveis e consensuais para os sujeitos da pesquisa constituem o núcleo central da RS, situando-se no quadrante superior esquerdo. Já no quadrante superior direito e inferior esquerdo estão localizados os elementos intermediários, que tendem a se aproximar ou do núcleo central ou dos elementos periféricos. As palavras situadas no quadrante inferior direito são os elementos periféricos da representação (VERGÈS, 1994; OLIVEIRA, 2003).

A estrutura e o funcionamento das representações sociais se baseiam em duas características contraditórias: são estáveis e móveis, rígidas e flexíveis e também consensuais, mas, ao mesmo tempo, marcadas por fortes diferenças interindividuais (SÁ, 1996). 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 em relação à outra.

As palavras agrupadas no quadrante superior esquerdo (Quadros 2 e 3) são aquelas que tiveram as maiores frequências e que foram prioritariamente evocadas, formando o núcleo central das representações sociais de mulheres sobre o suicídio. Esses elementos caracterizam a parte mais consensual e estável da representação, bem como a menos sensível a mudanças em função da conjuntura externa ou das práticas cotidianas dos sujeitos (ABRIC, 1994).

Quadro 2 - Estrutura das representações sociais de mulheres com história de violência doméstica e tentativa de suicídio sobre suicídio – Salvador (BA), 2011

Quadro de Quatro Casas

	OME < 3,0			OME ≥ 3,0		
Frequência ≥ 8	Depressão	34	2,941	Desesperança	14	3,143
	Morte	10	1,900	Medo	8	3,750
				Saída	12	3,417
Frequência < 8	Alívio	5	2,400	Desamor	6	4,333
	Arrependimento	4	2,250	Doença	5	4,200
	Dor	6	2,000	Impotência	4	3,250
	Família	6	2,500	Libertação	4	3,250
	Mal	5	2,200	Mudança	3	3,667
	Perdas	3	2,333	Rejeição	3	4,333

Fonte: EVOC (2003)

Quadro 3 - Ordem média de palavras das representações sociais de mulheres sobre o suicídio – Salvador (BA), 2011

Aspecto Estrutural	Elementos	Frequência da ordem de evocação					Frequência de Evocação
		1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	
Núcleo Central	Depressão	7	7	7	7	6	34
	Morte	6	1	2	0	1	10
Sistema Periférico	Desamor	0	1	0	1	4	6
	Doença	0	1	0	1	3	5
	Impotência	0	2	0	1	1	4
	Libertação	0	1	2	0	1	4
	Mudança	0	1	0	1	1	3
	Rejeição	0	0	0	2	1	3

Fonte: EVOC (2003)

A depressão e a morte são elementos que integram o núcleo central da representação sobre o suicídio. Segundo Abric (1994), estes elementos podem ser ponderados como consensuais, estáveis e socialmente compartilhados. Estes foram considerados pelas mulheres como os mais importantes, dando o real significado à representação do suicídio.

Podemos observar que, do total de 150 evocações, os termos depressão e morte foram evocados 44 vezes (29,3%), sendo que para 13 mulheres (43,3%), as palavras evocadas expressam a representação do suicídio e aparecem como primeiro elemento mais importante.

O termo depressão foi evocado 34 vezes (22,7%), sendo que 14 mulheres o consideraram como 1º e 2º elementos mais importantes. Nas entrevistas, as mulheres reconhecem a depressão como o transtorno mais comum relacionado com o suicídio:

Primeiro veio a depressão, depois veio a tentativa de suicídio [...] Azaléia

Segundo relatório sobre a saúde mental no mundo da OMS (2001), a prevalência geral de transtornos mentais e comportamentais parece não ser diferente entre homens e mulheres, embora os transtornos de ansiedade e depressivos sejam mais comuns no sexo feminino. Uma razão apontada como favorável a essa indicação diz respeito à violência doméstica a que as mulheres estão sujeitas, considerando as ocorrências traumáticas como responsáveis por alterações psíquicas que desencadearão mais comumente os transtornos depressivos:

Sofri violência [...] A depressão veio com meu marido [...] Quando me senti lesada por ele de forma cruel, eu já tinha depressão [...] Camélia

O termo morte foi evocado 10 vezes (6,6%), sendo que 6 mulheres o considerou como o elemento mais importante. As entrevistas trouxeram à baila a morte não enquanto desejo de morrer, mas sim como o desejo de sair de uma situação de sofrimento e dor:

Não queria me matar, queria me livrar da situação [...] Flor-de-Lis

A esse respeito, a OMS (2002) chama a atenção para a gangorra emocional que existe nas pessoas que tentam suicídio, aquilo a que chamamos ambivalência, quando a urgência de sair da dor entra em choque com o desejo de viver. Nesse contexto, o indivíduo que tenta suicídio não deseja acabar com a vida, mas antes com o sofrimento e a dor.

Os elementos do núcleo central, por serem mais resistentes a mudanças, asseguram a continuidade da representação social, qualquer que seja o contexto. Dessa forma, a representação de mulheres sobre o suicídio está ancorada na sua vivência e nos valores e conceitos construídos a respeito do mesmo. A depressão e a morte, por exemplo, acabam por

influenciar a representação que as mulheres entrevistadas têm acerca do suicídio, e, por conseguinte, oferece-nos elementos para compreender seus comportamentos.

No quadrante superior direito do quadro de quatro casas localizam-se as palavras que também tiveram uma alta frequência, mas cuja posição média na ordem de evocação não foi suficiente para que integrassem o núcleo central, constituindo a primeira periferia: desesperança, medo e saída. Nesse espaço da representação observamos a desesperança e o medo comuns à sintomatologia depressiva e o termo saída relacionado à morte, enxergada como a única solução:

Eu me sentia péssima, humilhada [...] Para não continuar vivendo assim, resolvi me matar [...] Flor-de-Lis

A segunda periferia (quadrante inferior direito) é a que constitui os elementos mais mutáveis da representação, ou seja, oscilam e revelam nitidamente as transformações sofridas pela representação, caracterizando o sistema periférico: desamor, doença, impotência, libertação, mudança e rejeição. Embora todos os termos estejam ancorados na representação acerca do suicídio, os termos impotência, mudança e libertação estão correlacionados com a violência vivenciada pelas mulheres ao longo de suas vidas. Já os termos desamor, doença e rejeição guardam correlação com o adoecimento, uma vez que representam a sintomatologia da vivência de violência e se manifestam por meio dos sintomas depressivos. 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.

Os termos desamor e rejeição foram evocados por 9 mulheres (30%). Esses elementos também tiveram lugar de destaque nas entrevistas cujas falas sinalizam para o sentimento de rejeição e desamor, diminuindo a autoestima e, por conseguinte, favorecendo o quadro depressivo.

Minha mãe me rejeitou desde a barriga. Antes de eu nascer, ela já tinha me dado para a mãe dela. Ela (mãe) dizia que não me amamentou porque eu parecia uma rã. Dizia que fui achada no lixo, que não ia ser ninguém na vida [...] Camélia

Ele olhava pra mim e dizia que me odiava, que tinha nojo de mim, que ele se deitava comigo porque eu procurava ele [...] Azaléia

A frustração, a rejeição, a humilhação. Aquele peso, aquele aperto. Uma coisa muito pesada no peito ia me comprimindo [...] Alecrim

Prieto e Tavares (2005) afirmam que vivências carregadas de sentimentos de rejeição, histórias de abusos e perdas podem agir como eventos adversos de vida e são possíveis motivadores para a decisão pelo suicídio. Macedo e Werlang (2007) concordam, afirmando que a tentativa de suicídio é um ato-dor decorrente de vivências de situações traumáticas. Eles ressaltam a importância de se considerar a singularidade das situações através do acolhimento e da escuta.

O termo doença foi evocado por 5 mulheres (16,7%) e tem relação com outro termo, a saber, depressão, cuja frequência de evocação (22,7%) 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:

Quando tudo começou a mexer na minha cabeça, eu já tinha depressão. Me pegava chorando, me sentia diferente dos outros. Me sentia inferior. Uma frustração, uma falta de importância [...] Uma angústia [...] A gente se sente um lixo [...] Camélia

Os episódios de choro sem motivos aparentes, a frustração, a falta de importância e a angústia, característicos de quadros depressivos, culminam com a diminuição progressiva da autoestima 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. Essa relação pode ser mais bem ilustrada na seguinte fala:

Comecei com depressão. Tinha vontade de sair e sumir. Se eu pudesse me trancava dentro do quarto e não fazia mais nada [...] Pra não continuar vivendo assim, resolvi me matar [...] Flor-de-Lis

O termo impotência foi evocado por 4 (13,3%) mulheres, sendo considerado por 50% delas como o 2º elemento mais importante na representação do sistema periférico. Nas entrevistas referentes à análise temática, o sentimento de impotência é revelado pelas mulheres em situação de violência, quando não conseguem encontrar um caminho para sair da relação conflituosa com o companheiro.

É muito difícil a gente falar, denunciar [...] Eles parecem artistas (monstros e depois bonzinhos). Ele me perseguia [...] Eu não tinha a quem recorrer [...] Camélia.

Eu permiti que isso acontecesse porque não conseguia sair daquilo [...] A covardia foi tomando conta de mim e tudo que ele dizia eu absorvia [...] Fui guardando cada gesto, cada palavra, fui morrendo aos poucos [...] Íris

Com relação a isso, Souza e Monteiro (2007) afirmam que a violência conjugal, que se manifesta no cotidiano de algumas mulheres de forma repetida, cruel e naturalizada, é responsável pelo medo, pela vergonha, pelo isolamento e pelo consequente distanciamento da mulher das redes de apoio, dificultando a visibilidade dos agravos à saúde da mulher.

Segundo Soares (2005), o processo de denúncia pela violência sofrida pode ser tão difícil e complexo quanto o combate e a prevenção da própria violência contra a mulher. Entre as principais razões que dificultam esse processo estão o medo de atos mais violentos por parte do parceiro e a vergonha pelo fracasso do casamento ao lado da pessoa amada. É importante considerar também que a dificuldade de romper com a relação de violência passa pela afetividade e pela dependência econômica, além do laço parental, visto que se trata do “pai de seus filhos”.

Os termos libertação e mudança foram evocados por 4 (13,3%) e 3 mulheres (10%), respectivamente. Surgiram nas entrevistas como o entendimento sobre a necessidade de sair, de mudar e/ou de se libertar das situações que ocasionam sofrimento e dor psíquica. A libertação, a partir do reconhecimento individual, surge como elemento necessário para a mudança e pode ser gradativamente alcançada por meio do apoio psicológico e psiquiátrico.

A terapia foi muito importante. Comecei a pensar de novo que posso ser feliz, apesar do medo e das lembranças [...] Íris

Hoje, amo mais a mim, sou especial, não quero mais sofrer [...] Camélia

Melhorei depois da terapia por falar o que sempre guardei para mim. Agora eu sou livre [...] Flor-de-Lis

No quadrante inferior esquerdo estão localizadas as palavras com menores frequências, mas que também foram prontamente evocadas: alívio, arrependimento, dor, família, mal e perdas. Esses termos não estão inseridos no âmbito do núcleo central, em função das frequências abaixo da média, sendo denominada de zona de contraste, comportando elementos que não podem modificar os elementos centrais e a própria representação (OLIVEIRA et al., 2005). Nesse espaço da estrutura da representação pudemos observar um desdobramento de elementos que integram o núcleo central e o sistema periférico. O alívio e o arrependimento referidos à morte como saída e à ambivalência pelo desejo de vida e de morte, concomitantemente:

Depois da primeira tentativa fiquei arrependida e feliz pela oportunidade de viver de novo [...] Íris

Os termos família e dor tiveram a mesma frequência de evocação, totalizando 12 vezes (8%). Percebemos, nas entrevistas, uma associação entre suicídio e o desenvolvimento de quadros depressivos por situações adversas originadas no seio da família, como na fala a seguir:

É uma situação de família. Me sinto aprisionada por todos. Eu não consigo respirar, eles jogam tudo pra cima de mim [...] Penso que se eu morrer, todo mundo vai ter que resolver tudo [...] Flor-de-Lis

Segundo Baptista (2004), a família e os amigos são fundamentais, do nascimento até a morte, não somente no apoio e direcionamento que podem fornecer, nos diversos momentos da vida, mas também na nossa percepção de mundo e, consequentemente, nos traços comportamentais individuais. É a família, principalmente, que desempenhará, por intermédio da boa interação de seus membros, papel importante na ideação, na tentativa de suicídio e em sua consumação.

Em relação à dor, insuportável segundo as mulheres, surge como sintoma da depressão que as impede de viver. Ou seja, a ideação suicida começa a se esboçar como um possível recurso, e pode culminar na morte, consequência fatal da depressão:

É uma dor muito grande, de ficar desesperada por ajuda, de querer se libertar da situação [...] Queria dormir e não acordar. Queria perder a consciência [...] Girassol

O anestesiar da consciência surge, nas entrevistas, enquanto possibilidade de se libertar de todo o sofrimento, inclusive do mal e das perdas, e aparece como solução para os problemas, sem que a morte, necessariamente, se concretize. 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 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 disfuncional, pouco suporte social, grande número de eventos estressantes, técnicas de enfrentamento das situações reduzidas (BAPTISTA, 2004).

Em todos os casos, observamos que o fenômeno do suicídio, constituído por uma complexa rede de fatores biológicos, psicológicos e sociais, encontra, na singularidade de cada sujeito, uma visão de mundo que reflete crenças, valores sociais e tomada de decisões construídas em um senso comum. A representação das mulheres em situação de violência doméstica sobre o suicídio nos permitiu compreender que a difícil decisão de interromper a própria vida se ancora nas histórias de violência e de depressão vivenciadas em diversos momentos nos âmbitos familiar e conjugal.

5.3 CONTEÚDO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MULHERES SOBRE O SUICÍDIO

As entrevistas (Apêndice E) realizadas com mulheres em situação de violência doméstica e tentativa de suicídio nos permitiram, por meio da análise temática de Bardin, identificar temas e categorias, organizados e apresentados no quadro a seguir:

Quadro 4 – Organização dos temas e categorias das falas de mulheres com história de violência doméstica e tentativa de suicídio – Salvador (BA), 2011

TEMA	CATEGORIA
RELAÇÕES FAMILIARES	Negligência Rejeição Violência física Violência sexual
RELAÇÃO CONJUGAL	Papéis de gênero Traição Violência psicológica Violência sexual Violência física
ADOCIMENTO	Sintomas depressivos Dor psíquica Ideação suicida Tentativas de suicídio
ATENDIMENTO NO SERVIÇO DE SAÚDE	Pronto-socorro Psicoterápico

TEMA - RELAÇÕES FAMILIARES

O tema relações familiares traz as representações das mulheres cuja história de vida, desde a infância, foi permeada por rejeição, abandono, maus-tratos, abusos e negligência. Por se manifestarem no âmbito doméstico, este tipo de violência se manifesta de forma silenciosa e perversa. A palavra família é um dos elementos que compõem a zona de contraste das representações de mulheres sobre o suicídio. Segundo Marcondes Filho et al. (2002), os conflitos familiares são um dos motivos que levam à tentativa de suicídio.

Para uma maior compreensão do tema, as falas foram organizadas nas seguintes categorias: Negligência; Rejeição; Violência física e sexual.

Negligência

É a negligência com relação aos cuidados com as crianças, atribuindo a elas responsabilidades inerentes a adultos.

Minha mãe bebia e só chegava de noite [...] Eu que cuidava dos outros menores [...] Eu era só uma criança [...] Passava o dia todo sem ter o que comer [...] (silêncio) Orquídea

Desde os 11 anos que eu não tenho mais direito a nada [...] Uma criança já com responsabilidade [...] Eu que cuidava de tudo [...] Só criando irmãos, filhos, netos [...] (choro) Flor-de-Lis

Podemos perceber que aqui os direitos das crianças estão sendo violados, uma vez que, além de terem suas necessidades básicas negligenciadas, têm substituída a fase de brincadeiras, própria da infância, pela responsabilidade de cuidar da casa e dos irmãos. No Brasil, as questões referentes aos cuidados dos pais ou responsáveis com os menores são tratadas com base no Estatuto da Criança e do Adolescente (2009), que considera a rejeição, a depreciação, a discriminação, o desrespeito e as punições exageradas enquanto agressões comuns à violência psicológica e o ato de omissão do responsável na provisão de necessidades básicas para o desenvolvimento da criança e do adolescente, enquanto negligência.

Rejeição

Expressa os sentimentos de rejeição e desvalorização que aparecem claramente nas falas das entrevistadas, dando origem a lembranças de sofrimento e dor.

Foi uma época difícil. Meus pais se separaram [...] Minha mãe sempre foi muito dura, pois não conseguia ser amorosa comigo e eu não conseguia abraçá-la. Ouvia a minha mãe dizer que se não tava satisfeita com a vida que ela tava dando arrumasse as coisas e fosse embora [...] Cresci ouvindo isso [...] Azaléia

*Eu tinha oito anos. Meu pai não queria se separar da minha mãe e me usava como desculpa. Eu era o elo de ligação dele com ela [...] Eu queria me matar e minha mãe dizia que eu me matasse mesmo [...] Eu sentia rejeição e abandono [...] **Acácia***

*Minha mãe me rejeitou desde a barriga. Antes de eu nascer, ela já tinha me dado para a mãe dela. Ela (mãe) dizia que não me amamentou porque eu parecia uma rã. Dizia que fui achada no lixo, que não ia ser ninguém na vida [...] **Camélia***

Percebemos aqui que a relação das mulheres entrevistadas com os seus pais foi permeada por sentimentos de rejeição vivenciados desde a infância. Também foi possível perceber, nas falas, que as mulheres representam o conflito conjugal dos pais enquanto situação geradora de tensão, o desejo de morte se apresentando como uma saída possível. Ribeiro (1989), em seus estudos sobre o sentimento de filhos diante dos processos de separação, acrescenta que há um verdadeiro tumulto no cotidiano dos filhos, gerado não apenas pela nova estruturação familiar, mas também pela representação de insegurança e perda de estabilidade, responsável pelos sentimentos negativos vivenciados na separação. Toloí (2010) corrobora, e afirma que, em sendo rompido, o equilíbrio do relacionamento conjugal dos pais costuma ser sentido pelos filhos como angustiante e ameaçador.

Essas histórias de conflitos familiares podem, *a posteriori*, ser responsáveis por fragilidades emocionais, como assinala a fala de **Acácia**: “Eu queria me matar”. Macedo e Werlang (2007) abordam a tentativa de suicídio como um ato-dor decorrente da vivência de situações traumáticas e propõem um olhar diferenciado e livre de preconceitos para as dores da alma.

Gaspari e Botega (2002), em estudo realizado com pacientes atendidos em serviço de pronto-socorro por tentativa de suicídio, asseveram que tais pacientes apresentam histórico de famílias disfuncionais e sentimentos de rejeição por parte de amigos e familiares.

Prieto e Tavares (2005), concordando, acreditam que a história de vida de pessoas que tentam suicídio ou daquelas que o cometem é permeada por uma elevada incidência de fatores estressores na infância e na adolescência, quando se dá o desenvolvimento emocional.

Violência física

A categoria Violência física reúne as falas que traduzem as vivências de agressões físicas praticadas contra as mulheres no âmbito doméstico.

Sofri espancamento pelo meu pai [...] Íris

Minha mãe me agredia e eu não sabia o que fazer [...] (chora) Orquídea

Segundo Mascarenhas et al. (2010), estudos realizados em serviços de emergência sobre a violência contra a criança denunciam a violência física como a mais frequente forma de abuso contra crianças.

Segundo Deslandes, Assis e Santos (2005), no caso da estrutura familiar brasileira a banalização da violência está profundamente arraigada nos fatores culturais. As falas das mulheres representam, pois, a permissividade dada à família na educação da prole, sem limites estabelecidos entre o castigo e o abuso, levando as crianças ao sofrimento pela agressão e à impotência, pela autoridade conferida aos pais.

Desde 2002, em relatório oficial sobre violência e saúde, a OMS define como abuso físico contra a criança todo o ato de acometimento, por parte do responsável pelos cuidados, que cause dano físico ou apresente a possibilidade de um dano. No entanto, a discussão da violência familiar só veio a aparecer como pauta das agendas de saúde a partir dos anos 2000, quando notificações de profissionais de saúde contribuíram para o dimensionamento do problema histórico-cultural da violência doméstica (DESLANDES; ASSIS; SANTOS, 2005).

Violência sexual

A violência sexual reflete o abuso praticado por familiares quando as entrevistadas ainda se encontravam em processo de formação no que tange ao desenvolvimento físico e emocional.

Meu padrasto e meu avô me estupraram [...] choro. Eu tinha 7, 8 anos, quando foi meu padrasto, e 11 anos quando foi meu avô [...] Eu contei, mas ninguém ligava [...] choro... Saudade

Foi abuso sexual [...] por volta dos 12,13 anos [...] Meu corpo ainda não tava formado e meu primo tentou me agarrar. Ele ia pra minha cama [...] Ele fez isso algumas vezes [...] (silêncio). contei pra vovó e ele negou tudo [...] Alecrim

Segundo Pfeifer e Salvani (2005), os casos mais frequentes de violência sexual até a adolescência são resultados de incestos, quando o agressor tem algum grau de parentesco com a vítima, o que gera uma lesão psicológica muito maior que a que decorre de agressão sofrida por estranhos. Os autores relatam ainda que esse tipo de violência ocorre de forma insidiosa, repetitiva e num cenário relacional absolutamente favorável, o ambiente familiar. Assim, pois, o agressor usa da relação de confiança e/ou poder que tem sobre a criança/adolescente para aproximações cada vez maiores, bem como para criar uma atmosfera de insegurança e imaturidade por parte da vítima, pondo em dúvida sua importância diante da família, o que faria qualquer queixa cair em descrédito. Essa não-valorização da fala das entrevistadas pode ser ilustrada por Saudade quando declara: “Eu contei, mas ninguém ligava”.

Macedo e Werlang (2007) sustentam que o evento traumático que se origina na infância e a partir dela representa um elemento motivador para a tentativa de suicídio. Em seu estudo com pessoas que tentaram suicídio, Marcondes Filho et al. (2002) encontraram, em 80% dos casos, relatos de violência sexual durante a infância, envolvendo pais, padrastos e outros familiares.

TEMA – RELAÇÃO CONJUGAL

O tema Relação Conjugal diz respeito às relações de gênero, à traição e à violência em suas formas de expressão psicológica, sexual e física.

Papéis de gênero

Essa categoria aborda os papéis de gênero que levam às relações conflituosas na conjugabilidade, revelando comportamentos da vida dos sujeitos da pesquisa ancorados nas representações dos papéis sociais do feminino e do masculino apreendidas nas relações sociais.

Meu marido é um homem que não quer que falte nada em casa, mas tem um comportamento!!! [...] É a natureza dele [...] Orquídea

A gente tinha 14 anos de casamento [...] Gosto dele, mas não sei ser essa menina melosa e aí ele arranhou outra... Tulipa

Percebemos, por estas falas, que ao homem cabe a obrigação de prover o lar, ser o responsável pela família, o que, como parte de sua construção social justificada pela constituição biológica, dá a ele, na teoria, o direito de ser rude, difícil e até mesmo agressivo. Já as mulheres são dóceis, responsáveis por cuidar do parceiro e amá-lo.

Nas falas a seguir, percebemos que as mulheres trazem à tona idéias de uma conjugabilidade baseada no amor, por meio do casamento livre e de escolhas, o que caracteriza a família conjugal contemporânea.

Eu queria ser amada [...] Era amor, afeto [...] Tentei formar uma família [...] Não deu certo [...] Fracassei como mulher [...] O meu amor não era suficiente [...] Acácia

Eu casei porque gostava dele, e ele parecia que gostava de mim [...] Orquídea

A busca pela constituição familiar, pelo casamento e, sobretudo, pelo amor nas relações é reflexo de valores sociais surgidos desde a segunda metade do século XIX, quando, segundo Coutinho (2006) o declínio da antiga família patriarcal mudou as relações afetivas. É então que se desenvolve a família conjugal moderna, fundada no casamento por amor, com livre escolha do cônjuge e o surgimento de novos modelos de comportamentos masculinos e femininos. A mulher se torna a principal responsável pelo bom funcionamento da casa, pelos cuidados e a educação dos filhos e pelo bem-estar da família.

Eu era zelosa [...] Eu tinha amor, muito amor [...] Azaléia

Assim sendo, a representação de família ideal, alicerçada pela sociedade na visão romântica do casamento perfeito, passa a ser concretizada no voto “até que a morte os

separe”. A família nuclear aparece com sinônimo de respeito e felicidade, como observamos nas falas a seguir:

Em nome da família me casei [...] Pelo filho que eu carregava, por meus pais, pela felicidade que meus pais me deram e pela que eu queria que meu filho também tivesse [...] Alecrim

É possível perceber, aqui, a importância dada ao casamento como elemento organizador da família feliz, constituída por pai, mãe e filhos. Esse quadro retrata bem a concepção de nova família, surgida com a consolidação do Capitalismo durante o século XIX. Segundo D’Incão (2001), a nova família se traduz por um sólido ambiente familiar, lar acolhedor, filhos educados, marido responsável e esposa dedicada, representando o ideal de retidão e probidade, como um tesouro social imprescindível.

Casei grávida [...] Tinha medo da sociedade, de minha família, de minha mãe, medo que minha filha fosse criada longe da presença masculina e de ser mais uma mulher separada no mundo [...] Íris

A fala de **Íris** reforça a idealização da família nuclear, do casamento e do papel da boa esposa, responsável pela integridade da família e pela boa educação dos filhos.

De acordo com Taube (1992) apud Cunha (2007), as expectativas de casamento ideal, feliz e para sempre, ainda estão presentes no imaginário da sociedade. Dessa forma, o medo de fracassar enquanto mulher, ou seja, aquela que deve manter a família a qualquer custo e buscar incessantemente o ideal de boa mãe – sobretudo na educação dos filhos – e de boa esposa tem levado muitas mulheres a permanecer na relação de violência.

[...] Tinha medo de ser uma mulher separada, tinha medo da sociedade, de minha família, de minha mãe, de ser mais uma mulher separada no mundo! Eu não conseguia e fui ficando por um, dois, quatro anos e hoje são 25 anos de casamento. Íris

O casamento romântico, garantido pela legislação civil e pelo controle social, segundo Coutinho (2006), estabelece mudanças na estruturação das famílias, com um espaço maior para a igualdade e a valorização da vida pessoal e subjetiva de seus membros. A obediência

cega e o respeito pela hierarquia começam a ser substituídos pelo diálogo e pelo respeito baseado no amor.

Nas falas a seguir, as mulheres relatam uma situação que difere do casamento romântico idealizado. Observamos, portanto, o desmoronamento dos sonhos e o surgimento de uma realidade conflituosa na vida do casal.

A partir do momento que começou a escassez dele [...] Ele começou a não mais estar presente no nosso cotidiano, comecei a pensar onde errei [...]

Azaléia

Esse homem que se apresentou não era mais meu marido [...] Ele esqueceu de todas as virtudes, do respeito, passa a chegar tarde em casa, ter um comportamento diferente, dar atenção mínima ao filho e idem para mim [...]

Alecrim

Nas falas a seguir, as mulheres relatam que a família ideal com que elas sonhavam não se deu, os parceiros não tinham correspondido. Isso as levou a se sentirem frustradas com a nova família estabelecida. Os sonhos e as expectativas começam a se desfazer, como podemos observar:

Muita coisa aconteceu [...] Não era como eu esperava [...] **Orquídea**

Você acredita que pode ser feliz e de repente percebe que não é nada daquilo [...] **Íris**

Segundo Cunha (2007), as mulheres começam a descobrir, depois de casadas, que a realidade era bem diferente da que imaginavam. Seus parceiros não eram o que desejavam, pois faltava o amigo, o companheiro, o amante, e sobrava uma relação marcada pelo distanciamento e pela indiferença. Assim, o casamento como ideal do amor romântico e da busca pela felicidade, sonhado pelas mulheres do estudo, passa a ser palco de encontros e desencontros.

Os múltiplos papéis desempenhados pelas mulheres na sociedade (mães, esposas, educadoras e provedoras de atenção para os outros), juntamente com a violência doméstica e sexual, também constituem fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais e comportamentais (OMS, 2001).

Traição

Esta categoria mostra conflitos conjugais decorrentes da traição por parte dos cônjuges, conforme podemos observar nas seguintes falas:

Durante a gravidez sofri todas as traições [...] Alecrim

[...] Eu tava grávida e ele já tava com outra [...] Camélia

As traições masculinas ainda ocorrem após alguns anos da vivência conjugal. Vejamos:

[...] Um dia, uma mulher ligou e se identificou como namorada do meu marido. Ela disse que ele não me amava e que só se casou comigo porque eu tava grávida [...] Na verdade, casei de barriga, porque não queria machucar quem cuidou de mim [...] Orquídea

[...] Tinha mais ou menos oito anos de casada e meu marido tava com uma amante de 16 anos [...] Ele teve mais uma filha com outra mulher. Não assumiu outros filhos, mas surgiram outras mulheres [...] Já flagrei ele com mulher dentro de casa [...] Foi muita falta de respeito comigo, me sentia péssima, humilhada. Comecei com depressão a partir daí [...] (choro) Flor-de-Lis

Liguei pra uma mulher que disse ser a namorada dele há três meses. Então, eu disse que se ela fosse a namorada, eu era a amante há sete anos [...] Foi a partir daí que tudo começou na minha cabeça, que tudo desencadeou [...] Isso me abala muito [...] Rosa

É possível perceber que as traições anunciadas pelas mulheres ocorrem no período da gravidez, momento de maior fragilidade da mulher, e permanecem ao longo da relação conjugal.

As relações de gênero nos permitem compreender o porquê da sujeição feminina à traição de seus companheiros. Segundo Cunha (2007), a sujeição enquanto caráter próprio da violência contra a mulher é algo que não se sustenta apenas na ideologia social de superioridade masculina nem é imutável, mas se constrói por relações de poder.

As falas deixam clara uma relação desrespeitosa, que reduz a autoestima da mulher, desencadeando sintomas psicossomáticos, tais como, por exemplo, a depressão. A esse respeito, Baptista (1999) cita a baixa autoestima, os eventos estressantes e o pouco suporte social, entre outros, como fatores de risco para a depressão. Segundo a OMS (2001), a tristeza, a perda de confiança e da autoestima, bem como outros sintomas característicos da depressão, se revelam após a ocorrência de situações que se mostram desfavoráveis, produzindo momentos de infelicidade na vida das pessoas.

Violência psicológica

A violência psicológica, também conhecida como violência emocional, se caracteriza por insultos, difamação, ameaças, humilhações e pela violação do direito da mulher de decidir sobre suas ações, conforme revelam as falas dessas mulheres:

*Ele não me dava nada [...] A comida, eu tinha que comer o que ele queria
[...] Eu pensei em trabalhar de noite e ele disse que puta é quem trabalha de
noite [...] Camélia*

Ele falava que eu era vagabunda, puta, que tava com os machos todos [...] Saudade

As falas apontam para relações em que os homens decidem a respeito da vida de suas companheiras e as insultam: trata-se de atos que tipificam a violência psicológica. Segundo Soares (2005), esse tipo de violência pode se expressar em atitudes de coação, cerceamento e controle.

As falas a seguir podem ilustrar melhor de que forma a humilhação se materializa na relação.

Ele dizia que ia me trocar por duas de 15 anos [...] Alecrim

*Ele olhava pra mim e dizia que me odiava, que tinha nojo de mim, que se
deitava comigo porque eu procurava ele [...] Azaléia*

É possível perceber, nas falas das mulheres, que elas se sentem humilhadas por seus companheiros, pela relação desrespeitosa e violenta a que são submetidas. Segundo Soares (2005), a violência emocional, expressa na relação conjugal, manifesta-se, entre outros, por atos que intimidam, mediante ameaças sutis; diminuem a pessoa pelo sentimento de mal-estar consigo mesma; humilham, por meio da desvalorização, da desqualificação, da ironia e da crítica contínua, além de provocar confusão mental, fazendo a pessoa sentir culpa. Estas situações podem ser percebidas nas falas abaixo:

Ele sempre gostou de falar que eu não sou capaz de nada [...] Eu me sentia incapaz até de cuidar de meus filhos [...] Ele tanto falava que eu tava me sentindo incapaz mesmo [...] **Tulipa**

Ele começou a me humilhar em tempo integral, dizia que eu era tão ruim que nem minha família me queria [...] Eu fazia o arroz e ele dizia que não prestava [...] Eu sou um lixo, sou pior do que bicho, não tenho direito a nada [...] **Camélia**

As falas revelam que a exposição às situações de violência psicológica faz com que as mulheres internalizem as agressões. Estas corroem o ser-sujeito, levando à diminuição da autoestima, de modo que as suas vítimas se desqualificam, se anulam e se convencem de que são incapazes. Assim, quando **Camélia** anuncia “[...] sou um lixo [...]”, isto representa toda uma história de violência que permeia a vida da mulher no dia-a-dia.

É importante salientar que o processo de aniquilação do ser-mulher caminha gradativamente para o adoecimento. Este não significa necessariamente o adoecimento físico, mas sim, e sobretudo, aquele que destrói as potencialidades, como ilustram as falas a seguir:

Eu nunca tomei uma atitude porque me via quebrada [...] **Orquídea**

Eu me sentia péssima, humilhada [...] Não tinha condições de ir em canto nenhum [...] **Flor-de-Lis**

Eu permiti que isso acontecesse porque não conseguia sair daquilo [...] A covardia foi tomando conta de mim e tudo que ele dizia, eu absorvia [...] Fui guardando cada gesto, cada palavra, fui morrendo aos poucos [...] **Íris**

O adoecimento e as alterações no comportamento das mulheres, desencadeados pelo aniquilamento, poderão culminar na tentativa de suicídio. Chama-nos a atenção a fala de **Íris** “[...] fui morrendo aos poucos [...]”. 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, como percebemos na fala de **Orquídea** “[...] me via quebrada [...]”, ou na de **Flor-de-Lis** “[...] não tinha mais condições [...]”. Cassorla afirma ainda que a luta pela vida passa a ser o esforço contra as situações que nos matam e é na infertilidade dessas batalhas que aparecem as doenças físicas e mentais, o álcool e as drogas, daí o surgimento da depressão como doença mais comum atualmente não ser por acaso.

Melo (2001), em texto sobre a violência psicológica contra a mulher, sinalizava a inexistência, no Código Penal Brasileiro, de qualquer artigo criminalizando a violência psicológica. De fato, essa forma de expressão da violência doméstica e familiar contra a mulher só foi legalmente reconhecida a partir de 07 de agosto de 2006, com a edição da Lei 11340 (Lei Maria da Penha). A partir daí, foram obtidos avanços significativos na criação de mecanismos de intervenção preventiva, repressiva e assistencial, a fim de assegurar a integridade física, psíquica, sexual, moral e patrimonial da mulher.

Violência sexual

Esta é definida pela OMS (2002) como qualquer ato ou tentativa de se obter relação sexual, bem como comentários ou investidas sexuais indesejadas contra a sexualidade, através da coação, independentemente do fato de ocorrer em ambientes públicos ou privados. São as mulheres as que mais sofrem com esse tipo de violência, comumente perpetrada por seus parceiros íntimos. Dessa forma, o abuso sexual encontra, na conjugabilidade, elementos favoráveis à invisibilidade, como podemos observar na fala a seguir:

Ele me estuprou [...] Eu dormia muito por causa dos remédios [...] Ele chegava e tinha relação comigo [...] Eu acordava toda suja [...] Marido parece que é dono do corpo da gente [...] Ele dizia que podia [...] As pessoas dizem que a mulher tem que servir ao marido [...] Camélia

Eu sempre tinha que estar à disposição dele [...] Eu muito cansada ia dormir e ele me acordava [...] Para me livrar daquela situação, eu cedia [...] Ficava estática na cama, abria as pernas [...] Azaléia

A naturalização da submissão feminina ao parceiro, percebida nas falas, traz à tona o sexo como obrigação conjugal no sentido de satisfazer as vontades do homem. Desse modo, assistimos a atos agressivos que transformam a mulher num objeto de desejos: seu corpo, suas vontades e seus direitos são naturalmente negados. Segundo Cunha (2007), a visão sociocultural que prega que a mulher deve servir ao homem fortaleceu não apenas a vida privada, mas ainda reforçou a aceitação de uma mulher sem identidade, objeto de um desejo sexual, sem direito de decisão sobre seu corpo e seu prazer e pronta para satisfazer às necessidades do parceiro quando requisitada.

Podemos perceber também, na fala de Camélia, o reconhecimento da vivência de estupro e a aceitação social da inexistência desse tipo de agressão na conjugabilidade. Com relação a isso, Saffioti (2001) diz que, para a sociedade, é mais fácil enxergar a violência sexual quando praticada por pessoas estranhas, alheias à relação conjugal, sendo possível encontrar a naturalidade na fala de muitas mulheres quando o assunto é casamento.

Violência física

A violência física pode ser definida como todo tipo de agressão que utiliza a força física como princípio. Segundo a OMS (2002), manifesta-se por atos como estapear, socar, chutar e surrar. No caso da violência contra a mulher, é através da força física que a dominação/exploração masculina se reafirma.

Ele começou a mostrar quem era [...] Saía, voltava cheio de cachaça [...] Um tapa que ele me dava, eu caía rodando [...] Saudade

No dia que ele me bateu, perguntei quem era ele [...] Ele me pegou pela garganta, me empurrou e deu vários tapas [...] Eu tive um pensamento de me jogar do apartamento embaixo [...] Camélia

Percebemos, nas falas, que é por meio da manifestação física da violência que a mulher reconhece com estranheza a sua relação com o cônjuge.

A fala de **Camélia** anuncia-nos a problemática da tentativa de suicídio enquanto uma saída possível para a situação de violência. Segundo a OMS (2002), a depressão e a tentativa de suicídio surgem como consequências em mulheres abusadas física e/ou sexualmente, quer na infância quer na vida adulta. Confirmando esses dados, Adeodato et al. (2005), em estudo sobre qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros, encontraram uma correlação direta entre o pensamento suicida e a vivência de agressão verbal, física e sexual.

Vale salientar que a violência física relatada pelas mulheres do estudo revela-nos elementos tais como o uso do álcool e a idéia de suicídio. O álcool aparece como precipitante e encorajador da violência, dando a falsa impressão de que o abuso não ocorreria se não houvesse a bebida. Segundo Soares (2005), o uso de álcool e drogas agrava a situação de abuso, por representar riscos cada vez maiores de acidentes, mas não determina, por si só, o surgimento de relações conjugais violentas.

TEMA - ADOECIMENTO

A vivência de violência fragiliza as mulheres, tornando-as mais vulneráveis ao sofrimento psíquico e à tentativa de suicídio. O tema adoecimento se encontra aqui representado pelas seguintes categorias: sentimentos depressivos (de pouca valia, rejeição, frustração, tristeza, ansiedade, medo e crises de choro), inapetência, distúrbios do sono, idéias suicidas, dor psíquica e tentativas de suicídio (características psicopatológicas: ambivalência, rigidez e impulsividade).

Sintomas depressivos

Nesta categoria são apresentados pelas mulheres sentimentos característicos de quadros depressivos, como podemos observar nas seguintes falas:

Me pegava chorando, me sentia diferente dos outros, inferior. Uma frustração, uma falta de importância [...] Essa angústia [...] A gente se sente um lixo [...] Camélia

[...] A frustração, a rejeição, a humilhação. Aquele peso, aquele aperto. Uma coisa muito pesada no peito ia me comprimindo [...] Alecrim

Se pudesse, me trancava dentro do quarto e não fazia mais nada. Me sentia péssima, humilhada [...] Flor-de-Lis

Percebemos que a angústia e o abatimento pelos sentimentos de pouca valia, de rejeição e de frustração 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.

Vale salientar que os episódios depressivos comprometem o desenvolvimento humano, visto que as falas sinalizam a impossibilidade de prosseguir normalmente com as atividades do dia-a-dia.

Tava muito abatida, triste [...] Já tava a ponto de deixar o trabalho [...] Não dormia mais. Não suportava mais nada [...] Íris

Não conseguia parar de chorar [...] Eu sempre me virei e de repente me tornei uma pessoa frágil, com medo da vida [...] Azaléia

É possível perceber aqui uma aflição causada pelo sofrimento psíquico. O sentimento de pouca valia, a rejeição, a frustração, a tristeza, a ansiedade, o medo e as crises de choro são somatizadas, levando à inapetência e ao distúrbio do sono, entre outras coisas. Segundo a OMS (2001), as doenças físicas e mentais, embora sejam interdependentes, estão profundamente entrelaçadas, sendo impossível compreender a saúde mental como a mera ausência de transtornos mentais.

Nas falas a seguir, observamos uma relação entre os sintomas depressivos e o aparecimento de alterações orgânicas:

Primeiro veio a depressão, depois a hipertensão [...] Íris

Tenho crises de choro [...] Minha pressão começou a ficar altíssima, de ir até para a emergência [...] Rosa

De acordo com a OMS (2001), existe uma conexão fundamental entre saúde física e mental, numa reafirmação de que os caminhos fisiológicos e comportamentais são diferentes, mas não independentes. É possível encontrar dados que exemplificam a depressão

antecipando a incidência de doença cardíaca: assim, o estado afetivo angustiado e deprimido é capaz de iniciar uma cascata de mudanças adversas e criar uma maior susceptibilidade a várias doenças físicas.

Além de causar sofrimento, apatia, afastamento das atividades e ocupações e dificuldades de convivência com a rede social, a depressão é também considerada como sendo um dos mais prevalentes transtornos desde o século XIX. Baptista (2004) traz citações de Gonzales, Lewinsohn e Clarke (1985), Palosaari e Aro (1994), Lewinsohn et al. (1994), Murphy et al. (2000), Wade e Cairney (2000), bem como de Harris (2001) que apontam algumas variáveis psicossociais como importantes fatores de risco para a depressão: ansiedade, baixa autoimagem, histórias de abuso sexual/físico/psicológico, perda dos laços familiares, negligência na infância ou na adolescência, separação, divórcio, aumento da violência, enfraquecimento dos valores religiosos, entre outros.

É possível, assim, perceber a influência de fatores biológicos, psicológicos e sociais na complexidade do quadro depressivo.

Dor psíquica

A dor psíquica anunciada pelas mulheres é tão intensa que a autodestruição surge como caminho mais viável para a resolução dos problemas.

[...] Meu sofrimento era grande [...] Não tentei suicídio para chamar atenção. Foi uma saída [...] Acácia

Eu não tava mais suportando de dor, não tava me sentindo bem [...] Eu não queria dar problema pra ninguém [...] Ninguém nasce com idéia de se matar. Algum motivo tem! Alguma coisa tem por trás de tudo isso! Uma pessoa que gosta tanto da vida como eu, cometer esses desatinos, não sou eu! Alecrim

A dor emocional revela-se o elemento básico de todas as crises suicidas, conforme assinala Maris (1997) apud Meleiro e Bahs (2004). As experiências afetivas desagradáveis, o sentimento de raiva e as perdas funcionam como elementos desgastantes e capazes de agir como a “gota d’água”, levando ao suicídio.

Ou seja, o ato suicida, por si só, funciona como um pedido de socorro. Meleiro e Bahs (2004) assinalam que o comportamento suicida é percebido, pelo paciente, como via de solução legítima para problemas externos e/ou internos. Daí a necessidade de uma melhor compreensão do fenômeno.

Os profissionais de saúde não compreendem a importância de atender a pessoa que tenta o suicídio, visto que o setor de saúde é percebido como um espaço para o atendimento às pessoas que desejam viver. A esse respeito, Cassorla (1991) 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”. Neste sentido, diante de uma pessoa que “não quer viver” os profissionais de saúde se sentem frustrados, atacados e impotentes, o que ocasiona uma reação negativa de agressão em relação ao comportamento suicida.

Ideação suicida

O estudo mostrou que as mulheres com história de violência doméstica apresentam desejo frequente de morte como solução para acabar com o sofrimento. É o que podemos observar na fala a seguir:

Tinha depressão [...] Sentia vontade de sumir [...] A gente não diz morrer porque choca até a gente mesmo, mas quando alguém diz que quer sumir, pode ter certeza que quer morrer [...] Camélia

De acordo com Oliveira e Botega (2006), a ideação suicida e as tentativas de suicídio estão fortemente ligadas à depressão e são fatores que podem levar ao suicídio. Cassorla (2001) diz que a idéia de suicídio começa a se instalar quando as frustrações se intensificam, o suicídio sendo usado como a última (e única) saída para os problemas, como podemos observar a seguir:

Pensei que morrendo acabaria tudo [...] Camélia

Vinha o desejo de morrer para acabar com aquela situação, para estar livre, para não viver mais nada [...] Íris

Percebemos nas falas que a falta de habilidade em lidar com as frustrações desencadeia o pensamento e o desejo de morte. A impossibilidade de reagir positivamente a uma situação adversa se dá por conta de insegurança interna intensa decorrente, muitas vezes, de vínculos

familiares inadequados na infância, quando não existem boas figuras de identificação (CASSORLA, 2001).

Tentativas de suicídio

As entrevistas revelam repetidas tentativas de suicídio por parte das mulheres com história de violência doméstica.

Tentei suicídio três vezes. Todas as tentativas foram impulsionadas por meu marido. Ele tava me abusando sexualmente e fiquei angustiada, esperei ele sair para trabalhar e tomei vários comprimidos [...] Camélia

A primeira tentativa foi depois de uma decepção muito grande com meu marido. Ele me agrediu com muitas palavras [...] Íris

A análise das falas revela que a tentativa de suicídio surge como recurso para o sofrimento resultante da violência sexual e moral perpetrada pelos companheiros. Segundo Guimarães (2005), as mulheres com história de violência, seja ela sexual, física, psicológica ou econômica, apresentam 3 vezes mais chances de cometer suicídio do que as mulheres sem história de violência.

De acordo com Botega et al. (1995), as situações de dificuldades nos relacionamentos familiares, os desentendimentos conjugais, a infidelidade, o luto, a separação ou o abandono são importantes fatores de risco para o suicídio. Santana (2010), em estudo com mulheres que tentaram suicídio por meio de agentes químicos causticantes ou do fogo, encontrou os conflitos conjugais antecedendo à tentativa de suicídio.

A tentativa de suicídio revela um comportamento suicida que envolve características psicopatológicas, apresentadas pela OMS (2002) como sendo comuns à mente de pessoas que tentam suicídio. Com base nesta classificação, a categoria “tentativas de suicídio” aborda as seguintes características: ambivalência, rigidez e impulsividade.

De acordo com a OMS (2002), a característica da ambivalência é representada pela coexistência de dois sentimentos antagônicos: o desejo de sair da dor de viver e o desejo de viver. A fala a seguir permite ilustrar melhor esse aspecto:

Depois da primeira tentativa fiquei arrependida e feliz pela oportunidade de viver de novo [...] Íris

Percebemos aqui que a tentativa de suicídio surge enquanto possibilidade de sair de uma situação indesejada, mas a morte não consumada traz consigo o arrependimento pelo ato e a alegria pela possibilidade de estar viva. Cassorla (1998) diz que quando alguém tenta se matar está, na verdade, pensando mais na vida do que na morte.

A ambivalência também pode ser observada nos relatos de mulheres que comunicaram o ato suicida:

Tomei vários comprimidos, mas depois me arrependi e deu tempo de ligar para uma amiga [...] Acácia

Tomei o veneno e liguei para o meu marido. Pedi desculpas e contei que tomei veneno [...] Tulipa

As mulheres, ao mesmo tempo em que buscam a saída do sofrimento psíquico através do suicídio, contrariamente também deixam avisos que traduzem um pedido de socorro. Segundo Cassorla (1998), ambivalências e contradições estão presentes o tempo inteiro nos discursos suicidas. 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.

Macedo e Werlang (2007) acreditam que ao mesmo tempo em que o desejo de morte se manifesta enquanto um meio de saída do sofrimento, causa dor, pelo grau de violência praticado contra si mesmo, uma vez que a tentativa de suicídio expressa um ato-dor em que a resposta violenta se volta contra a própria pessoa, ocasionando sofrimento psíquico.

A rigidez representa uma inflexibilidade de pensamentos, sentimentos e ações (OMS, 2002). E o suicídio se apresenta para as mulheres como o derradeiro recurso, e isso de forma constante ao longo da vida. Vejamos:

Ele me destratava [...] Estava indo à feira e tive vontade de me jogar embaixo do ônibus [...] Cheguei em casa e chorei muito.[...] Descobri a traição[...] Pensei em me jogar embaixo de um carro[...] Vi que vinha um caminhão com a lona vermelha, fechei o olho e saí correndo. Mas o caminhão conseguiu frear [...] Fui pra faculdade e pensei de novo em

suicídio. Saí de casa mais cedo já pensando nisso. O pensamento era quase constante [...] Outra vez eu tomei 2 comprimidos e me fez mal. Então eu podia tomar vários comprimidos e provocar uma parada cardíaca em mim. Tomei e me deitei [...] Alecrim

Fiquei um mês pensando e comprei o chumbinho. Tulipa

Pensei que a segunda tentativa ia ser mais forte e que ia dar certo. Eu vivia em prol disso [...] Pensava que morrendo, acabaria tudo [...] Camélia

De acordo com Meleiro e Bahls (2004), o potencial suicida se manifesta quando uma dor emocional produz sentimentos de incapacidade e parece interminável e intolerável. A expectativa de que a situação mude não existe e a crença da morte como única opção está quase sempre presente. Wang e Ramadam (2004) falam sobre a condição psicológica de constrição como estado cognitivo comum do suicídio. Nesse caso, as emoções e o intelecto têm suas opções estreitadas. A pessoa não enxerga a “luz no fim do túnel” e a morte, então, se transforma no único caminho.

A impulsividade se caracteriza pela precipitação no cometer suicídio, atitude desencadeada por eventos negativos (OMS, 2002).

Depois da briga, pensei em me atirar do apartamento, vi o meu corpo estendido lá embaixo [...] Camélia

Discuti com meu irmão e ele disse que eu merecia morrer e deixar todo mundo livre [...] Comprei chumbinho e usei dois frascos [...] Rosa

Eu tinha brigado muito com minha mãe e tomei vários remédios [...] Eu queria dormir por uns dias [...] Acácia

Percebemos, nas falas, que o desejo de morrer é precipitado por situações estressoras, de conflitos e consequente instabilidade emocional. O impulso que leva alguém a cometer suicídio pode se concretizar se o momento de crise não for acalmado. Prieto e Tavares (2005) sustentam que a decisão de tirar a própria vida é tomada pouco antes da tentativa de suicídio, sugerindo impulsividade, e acreditam que tal evento é precipitado, muitas vezes, por conflitos relacionais. Desse modo, a estabilidade emocional, entendida como a capacidade de resistir ao

impulso de se matar, a satisfação interna com a vida e os impulsos de raiva são importantes indicadores de proteção para o risco de suicídio (PRIETO, 2007).

Outra característica psicológica, proposta por Shneidman (1986) e citada por Wang e Ramadam (2004), observada em uma das falas, sugere o ato impulsivo de ir ao encontro da morte, mas também evidencia um movimento contraditório de cessar a consciência: “Eu queria dormir por uns dias” (**Acácia**). Assim sendo, o dormir para esquecer a situação estressora surge como a solução perfeita para a pressão dos problemas.

TEMA – ATENDIMENTO NO SERVIÇO DE SAÚDE

Esse tema aborda o atendimento que as mulheres receberam nos serviços de saúde, desde a entrada na emergência até o acompanhamento psicoterápico.

Pronto-socorro

É o primeiro atendimento de saúde recebido pelas mulheres. Nesta categoria, as falas mostram a postura aviltante dos profissionais de saúde, como podemos observar a seguir:

*No hospital me trataram mal e a enfermeira disse que da próxima vez eu tomasse chumbinho que eu conseguiria, de fato, me matar [...] **Flor-de-Lis***

*Foi horrível! Me senti pior do que bicho [...] As pessoas que estão ali para salvar nos olham como se fossemos criminosos [...] **Azaléia***

*A médica que me socorreu perguntou se eu tava fazendo isso por causa de homem [...] **Acácia***

Segundo Silva e Boemer (2004), é muito difícil para o profissional de saúde lidar com o sujeito que tenta suicídio, porque este desperta uma diversidade de sentimentos, tais como culpa, impotência, frustração, fragilidade e desespero diante do ato destrutivo. As autoras revelam que alguns profissionais entendem a tentativa de suicídio como uma chantagem, visando a agredir ou provocar a culpa nas outras pessoas, ou seja, consistiria em um gesto calculado para impressionar, assustar ou chamar a atenção.

Em outras palavras, o estigma está presente no atendimento dos profissionais de saúde às mulheres que tentaram suicídio, pois as mesmas são incluídas numa categoria diferente e

indesejada. Segundo Goffman (2008), a sociedade cria categorias, classificando-as como “normais” e “diferentes”. De acordo com os atributos, as pessoas se encaixam em uma ou outra categoria: os diferentes são incluídos numa categoria menos desejável, e as pessoas que aí figuram apresentam um defeito, uma fraqueza e/ou uma desvantagem. O estigma é, pois, um atributo depreciativo. Diferencia-se, dessa forma, os “normais” dos “estigmatizados” ou marginalizados, tais como criminosos, homossexuais, aqueles e aquelas que tentaram suicídio, prostitutas, aleijados, bastardos, retardados, entre outros.

Machin (2009) afirma que os profissionais de saúde têm, em sua formação, uma prática individual voltada para salvar vidas, procurar a cura e minorar o sofrimento. Dessa forma, as situações em que o indivíduo deseja a morte, os atos autodestrutivos e as tentativas de suicídio são vivenciadas com muita dificuldade, por abalar uma formação baseada na racionalidade médica ocidental, sempre relacionada com as doenças. Podemos, portanto, compreender o atendimento dos profissionais de saúde às mulheres que tentam suicídio enquanto subversão de valores: nesse caso, salvar a vida de quem quer morrer é uma contradição.

Kurcgant e Wang (2004) citam McDonald (1999) em estudos que tratam o suicídio e as tentativas de suicídio como tabu desde a antiguidade clássica, quando a sociedade romana ficou dividida entre a hostilidade diante do ato antissocial do suicídio e a admiração pela manifestação de liberdade, para escapar dos abusos dos mais fortes e do poder tirânico.

Citam a culpabilidade do suicídio desde o século XIX, quando a morte voluntária passa a ser tratada como ato condenável e, ao longo dos tempos, torna-se um mal mental, moral, físico e social, sem, contudo, encerrar as discussões sobre a liberdade individual, o direito de morrer e os motivos que levam às suas manifestações.

Psicoterápico

As mulheres do estudo revelam um crescimento psicológico decorrente do acompanhamento psicoterápico, como observamos nas seguintes falas:

A terapia foi muito importante. Comecei a pensar de novo que posso ser feliz, apesar do medo e das lembranças [...] Íris

Melhorei depois da terapia, por falar o que sempre guardei para mim. Agora eu sou livre [...] Flor-de-Lis

A terapia é vista, pelas mulheres, como um importante espaço de escuta, onde olhar para si auxilia no reconhecimento individual, com o vislumbre de possibilidades de mudança. De acordo com Prieto (2007), as reações negativas ao tratamento de saúde mental acontecem quando as pessoas não se sentem compreendidas e acreditam que não podem dividir seus problemas com ninguém, enquanto nas reações positivas estão presentes a crença de que outros podem entender e ajudar, uma maior capacidade para dividir problemas, não desistir facilmente e empreender mudanças significativas na vida pessoal.

A assistência psicológica, a terapia psicanalítica, o acompanhamento psiquiátrico e as intervenções individuais e grupais da terapia ocupacional possibilitaram que as mulheres entendessem melhor o estado depressivo, favorecendo o seu enfrentamento, como podemos observar a seguir:

Hoje não penso mais em suicídio. Tenho outras alternativas [...] Alecrim

Hoje, amo mais a mim. Sou especial. Não quero mais sofrer [...] Camélia

De acordo com Botega (2006), o tratamento de pacientes em situações de crise e na iminência de tentativa de suicídio consiste no reforço aos vínculos saudáveis, no desenvolvimento de outras estratégias que não a tentativa de suicídio como maneira de mudar o ambiente e/ou pedir socorro, na construção de objetivos possíveis, no fortalecimento da sensação subjetiva de pertença a grupos, comunidades e instituições, no trabalho e de estreitamento dos sentimentos de desesperança e pensamentos de finitude, entre outros.

Pudemos, dessa forma, observar que o acompanhamento psicoterápico trouxe mudanças na forma de pensar o suicídio como única saída e o reconhecimento individual de ser especial e capaz de empreender mudanças.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mulheres que tentaram suicídio são, em sua maioria, jovens, negras, com primeiro grau completo, trabalham mas ganham pouco, dependem total ou parcialmente de seus parceiros e na sua quase totalidade já viveram situações de violência doméstica pelo menos uma vez.

O estudo mostrou que a estrutura das representações das mulheres a respeito do suicídio está sustentada pelos elementos do núcleo central, que qualificam o suicídio: depressão e morte, e pelos elementos do sistema periférico, que se organizam em torno do núcleo central: desamor, doença, impotência, libertação, mudança e rejeição. A análise destas representações baseou-se nas entrevistas qualitativas, que categorizaram os temas relações familiares, relação conjugal, adoecimento e atendimento no serviço de saúde.

As histórias de rejeição, negligência, violência física e sexual vivenciadas durante a infância, bem como os conflitos conjugais vivenciados na vida adulta permitem evidenciar o adoecimento físico e mental dessas mulheres, estado que culmina nas tentativas de suicídio. É de se considerar, portanto, a associação entre a vivência de violência doméstica e a tentativa de suicídio.

O atendimento no serviço de saúde, inicialmente identificado como o pronto-socorro, mostra o despreparo e a postura discriminatória do profissional de saúde em relação às mulheres que tentaram suicídio, o que lhes agrava o sofrimento psíquico. Já o atendimento psicoterápico traz, a partir do entendimento do quadro depressivo, um olhar diferenciado para as mulheres que vivenciaram violência e tentaram suicídio, favorecendo o enfrentamento da depressão por parte dessas mulheres, que passam, assim, a enxergar outras saídas para os problemas da vida.

O estudo aponta para a necessidade de uma melhor compreensão acerca dos fenômenos da violência doméstica, da tentativa de suicídio e do suicídio, no sentido de lançar desafios para um atendimento de saúde pautado no cuidado ao outro em suas dimensões físicas, biológicas e psicossociais.

Donde se conclui que para o reconhecimento do indivíduo enquanto sujeito faz-se necessário compreender e valorizar aspectos que vão além do tecnicismo, exercitando constantemente a intersubjetividade proposta por Ayres (2001), que nos desafia a substituir termos limitados e limitantes como tratar, curar e controlar, comumente utilizados em nossas práticas de saúde, pelo processo de cuidar.

Nesta perspectiva, a enfermagem ocupa posição privilegiada no sentido de favorecer um processo de cuidar, com base na relação sujeito-sujeito, que contemple a singularidade da mulher no contexto da vivência de violência e tentativa de suicídio. É preciso que as instituições de ensino favoreçam espaços para a percepção das subjetividades no cotidiano das práticas de saúde.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, Antonia Silva Paredes; OLIVEIRA, D. C. (Org.). **Estudos Interdisciplinares de representação social**. 2. ed. Goiânia: AB, 2000. p. 27-38.

_____. A abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes. In: CAMPOS, P. H. F.; LOUREIRO, M. C. S. (Org.). **Representações sociais e práticas educativas**. Goiânia: Ed. da UCG, 2003.

_____. Abordagem estrutural das representações sociais. Tradução de Pedro Humberto Farias Campos. **European Journal of Social Psychology**, Paris, p. 311-326, 1971.

_____. 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. In: GUIMELLI, C. H. **Structures et transformations des représentations sociales**. Lausanne: Delachaux et Niestlé, 1994. p. 73-84.

ADEODATO, V. G. 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, 2005.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 1, v. 6, p. 63-72, 2001.

BAPTISTA, M. N. Sintomatologia, diagnóstico e características da depressão em adolescentes. In: BAPTISTA, M. N.; ASSUMPÇÃO, J. R. **Depressão na adolescência: uma visão multifatorial**. São Paulo: E. P. U, 1999. p. 79-80.

BAPTISTA, M. N. **Suicídio e depressão (atualizações)**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004. 224p.

BOTEGA, N. J. **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2006.

BOTEGA et al. Tentativa de suicídio e adesão em hospital geral. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 44, n. 1, p. 19-25, 1995.

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

BRASIL. Estatuto da criança e do Adolescente. **Estatuto da Criança e do Adolescente**: um guia para jornalistas. Belo Horizonte: Rede Andi Brasil, 2009. 137 p.

BRASIL. **Lei n. 11.340**, de 7 de agosto de 2006. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/Ato2004-2006/Lei/L11340.htm>>. Acesso em: 15 abr. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar**: orientações para prática em serviço / Secretaria de Políticas de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 96 p.: il. – (Série Cadernos de Atenção Básica; n. 8) – (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 131).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Temático de Prevenção de Violência e Cultura de Paz III**. – Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2008. 60p.: il. (Painel Indicadores do SUS, 5).

CASSORLA, R. M. S. **Do suicídio**: estudos brasileiros. 2. ed. Campinas: Papirus, 1998.

_____. **O que é suicídio**. 5. ed. São Paulo: Brasiliense, 2005. 119 p.

CONTRERAS, P. M. de M. **La violencia contra la mujer**: un acercamiento al problema. Boletín Mexicano de Derecho Comparado. 2004. Disponível em: <www.juridicas.unam.mx/publica/ver/boletin/cont/103/art/art7.htm> Acesso em: 10 jan. 2006.

COUTINHO, M. L. R. Transmissão geracional e família na contemporaneidade. In: BARROS, M. L. (Org). **Família e gerações**. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2006.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S. et al. **Pesquisa social**: teoria, métodos e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2000.

CUNHA, T. R. A. **O preço do silêncio**: mulheres ricas também sofrem violência. Vitória da Conquista: Edições UESB, 2007.

DESLANDES, S. F; ASSIS, S. G; SANTOS, N. C. Violência envolvendo crianças no Brasil, um plural estruturado e estruturante. In: SOUZA, E. R; MINAYO, M. C. S. (Org) **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

D'INCÃO, M. A. Mulher e família burguesa. In: DEL PRIORE, M. (Org.). **História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto; Unesp, 2001. p. 223-240.

DINIZ, N. M. F. et al. Mulher, saúde e violência: o espaço público e o privado. **O mundo da saúde**. São Paulo, v. 23, n. 2, p. 106-112, mar./abr. 1999.

DINIZ, N. M. F. et al. Saúde da mulher: violência intrafamiliar e suas repercussões no autocuidado. **Texto e Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 8, p. 436-443, maio/ago. 1999.

DURKHEIM, E. **O suicídio**. Trad. Alex Marins. São Paulo: Martin Claret, 2005.

GASPARI, V. P. P; BOTEGA, J. N. **Rede de apoio social e tentativa de suicídio**. 2002. 129f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas. Disponível em: <www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?view=vtls000265425>. Acesso em: 20 mar. 2011.

GIFFIN, K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 1, p. 146-155, 1994.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GUIMARÃES, M. F. **Trajetória dos feminismos**: introdução a abordagem de gênero. Marcadas a Ferro. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005. 260 p.

HEISE, L et al. **Violencia contra la mujer**: la carga oculta sobre la salud. Organización Panamericana da La Salud. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Washington, D. C., 1994.

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

_____. **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EDURJ, 2001. 420 p.

KURGANT, D; WANG, Y. P. Aspectos históricos do suicídio no ocidente. In: MELEIRO, A. M. A. S; TENG, C. T; WANG, Y. P. **Suicídio**: estudos fundamentais. São Paulo: Segmento Farma, 2004.

LOPES, H. F. Medicina, educação e gênero: as diferenciações sexuais do suicídio nos discursos médicos do século XIX. **Educar em Revista**, Curitiba, n. 29, p. 241-257, 2007. Disponível em: <calvados.C3Sl.ufpr.br/ojs2/index.php/educar/article/viewFile/8679/6038>. Acesso em: 12 dez. 2007.

MACEDO, M. M. K; WERLANG, B. S. G. Trauma, dor e ato: o olhar da psicanálise sobre uma tentativa de suicídio. **Agora**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 86-106, jan./jun. 2007.

MACHIN, R. Nem doente, nem vítima: o atendimento às “lesões autoprovocadas” nas emergências. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 5, p. 1741-1750, 2009.

MARCONDES FILHO, W. et al. Tentativas de suicídio por substâncias químicas na adolescência e juventude. **Adolesc. Latinoam.**, Porto Alegre, v. 3, n. 2, nov. 2002.

MÁRIN-LEÓN, L; BARROS, M. B. A. Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 357-63, jun. 2003.

MARTINS, E. H. C. et al. Intoxicações por aldicarb no estado da Bahia, Brasil. **Revista Bahiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 21, supl. 9, p. 77-88, jan./jun. 2005.

MASCARENHAS, M. D. M. et al. Violência contra a criança: revelando o perfil dos atendimentos em serviços de emergência, Brasil, 2006 e 2007. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 347-357, fev. 2010.

MELEIRO, A. M. A. S; BAHLS, Saint-Clair. O comportamento Suicida. In: MELEIRO, A. M. A. S; TENG, C. T; WANG, Y. P. (Org.). **Suicídio: estudos fundamentais**. São Paulo: Segmento Farma, 2004.

MELO, M. **Violência psicológica contra a mulher**. São Paulo, [s.d.], 2001. Disponível em: <www.ibap.org/plp/artmm010.htm>. Acesso em: 20 dez. 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2004. 255 p.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000. 269 p.

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

MOSCOVISCI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

_____. **Psicologie sociale**. Paris: PUF, 1976.

_____. **Sobre representações sociais**. Núcleo de Psicologia Social, Departamento de Psicologia, UFSC, 1981.

NICHOLSON, L. Interpretando o gênero. **Revista Estudos Feministas**, v. 8, n. 2, p. 9-41, 2000.

OLIVEIRA, C. F; BOTEGA, N. J. **Prevenção do suicídio**. Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio, 2006.

OLIVEIRA, C. C. et al. A dor e o controle do sofrimento (II). **Revista de psicofisiologia**. 2005. Disponível em:
<http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver_artigo_licenciatura.php?codigo=TL0021&area=d2>. Acesso em: 20 out. 2010.

OLIVEIRA, D. C. et al. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: PAREDES, A. S. **Metodologia de estudo das representações sociais**. Editora UFPB: Portugal, João Pessoa e Lisboa, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Brasília, 2002.

_____. **Relatório sobre Saúde no Mundo: saúde mental – nova concepção, nova esperança**. Genebra, 2001.

ORTNER, S. Está a mulher para o homem assim como a natureza para a cultura? In: ROSALDO, M. Z; LAMPHIRE, L. (Org.) **A mulher, a cultura, a sociedade, a paz e terra**. Rio de Janeiro, 1979.

OSÓRIO, B. A. et al. **O que é violência contra a mulher**. 2001. Disponível em:
<<http://www.ibam.org.br/viamulher/inf9.htm>>. Acesso em: 30 mar. 2008.

PFEIFER, L.; SALVAGNI, E. P. Visão atual do abuso sexual na infância e na adolescência. **Jornal de Pediatria – Sociedade Brasileira de Pediatria**, v. 81, n. 5 (supl.), 2005.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PRIETO, D; TAVARES, M. Fatores de risco para suicídio: incidência, eventos estressores e transtornos mentais. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 2, p. 146-54, 2005.

PRIETO, D. Y. C. **Indicadores de proteção e de risco para suicídio por meio de escalas de auto-relato**. Tese (Doutorado) – Universidade de Brasília. Instituto de Psicologia. 2007.

RECHTMAN, M; PHEBO, L. **Violência contra a mulher. Pequena história de subordinação da mulher**: as raízes da violência de gênero, 1999. Disponível em: <www.isis.cl/Feminicidio/doc/doc/violencia_mulher>. Acesso em: 10 ago. 2008.

RIBEIRO, M. A. Separação conjugal: o que os filhos acham e como se sentem?. **Estudos de Psicologia**, n. 2, p. 25-40, ago./dez. 1989.

RIGO, S. Suicídio. In: Seminário Estadual sobre Violência e Saúde, 2., oficina 3, 2009, Salvador. **Anais...** Salvador: SESAB, 2009. Disponível em: <[www.saude.ba.gov.br/... / OFICINA % 203% 20% 20 II % 20 SEM% 20 EST% 20 VIOL% 20% SAUDE% 20 REDUCAO% 20](http://www.saude.ba.gov.br/.../OFICINA%203%20II%20SEM%20EST%20VIOL%20SAUDE%20REDUCAO%20)>. Acesso em: 6 nov. 2009.

RODRIGUES, A. D. **Violência conjugal**: vivência de traumas em mulheres queimadas. 2006. 149f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Salvador 2006.

SÁ, C. P. **Núcleo central das representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1996.

SAFFIOTI, H. I. B. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 16, 2001. p. 115-136.

SANTANA, L. **Os sentidos do suicídio por fogo**: um estudo com mulheres através do método de Rorschach. 2010. 78f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica de Brasília, BR 2010.

SCOTT, J. **Gênero**: uma categoria útil de análise histórica. Tradução: Christine Rufino Dabat e Maria Betânia Ávila. Recife: SOS Corpo, 1989.

SILVA, V. P; BOEMER, M. R. O suicídio em seu mostrar-se a profissionais de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 6, n. 2, p. 143-152, 2004.

SOARES, B. M. **Mulheres invisíveis**: violência conjugal e novas Políticas de segurança. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999. 320 p.

SOARES, M. B. **Enfrentando a violência contra a mulher**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005. 64 p.

SOUZA, I. E. O; MONTEIRO, C. F. S. Vivência de violência conjugal: fatos do cotidiano. **Texto e Contexto** - Enfermagem, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 26- 31, 2007.

TOLOI, M. D. C. **Sob fogo cruzado**: conflitos conjugais na perspectiva de crianças e adolescentes. São Paulo: Ágora, 2010.

TURECKI, G. 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.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987. 107 p.

VANSAN, G. A. Aspectos epidemiológicos comparativos entre tentativas de suicídio e suicídios no município de Ribeirão Preto. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, São Paulo. v. 48, n. 5, p. 209-15, 1999.

VERGES, P. Approche du noyau central: propriétés quantitatives et structurales. In: Guimelli, C, organisateur. **Structures et transformation des représentations sociales**. Paris: Delachaux et Niestlé, 1994. p. 233-253.

WANG, Y. P. ; RAMADAM, Z. B. A. Aspectos psicológicos do suicídio. In: MELEIRO, A. M. A. S; TENG, C. T; WANG, Y. P. (Org). **Suicídio**: estudos fundamentais. São Paulo: Segmento Farma, 2004.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Título do projeto: Vivência de violência doméstica em mulheres que tentaram suicídio.

A Sr^a está sendo convidada a participar de uma pesquisa que tem como objeto de estudo as representações sociais do suicídio por mulheres com história de violência doméstica e como objetivo analisar a representação do suicídio por mulheres com história de violência doméstica e tentativa de suicídio. Trata-se de um projeto de pesquisa desenvolvido por mim, **Cíntia Mesquita Correia**, como atividade do Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal da Bahia, sob a orientação da Prof^a Dr^a Normélia Maria Freire Diniz.

A Sr^a não é obrigada a participar da pesquisa e a sua recusa não mudará a boa relação que tem no seu atendimento. É muito importante que a Sr^a entenda que a sua assistência de saúde continuará a mesma, com todos os seus direitos garantidos. Caso a Sr^a aceite participar, vai responder a uma série de perguntas, mas não se preocupe, pois a sua pessoa não será identificada; as respostas serão confidenciais e outros nomes vão ser usados. Antes de decidir, faça as perguntas que desejar, de maneira mais franca possível, que estarei pronta a lhe esclarecer.

Farei as perguntas em um local reservado, onde a Sr^a possa falar livremente sobre a sua experiência, respeitando o tempo que tiver disponível e com a sua autorização por escrito. Aceitando participar da entrevista, a Sr^a poderá ver o que for anotado de suas respostas, retirando ou acrescentando as informações que desejar. O material organizado será guardado por mim, durante 5 (cinco) anos, e após esse período, será destruído.

Ao participar da pesquisa, a Sr^a não terá nenhum tipo de despesa, bem como nada será pago por sua participação. Também não haverá nenhum benefício direto. Entretanto, espero que este estudo possibilite entender melhor o problema da violência doméstica e do suicídio, ajudando a todas as pessoas que vivem ou viveram essas questões e que continuam sendo atendidas nos serviços de saúde. Os resultados deste estudo serão publicados nos trabalhos da

Universidade, em revistas de saúde e serão divulgados em instituições que atendem mulheres vítimas de violência, serviços e centros que trabalhem com os casos de tentativas de suicídio.

Todas essas questões que foram faladas 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 instituição a mim vinculada (71) 3263-7600, pelo meu número pessoal (71) 8712-3214 ou internet: cintia.mes@hotmail.com.

Após estes esclarecimentos, solicito o seu consentimento de forma livre para participar da pesquisa.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura da entrevistada

Cíntia Mesquita Correia

APÊNDICE B – TALP

Nº:_____.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM****VIVÊNCIA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM MULHERES QUE
TENTARAM SUICÍDIO**

Entrevistadora: _____ Data: ____/____/____

Nome:_____.

Endereço: _____.

1. ESTÍMULO INDUTOR

Que palavras vêm na sua cabeça quando digo “SUICÍDIO”?

Diga-me 5 palavras.

- 1ª _____
- 2ª _____
- 3ª _____
- 4ª _____
- 5ª _____

Dessas palavras que você me disse, coloque na ordem da mais importante para a menos importante para você (escrever na ordem que ela disser)

- 1ª _____
- 2ª _____
- 3ª _____
- 4ª _____
- 5ª _____

Agora me diga por que você escolheu essas 2 (duas) primeiras palavras? Justifique.

APÊNDICE C – FORMULÁRIO ESTRUTURADO

Nº:_____.



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

**VIVÊNCIA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM MULHERES QUE
 TENTARAM SUICÍDIO**

Entrevistadora: _____ Data: ____/____/____

Nome:_____.

Endereço: _____.

Idade:_____

Cor ou raça: () preta () branca () amarela () parda () indígena

Grau de escolaridade:

- | | | |
|--|--------------------------------------|---------------------|
| () nunca estudou | () alfabetizada | () antigo primário |
| () fundamental ou 1º grau incompleto | () fundamental ou 1º grau completo | |
| () ensino médio ou 2º grau incompleto | () ensino médio ou 2º grau completo | |
| () superior incompleto | () superior completo | |

Situação Conjugal: () casada () solteira () união consensual
 () viúva () divorciada () desquitada ou separada

Trabalho

Trabalha fora de casa? () sim () não

O que faz?_____

Onde? _____

Trabalha em casa com remuneração? () sim () não

O que faz? _____

Condição financeira

Vive às próprias custas, sem depender de ninguém? () sim () não

Se não: () parcialmente dependente () totalmente dependente

Quem ajuda você financeiramente? () marido/companheiro () pai /mãe () parentes

() amigos () outros _____.

Como é essa ajuda? _____.

Vivência de violência doméstica

() sim () não

Autor: _____

() moral () patrimonial () psicológica () sexual () física

Como caracteriza? _____.

Vivência de violência na relação conjugal

() sim () não

() moral () patrimonial () psicológica () sexual () física

Como caracteriza? _____.

APÊNDICE D – ENTREVISTA COM QUESTÃO NORTEADORA
Nº:_____.



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

VIVÊNCIA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM MULHERES QUE TENTARAM
SUICÍDIO

Entrevistadora: _____ **Data:** ____/____/____

Nome:_____.

Endereço: _____.

1. Você falou que sofreu ou sofre violência doméstica, sendo assim fale sobre essa vivência e a relação com sua saúde.

APÊNDICE E – ENTREVISTAS

ENTREVISTA 1 – ACÁCIA

A rejeição e o abandono estão ligados inteiramente aos meus pais. Meus pais se separaram a primeira vez quando tinha 8 anos e ficaram 2 meses separados. Meu pai não queria se separar e a minha mãe queria. Eu fiquei mal e já dizia que ia me matar! A minha mãe falava, então se mate! Era uma relação complicada. Eu era o elo entre os dois e o meu pai me usava (já que não queria se separar). Acho que por isso, tenho também uma relação complicada com os homens. A 2ª separação de meus pais foi quando tinha 14 anos.

Minha 1ª relação foi aos 15 anos, foi mais por curiosidade; ele tinha 21 anos. Eu me sentia rejeitada, era só sexo. Ele não me levava para lugares públicos, tinha outra namorada. Ela e o pai dela davam a ele muita coisa que ele gostava, ela era rica, levava ele para passear de iate. Ele gostava de dinheiro, poder... e ela dava tudo isso. Ele até me pediu para não ir à formatura dele!

Quando comecei a namorar com outro, no meu 2º relacionamento, eu também sabia que ele tinha outra namoradinha. Eu avisava a ele para usar camisinha, se me traísse. Uma vez, saímos e encontramos com a namoradinha dele lá no iate. Ela abraçava ele, eu procurava me sentir forte... Me sentir não rejeitada... Mas, ele dizia que gostava de mim! Eu até tive síndrome do pânico, tinha medo de tudo e pensava que eles se encontravam. Houve uma época que eles viajaram, ele foi para Barcelona e ela para Londres e eu fiquei sabendo. Algumas pessoas me diziam que eles iriam se encontrar e, de certa forma, acho que quando ele voltou de viagem voltou meio estranho. Eu tava vivendo um momento difícil, minha vó tava morrendo. A nossa relação assim... A mãe dele era complicada, se intrometia... Tinha complexo de Édipo.

Foi quando comecei a tomar remédios para depressão e perdi minha libido. Ele não gostou... Ele era muito sexual. Eu tomava cloridrato de sertralina. Às vezes, eu dormia... Ele queria... Ele não entendeu isso... Aí eu comecei a ter ciúmes, por que pensei que ele ia procurar outra mulher! Além disso, tinha a história do tio dele (do meu namorado). O tio dele era casado e tinha uma amante há quase o mesmo tempo que tinha de casamento. Tinha mais de 20 anos de casado e esse tempo também com a amante. Eu sabia de tudo isso e achava um absurdo! Eu achava que ele (namorado) também tinha me traído mil vezes! Eu dizia a ele que se ele fosse igual ao tio que me avisasse, pois não queria isso para mim! Acho que ele vivia na superficialidade! Eu me sentia rejeitada, senti frieza e aconteceu tudo isso... (referindo-se à tentativa de suicídio).

Um dia, cheguei na casa dele e vi a mesa arrumada para duas pessoas. Perguntei à empregada e ela disse que ele viria com o irmão, então liguei para ele e disse que ele não levasse lá outra mulher, porque eu estava lá e não iria sair enquanto não conversasse com ele. Ele tentou me dizer que não tinha outra mulher e que seria o irmão dele e subiu só, então eu fui até a garagem e vi outra mulher no carro dele, aguardando ele... Aí eu disse a ela que podia subir! E ela me falou que sabia que podia subir! Eu disse um bocado de coisa pra ela! Fiz um escândalo! Foi aí a 1ª tentativa (tentativa de suicídio). Eu subi, peguei uma jarra e tomei vários ansiolíticos que encontrei na gaveta dele (ele já usava esses remédios). Ele ficou batendo na porta dizendo: - Eu vou arrombar; - eu vou arrombar! Quando eu achava que dava pra morrer, abri a porta. Fui rejeitada de novo! As pessoas olhavam pra mim e me rejeitavam!

Não fiz isso para chamar atenção! Pedi perdão a Deus, mas meu sofrimento era tão grande! Ele não queria voltar pra mim e eu vi os pratos na casa dele... Foi mais uma rejeição! Tínhamos tido relação sexual antes disso, pensei que iríamos voltar, mas no outro dia, ele me disse que tinha outra pessoa... Foi mais uma rejeição! Me senti usada mais uma vez! A médica

que me socorreu me disse: - Você tá fazendo isso por homem?! Eu disse: - Não foi por homem! Foi por uma soma de coisas na minha vida!

Eu fazia muitas compras, viajava muito... Foi depois dele (o namorado da 1ª tentativa de suicídio). Foi uma saída! Meu buraco emocional era tão grande que queria suprir com bens materiais! Fiz tantas dívidas que tive que vender meu carro para pagar dívidas. Meu pai me deixou sem o dinheiro para pegar ônibus. Ele fez de propósito! Ele disse que eu tinha que aprender! Caminhei muito após sair da faculdade... Tomei vários comprimidos de novo, mas depois me arrependi e deu tempo de ligar para uma amiga.

Eu tinha brigado muito com minha mãe e tomei vários remédios... Eu queria era dormir por uns dois dias... Foi a única vez que meu pai foi me ver no hospital, ele nunca tinha ido me ver no hospital... Acho que tudo que aconteceu na minha vida justifica completamente a tentativa de suicídio. O meu fracasso como mulher! Percebi que o sexo só não é tudo! Eu tentei com ele (o 2º namorado) formar uma família que eu não tive, queria ser amada... Era amor, era afeto... Não deu certo! Mais uma vez, minha família foi por águas abaixo de novo! O meu amor não era suficiente! Ele depois se casou, nem chegou há um ano de separado de mim! Hoje ele tem um filho e me liga, querendo ficar comigo (quer fazer igual ao tio). Ele não consegue, ele vive na superficialidade! Eu sou profunda, intensa, tenho alma melancólica, gosto de trabalhos manuais, mas gosto de viver... Quando minha possibilidade de aprofundamento com as pessoas é remota, me sinto triste, só... Geralmente as pessoas vivem na superficialidade, e isso me incomoda muito...

Com a terapia eu tô tentando me encontrar! Tô buscando a mulher, que tem responsabilidades, fracassos, medos, conflitos ... Procurei apagar muita coisa de minha vida! Me senti muito usada!

ENTREVISTA 2 – AZALÉIA

A violência era com palavras... Palavras que magoam... A violência era verbal! Lembro que numa de nossas últimas brigas dentro do carro, ele olhava pra mim e dizia que me odiava, que tinha nojo de mim, que ele se deitava comigo porque eu procurava ele, sabe?! Existia muito descaso da parte dele em relação ao lazer comigo e com as crianças, existia muito isso! Eu costumava dizer que ele só se preocupava com a lavagem (comida). Era assim: 300, 00 r\$. Ele não queria saber! Eu fazia tudo... Pagar conta de água, da luz, conta da casa, comprar roupa das crianças... Aqueles 300,00 r\$ era como se ele já tivesse fazendo a parte dele. E na cama, quando eu o procurava... Se ele não tivesse a fim era muito ruim... Ele me dizia coisas horríveis! Mas, eu sempre tinha que tá à disposição dele! Às vezes, eu muito cansada, ia dormir; ele sabe que odeio ser acordada. Mas, ele me acordava e dizia: você vai me deixar na mão? Não vai fazer ousadia comigo? É sério?! Então, às vezes, pra me livrar daquela situação, pra ele dormir... Eu cedia! Uma vez, eu disse: você quer uma mulher?! Eu fiquei estática na cama e abri as pernas... Ele foi lá, fez o que tinha que fazer, levantou satisfeito, tomou banho... Eu... Nem coragem pra tomar banho tive... Me virei, me enrolei, nem calcinha coloquei! No outro dia, quando levantei pra tomar banho, passava a esponja no meu corpo, esfregava, esfregava, de nojo... Quanto mais esfregava mais tinha nojo, porque eu pensava: poxa, é meu marido, meu marido e ele tá fazendo isso!

Em relação à minha família, teve uma hora que eu disse, durante uma discussão recente: mãe, acabou! O tempo de drama acabou; agora é só comédia! Eu não quis ofendê-la, eu quis dizer a ela que era tempo de rir, terminar com aquele atrito que tava havendo entre eu e ela naquele momento! Aí ela se enfureceu e disse que não tinha mais um dia que tinha paz naquela casa! Eu cheguei e disse: e antes tinha paz, não é?! A casa tá amaldiçoada e a culpa é minha! Tá tudo bem mãe! Eu falava tudo isso com dor no coração! Eu disse a minha mãe que

prometia que isso tudo vai passar! Creio que isso vai passar! O que existe entre eu e mãe é um sentimento bilateral de amor e ódio. Quando a gente tá longe, a gente sente a maior falta e quando a gente tá perto não consegue conversar. Já não existia o carinho, o abraçar, aquela sintonia que a gente vê em novela, mas não era assim, isso piorou depois da depressão. Depois que saí de casa, na verdade, isso piorou muito!

Quando brigava com meu irmão, pois não me dava bem com ele, a gente rolava no chão, tinha uns 14 anos e tá bem memorizado na minha cabeça, a minha mãe dizer que o maior desgosto da vida dela era ter filhos como nós!

Eu me lembro quando ela tava conversando, se a gente tivesse dor de barriga, tinha que esperar... Ela foi criada assim e criou nós assim! A única que conseguiu sair dessa situação foi minha irmã caçula, porque aos 3 anos foi morar com minha avó. Cada um foi morar com um parente, por um ano. Foi uma época difícil! Meu pai era vivo, mas eles se separaram e ele perdeu tudo! Um neto e um filho, do 1º casamento, deram um golpe nele!

Nascemos em berço de ouro, então foi muito complicado essa parte de adaptação financeira. Eu lavava os carros dos funcionários e clientes do trabalho de minha mãe e levava bolo pra escola e vendia. Eu sempre me virei e de repente me tornei uma pessoa frágil, com medo da vida. Meu pai é meu ídolo! Meu pai era meu tudo! Meu porto seguro! Com meu pai tinha carinho. Meu pai com 80 anos ainda me botava no colo, ainda me carregava pra fazenda no colo. Meu pai tinha 73 anos e mãe 18 quando eles se casaram. O casamento dela foi uma fuga, porque ela não queria mais passar necessidade, não queria mais passar fome! Em relação à violência e a tentativa de suicídio, com certeza há uma ligação, porque, na verdade você vem trazendo as coisas... Tem certas virtudes de minha mãe que eu trago pra meus filhos com muito orgulho, como a dignidade... Uma coisa vai atrelando à outra coisa. Minha mãe não conseguia ser amorosa comigo e eu não conseguia abraçá-la.

Tem alguns estudos que dizem isso, né?! Se você é uma criança muito maltratada, muito recalcada, a tendência é ser um adulto assim também! Eu ouvia muito a minha mãe dizer que se eu não tava satisfeita com a vida que ela tava dando, então arrumasse as minhas coisas e fosse morar com meu pai. É... Eu acredito que tenha haver com a mente! Eu cresci ouvindo isso. Digamos que a violência com minha mãe tenha 30% de contribuição e o casamento de 50 a 80%. Eu cometi um erro muito grave quando casei. Eu cometi um erro muito grave! Eu esqueci de mim, eu vivia pra ele! Eu não era aquela esposa sufocante, mas era zelosa. Não tinha prazer maior pra mim do que sentar e comer com minha família! Talvez pelo fato de eu não ter vivido isso! Eu sou muito família! Eu amava tá com minha família. Eu trabalhava a semana toda ansiando o sábado e o domingo. A partir do momento que começou a escassez dele... Ele começou a não mais tá presente no nosso cotidiano ... Eu buscava dele e nunca tinha uma resposta. Eu comecei a pensar: onde errei?! Muitas vezes, ele me fez pensar que o erro era meu; ele dizia que o problema era meu, que as outras mulheres que ele teve não tinham dificuldade de chegar no orgasmo! Então, o meu amor por ele era tão doentio que pra mim passou a bastar o prazer dele, o fato dele tá bem, tá descansado, tá tomado banho, tá perto... Ele ia pro banho, eu cuidava da roupa dele; enquanto ele se vestia, eu cortava as frutas pro café que ele gostava e depois é que eu ia cuidar de mim.

Primeiro entrei em depressão, depois veio a tentativa de suicídio. Foi por descobrir as traições... Tudo começou com 6 anos de casamento. Lembro que em 12 de dezembro era aniversário de namoro e mandei uma cesta erótica e ele simplesmente não foi para casa. Ele voltou depois de 3 dias; chegou só com a camisola e a calcinha da cesta. Eu fui pro quarto e ele tava deitado com a camisola aberta em cima dele. Ele foi tomar banho e um diabinho me falou pra pegar a carteira dele. Eu peguei a carteira e ainda hoje fecho os olhos e vejo a letra dele e a dela: ele – ainda te vejo hoje?; ela – não sei. Vou pra casa, me ligue. Eu tirei o véu do rosto! Eu me joguei no chão do banheiro e olhava pro pano de chão (velho por sinal) e me sentia pior do que ele. Aí me veio tudo, tudo, tudo, tudo na cabeça... Tudo que eu fiz, todos os

sacrifícios, tudo que fiz pra alegrá-lo! Ele não precisava saber se tava sem cueca ou sem meia, porque eu sempre tava atenta... Não conseguia parar de chorar, de 10 horas da noite até 5 horas da manhã! Eu segui-lo até o dia em que eu vi eles num bar; entrei, sentei, cumprimentei... Eu disse: não se preocupe, eu não vou fazer barraco porque eu e você somos vítimas desse canalha! Me levantei e joguei o copo de cerveja na cabeça dele e saí.

Eu tinha amor, muito amor! A ponto de não poder respirar... Eu deixei a minha faculdade pra custear a dele, porque não podia pagar as duas e ele como homem ganha mais, né?!

Quando tentei (tentativa de suicídio) e me levaram pra emergência, foi horrível! Me senti pior do que bicho! Olham pra gente de uma forma horrorosa, é como se você fosse uma criminoso! Se dependesse desse atendimento pra eu me recuperar, com certeza eu tentaria de novo! E pessoas que dizem que estão ali pra salvar você! Acho importante mesmo esse trabalho (a pesquisa) pra que essas pessoas entendam que existe motivo pra tentar suicídio e já se sofre muito por isso.

ENTREVISTA 3 – CAMÉLIA

A 1ª sensação quando a gente sofre violência é de uma frustração, falta de importância. A gente se sente um lixo! As pessoas usam e abusam da gente! A forma como eles fazem é tão agressiva que eles botam a culpa na gente mesmo! A gente é que não presta! E aí... Continua a violência... A pessoa que é violentada parece que não é vítima! Eles fazem de uma forma que a gente tem vergonha de dizer, de denunciar...

Marido parece que é dono do corpo da gente, ele dizia que podia!

Quando tudo começou a mexer na minha cabeça eu não tinha a quem recorrer... As pessoas dizem que a mulher é que tem que servir ao marido! Ele dizia: tomei sua casa porque você não quis viver comigo! Somos mulheres recriminadas pela sociedade e pelo marido!

Um dia, ele foi trabalhar... Eu ficava tão angustiada porque queria me livrar daquele homem... Chegava de noite, eu queria que chegasse de dia; chegava de dia, eu queria que chegasse de noite... Ele saiu pra trabalhar, já tinha me dito um monte de coisa: que eu era louca... Eu tomei vários rivotril, quando ele saiu pra trabalhar.

Eu lembro do homem da vitalmed falando muito longe: ela tá entrando em coma...

Quando chegou no hospital foi muito ruim... Me trataram mal... Colocaram um tubo em mim... E a enfermeira disse que da próxima vez eu tomasse chumbinho que ia conseguir...

Eu tinha 18 anos, quando conheci ele (o marido). Eu sempre busquei fazer tudo pra minha mãe me enxergar... Me envolvi com ele e minha família gostou, porque ele era branco, olhos verdes... Fomos morar juntos, eu nunca quis casar com ele! Depois de 1 ano engravidei e aí começou o inferno! Ele me rejeitou, queria que eu abortasse, não ficava comigo, não saía comigo. Só com 8 meses foi que ele vendo que não tinha jeito, teve que aceitar. Eu fui pra maternidade sem nada, meu filho não tinha nada, quem deu foram minha irmãs... Eu tive uma gravidez complicada, tive eclâmpsia, fiquei na UTI... E ele disse que sabia que eu não ia morrer, que eu tinha que passar por aquilo!

Eu não queria mais morar com ele, mas minha família interferiu... Ele começou também a me ameaçar, dizendo que se não voltasse, ia tomar o menino. Ele começou a me humilhar em tempo integral! Ele dizia que eu era tão ruim que nem minha família me queria! Eu fazia o arroz e ele dizia que não prestava, que nem isso eu sabia fazer. Eu pensei em trabalhar de noite e ele me disse que puta é quem trabalha de noite!

A depressão veio com ele. As outras coisas eu conseguia conviver. Quando me senti lesada por ele de uma forma tão cruel, eu já tinha depressão. A depressão não era tão forte, às

vezes, me pegava chorando, me sentia diferente dos outros, inferior. Essa angústia dele me fez reviver... Ele só reafirmou o que achava de mim. Aí piorou...

Ele não me dava nada! A comida, eu tinha que comer a que ele queria. A gente ia pro mercado e eu não tinha direito de escolher nada! Eu pensei: então é verdade! Eu sou um lixo! Sou pior do que bicho, não tenho direito a nada!

Quando ele viajava, eu perguntava: você vai viajar, vai ficar todos esses dias fora?! Ele perguntava o que é que eu queria, porque já tinha feito mercado pro mês! Quer dizer, além de casa e comida, eu não tinha mais nada; só porque ele trabalhava e eu não?! Eu não tinha vida social, não ia à praia, barzinho, cinema ... Eu não tinha amigo, vivia somente em função da casa...

Comecei a trabalhar quando meu filho fez 4 anos e vivia em função da casa e do trabalho. Aí eu tinha que dá conta de tudo (creche, supermercado, casa). Ele não me ajudava em nada, dizia que eu tinha que dá conta. Às vezes, quando a gente tinha uma noite que eu achava maravilhosa, ele virava e dormia... No outro dia, quando eu acordava e via que ele ia sair, eu tentava conversar e dizer que foi bom e ele dizia que era tudo normal, era tudo que tinha que fazer... Outras vezes, eu queria fazer diferente na relação sexual e ele dizia que era discaramento! E onde eu tava aprendendo?!

Desde o início descobri traição, eu tava grávida e ele já tava com outra. Mas depois de tudo, eu descobri com uma menina de 17 anos. A gente discutiu, eu saí de casa, tava sentindo vontade de sumir. A gente não diz morrer porque choca até a gente mesmo! Quando alguém diz que quer sumir, pode ter certeza que quer morrer! Uma amiga me levou pra consulta e tive diagnóstico de depressão. Foi o primeiro contato com a palavra depressão, porque eu nunca tinha ouvido falar! Ele me trocou! A gente já tá velha, né?! Mais uma traição... E essa foi a que mais machucou!

A tentativa de suicídio foi logo no início dos remédios. Depois que eu soube, a gente discutia o tempo todo. Eu queria largar dele, mas também queria cuidar do meu filho. Pensei: eu morrendo acaba aqui, não escuto ele falar mais nada e ele não vai deixar meu filho...

A frustração de quem tenta e volta é pior. Eu penso: nem pra isso eu presto! Eu tive raiva da Vitalmed! É uma frustração nem conseguir tirar a própria vida! Já não consegue fazer nada contra o outro... E nem contra a gente... É uma frustração total!

Na 2ª tentativa, eu pensei que ia ser diferente! Ia ser mais forte! Vai dá certo! Eu vivia em prol disso! E lembrava da mulher (a enfermeira) falando: da próxima você tenta com chumbinho! Eu procurei tanto por chumbinho, mas não encontrava! Pensava, que se ela disse, então matava mesmo!

A gente discutiu na sexta à noite e no sábado de manhã eu tentei. Ele tinha viajado pra encontrar a menina. Ele chegou no domingo. Eu já tava em casa, tive alta, porque o médico disse que eu tava bem! Ele chegou de noite e já tava sabendo. Ele só me perguntou porque eu fiz isso, que era pra gente tentar a vida a dois. Falei que tinha muita mágoa, que não queria mais nada, mas... Resolvi tentar!

Ele começou a agir diferente, pensar mais em mim. Aí eu comecei a agir como ele não queria... Eu não queria mais aquela casa, não queria mais aquela vida. Ele continuou com a menina. Cheguei um dia e a mala já tava arrumada. Foi no São João! Ele foi embora. Com 1 mês ele quis voltar pra mim, mas eu tinha sentido uma liberdade tão grande... Pra mim foi o céu... Mas, eu não sabia que começava outra tragédia! Ele começou a me ameaçar de morte, dizia que tava com um outro! Ele depois começou a ficar bonzinho comigo e eu na idiotice acreditei: separados, mas amigos!

Com um ano de separado, reencontrei um ex namorado e ele ficou sabendo e aterrorizou, dizia que ia me deixar na miséria, que ia tirar tudo. Foi quando tentei suicídio novamente! Ele dizia que ia me matar, se pegasse com outra pessoa ia me matar. O médico

aumentou a dose do remédio. Eu tomava uns 8 comprimidos por dia! Acho que era pra me deixar dopada, pra eu não tentar...

Eu já tava morando só e dormia muito por causa dos remédios. Ele começou a ir pra lá e me estuprou... Ele se aproveitou nesse tempo... Ele me perseguiu... Eu via vultos... Comecei a acordar suja, como se tivesse tido relação sexual, mas não conseguia lembrar de nada, por causa das medicações. Conteí ao psiquiatra e ele me orientou diminuir a dosagem do remédio. Um dia vi meu marido chegando, pois ele tinha a chave da casa, e tendo relação sexual comigo. Eu ainda meio tonta por causa das medicações. Foi quando se agravou mesmo... Uma situação de quase loucura... O médico começou a proibir talher... Tive que parar de trabalhar! Vivi com esse homem por 10 anos!

Depois de algum tempo, reencontrei um antigo namorado e comecei uma nova relação. Esse homem me agrediu fisicamente já no final da relação. Vivi com ele por 6 anos. Foi quando descobri outra traição. Vi ele conversando no computador com outra mulher e exigi explicação e ele mentia dizendo que era coisa da minha cabeça. Depois que descobri isso, ele viajava e me enchia de presente. Até então ele não tinha agido com agressividade. Depois ele começou a agir de uma forma que eu não entendi... Querendo que eu saísse... Virando a chave pra eu não entrar... E eu comecei a tratá-lo com indiferença... Até quando comecei a arrumar as coisas pra ir embora... Ele eu amava, passei por preconceito, porque ele era negro, e ameaça de morte da ex-mulher dele. Eu ergui a moral dele, porque chamavam ele de corno. Foi um baque pior do que com o pai do meu filho! No dia que ele me bateu, eu peguei ele falando com outra mulher. Eu perguntei: quem é você?! Quem é você?! Ele só dizia para que eu parasse! Eu fui em cima dele e ele me pegou pela garganta, me empurrou e deu vários tapas. Eu peguei a faca, quebrei o ventilador... Foi aí que tive a lucidez de chamar uma amiga pra ir lá. Ele disse que me amava! Era tudo um jogo! E eu caí! Eu tive um pensamento de me jogar do apartamento embaixo, me vi com o corpo estendido lá embaixo... Eu disse a minha amiga que precisava sair dali. Eu disse: amo mais a mim! Fui embora e disse que isso não vai mais acontecer, não quero mais. Foi a primeira vez que tive essa sensação. Pensei: sou especial, não mereço isso! Dois homens, fazer isso comigo?! Eu fui embora!

Todas as 3 tentativas foi impulsionada por meu 1º marido. Quando Descobri que ele tava abusando de mim, mandei meu filho pra casa de uma amiga e tentei suicídio.

É muito difícil a gente falar, denunciar. Eles parecem artistas, monstros e depois bonzinhos... Quando vi isso de novo, pensei: não quero mais!

Até na delegacia é difícil. Uma vez, eu fui na delegacia e tava cheia de caras daqueles programas horríveis, como bocão e a delegada ainda bota a gente pra falar com eles! Todo mundo viu e disse: tá vendo?! Era isso que você queria?!

ENTREVISTA 4 – ORQUÍDEA

Meu marido é um homem que não quer que falte nada em casa, mas tem um comportamento... É a natureza dele! Ele tá sorrindo e pra mudar é de uma hora pra outra! Ele fica calado e quando falo com ele, ele não responde. Isso me mata!

Muita coisa aconteceu, não é como eu esperava! Eu casei porque gostava dele mesmo... E ele parecia que gostava muito de mim; parecia, né?! A gente nunca sabe!

Tudo começou quando o rapaz que foi morar lá perto de casa (meu marido). Ele foi quem procurou intimidade comigo, até porque minha mãe proibia que falasse com os rapazes para que não desse o que falar. Mas, nessa época ele já vivia de olho em mim há muito tempo! A gente começou a namorar em 1974, quando ele pediu minha mão à minha mãe. Ainda nessa mesma época eu já desconfiava que uma moça, filha de uma mulher que eu considerava como mãe também, estava dando em cima do meu namorado. Ele morava só e, algumas vezes,

encontrei ele com a moça na casa dele! Eu ficava muito chateada, mas ele me convencia de que não tinha nada. Em uma das vezes, houve discussão e foi até à casa dela. Eu já conhecia ela. Fui maltratada pela mãe dela, que eu também considerava como minha mãe. Fui humilhada, xingada e desonrada por causa dessa situação, afinal, era alguém que eu considerava como minha mãe também, que tomava até a benção! Disseram até que minha mãe bebia muito e que eu não era mais nada, não era mais virgem e que também bebia! Mas, no fim, meu namorado disse que gostava de mim e que queria ficar comigo. Fiquei chateada, isso me marcou!

Respira profundamente e fala: Foram várias situações chatas! Eu nunca tomei uma atitude, porque eu me via quebrada! Sempre fazendo tudo por menos... **Respira, baixa a cabeça e diz:** Quero parar por aqui! **Depois se arrepende e diz:** eu vou falar! Um dia, eu tava em casa, o telefone tocou e uma mulher da voz horrível disse que queria falar com meu marido. Entreguei o telefone a ele e fiquei desconfiada como ele fez. Anotou rápido alguma coisa e guardou. Perguntei o que era e ele disse que era uma mulher procurando por um amigo dele. Achei estranho! E o comportamento dele mudou depois disso, começou a comprar perfume caro, roupa nova... Um outro dia, uma mulher ligou e se identificou como namorada dele. Ela disse que ele não me amava, que ele não gostava de mim e que só se casou comigo porque eu tava grávida. Na verdade, casei de barriga, porque a última coisa que eu queria era machucar alguém que cuidou de mim, então casei antes que a barriga aparecesse.

Olhe, eu tenho transtorno, mas acho que ele também tem, até mais do que eu... O pessoal dizia que ele gostava de mim, mas que gosto é esse, né?!

A primeira tentativa foi em 2006, mas já deu vontade de outras vezes (**baixa a cabeça e respira de novo**). Aconteceu após algum tempo do último telefonema.

Tô me preparando, tô botando algum escudo pra me proteger...

Depois disso ele mudou muito, porque ficaram os filhos de um lado e ele do outro, por isso ele mudou...

ENTREVISTA 5 – ALECRIM

Estava indo a feira e tive vontade de me jogar embaixo do ônibus. Uma amiga me encontrou e perguntou o que eu estava fazendo. Eu estava no meio da rua, esperando algo com velocidade (algum ônibus, caminhão...). Na realidade não estava tentando ir no mercado, nem na feira, cheguei em casa e chorei muito. O que me levou a isso foi a situação mesmo de não ter apoio dele, de não ter o respeito dele, de não saber mais o que fazer. Ele me destratava! Foram tantos anos vivendo tantos anos vivendo na casa dele, com a família dele. Meu esforço não valeu de nada! Quantos anos perdidos! Vem a frustração, a rejeição, a humilhação. Me senti muito, muito constrangida.

Ele dizia que eu não amava ele porque eu não ligava pra ele, que ele ia me trocar por duas de 15 anos. Eu tava mais envolvida com meus estudos e ele queria que eu vivesse o mundo dele. Eu tava muito mais feliz com meus estudos do que com a rotina (bolsa pra arrumar, filhos, marido). Tava de saco cheio já! Ele não, ele queria ir pro sítio todo final de semana, que eu cuidasse da casa, dos filhos... E eu queria fazer outras coisas, não queria mais um fim de semana medíocre...

Todas as tentativas de suicídio estão ligadas ao acontecimento da traição. Descobri a traição em 31/07/2005, sai de casa em 18/09/2005 e nesse intervalo tentei suicídio três vezes. Comecei a fazer tratamento em agosto. A segunda tentativa foi a mesma coisa da primeira, pensei em me jogar embaixo de um carro. Dessa vez fui para uma outra rua (a rua principal da feira, onde tinha muito movimento de caminhões). Lembro que fiquei perto da lombada. Fui ali por dentro da feira e vi que vinha um caminhão com a lona vermelha, fechei o olho e sair

correndo. Mas, o caminhão conseguiu frear. Eu errei o cálculo! Lembro que fiquei parada como se tivesse dado um branco na cabeça. As pessoas chegaram pra saber se eu tava bem e eu atravessei a rua, acendi o cigarro, entrei numa lanchonete, bebi uma água e voltei pra casa e chorei, chorei, chorei... É a frustração, a impotência.

Na 3ª tentativa de suicídio, eu já tava fazendo tratamento médico. Já tinha conhecimento que tava depressiva. Eu tava na faculdade e só fumava, fumava e chorava. Aquele peso, aquele aperto, uma coisa muito pesada no peito ia me comprimindo. Ele perguntava e eu dizia que tava com peso no peito. Tinha suspeita de depressão, mais eu não sabia como sei hoje. Falei que precisava ir no médico. Nós fomos no médico e ele não quis entrar comigo, eu entrei sozinha. Quando sair ele tava falando no telefone e me deu uma coisa... Ele falava de forma avistosa, desenvolta. A médica disse: o senhor sabia que sua mulher tá com crise depressiva e que o caso dela é grave e que precisa de um atendimento profissional, porque sem tal ela não vai conseguir sair desse problema? Foi aí que ela passou medicação pra abrandar os sintomas e dormir. Na mesma semana consegui consulta com psiquiatra e comecei a tomar medicação. Um dia fui pra faculdade e pensei de novo em suicídio. Quando chegou na passarela, pensei em pular, mas não consegui nem colocar a perna pra fora, por causa dos remédios. Mas, passei muito tempo lá, cogitando a possibilidade de me atirar. Sai de casa mais cedo já pensando nisso, era na BR 316 e eu achava ideal. Não consegui, então fui pra faculdade, sentei-me numa mesa na lanchonete e fiquei lá por um bom tempo. Ele ligou pra ir me pegar. Cheguei em casa, tomei o medicamento e dormir. No outro dia liguei pra doutora e disse que precisava falar muito com ela, foi um dia antes da consulta marcada, mas ela me atendeu e a partir daí aumentou a dosagem do meu medicamento. O pensamento era quase que constante, foi um período que eu passava mais dopada do que acordada. Nessa época não tinha mais relação conjugal! Não teve mais entendimento, eu sempre na casa dele, querendo descobrir e mostrar que ele tava me traindo. Ele dizia pra todo mundo que era coisa da minha imaginação. Ele e as pessoas (as irmãs dele, vizinhos, pessoas mais próximas), diziam que era coisa de minha imaginação. Num momento eu até achava que essas pessoas acreditavam nisso, porque eu não acredito que as pessoas sejam assim tão bizarras! Ele soube fingir muito bem!

Na quarta tentativa, eu já tava morando só, porque quando saí de casa fui morar com minha irmã, mas só passei dois meses com ela porque fiquei muito dopada. Quando tive melhora decidi ir pro meu próprio apartamento. Nesse mesmo ano, aproveitei que fiquei só. As pessoas viviam cuidando de mim, sempre meu filho de 12 anos e meu sobrinho de 14 anos, e ainda tinha a minha secretaria que gostava muito de mim. Lembro que no sábado minha secretaria não trabalhava e eu tomei 2 cartelas de buspar. Era uma medicação que a médica já tinha tirado porque me fazia mal, me dava taquicardia. Aí eu imaginei que se eu tomei dois comprimidos e me fez mal, então eu podia tomar vários comprimidos e provocar uma parada cardíaca em mim. Tomei as 2 cartelas de buspar, 2 rivotril e 1 assert. Tomei e me deitei, eu tinha acabado de tomar banho, pensei que se pelo menos tomasse banho já não ia dar trabalho pra me darem banho depois, mas antes de pegar no sono passei uma mensagem para meu filho dizendo que amava muito ele e que ele nunca se esquecesse disso. Depois eu soube que meu filho estava com o pai desconfiaram e foram correndo pra casa. Eles me disseram que eu abri a porta e desmaiei, aí eles fizeram eu vomitar muito e só acordei no outro dia. Lembro que depois fiquei realmente chocada de ver a situação do meu filho, a preocupação dele comigo, o fato dele ir pro colégio e voltar logo no desespero pensando em mim, o rendimento escolar baixo dele. Meu filho foi minha mola propulsora! O pai do meu filho tava pra lá com outras mulheres e pouco ligava pra ele! Achei que não podia deixar meu filho nessa situação tinha que dar um jeito na minha vida. Decidi parar com o psiquiatra, e os medicamentos fui parando também de tomar. Minha família disse que eu precisava fazer uma viagem parar espairecer. Belém já não tava mais dando, eu já não tinha mais condições de

ficar lá! Vim parar em Salvador, por sugestão de meu irmão. Eu queria ir pra São Luiz porque é mais perto de Belém, e eu já tinha morado lá, já conhecia o lugar. Vim pra Salvador porque meu irmão achava que seria uma viagem bem mais econômica, porque aqui ficaria na casa de uma tia. E realmente aqui me senti bem. O fato de ninguém me conhecer, de ninguém saber de minha história, de minha imagem, de não tá ligada a ele (marido) veio me fortalecer! Lá as pessoas sempre perguntavam pela separação, porque achavam que agente era um casal maravilhoso. Essa idéia de ninguém me conhecer foi, então, nesse sentido, maravilhosa, fantástica... Antes era muito incômodo!

Meu filho veio comigo, mas eu sempre achava ele estranho, isolado. Procurei a psicóloga do colégio dele e contei toda a situação com o meu marido e ela sugeriu acompanhamento psicológico, também concordei com ela. A psicóloga falou que eu também precisava de atendimento psicológico, até mais do que meu filho. Passamos, eu e meu filho, então a ser acompanhados pelo grupo humanitas. Em 2007, meu filho não quis mais ficar aqui em Salvador. Nessa época eu já não tava me sentindo bem de novo. Sentia uma bola na garganta, um peso no coração, uma tristeza, uma oscilação de humor, irritabilidade. E então fomos passar o natal em Belém. Depois do natal meu filho não quis mais retornar e eu voltei só, porque lá eu me sentia muito mal. Eu ainda não tenho vontade de voltar pra Belém. A única coisa que me leva até lá é meu filho. Na realidade, eu também não queria que meus pais me vissem naquela situação. Eles não souberam das tentativas, só uma cunhada minha foi quem soube da primeira tentativa porque eu não tava mais suportando de dor, não tava me sentindo bem. Eu já tava tomando medicamento, já tava depressiva. Eu não queria dar problema pra ninguém!. Foi a minha cunhada que falou pro meu irmão. Mas, mesmo assim, já não teve mais jeito, porque eu já tava com 45 kg, eu já tava muito mal. Então eu voltei e continuei o tratamento com o psicólogo até que me encaminharam para o CIAVE para atendimento psiquiátrico e psicológico gratuitos, porque eu já não tinha mais condições financeiras para continuar meu tratamento.

Tem relação sim, com a minha saúde e a tentativa de suicídio. Todos estão ligados. No meu caso eu diria que a violência conjugal é um fator determinante na relação. Eu acho que hoje em nossa sociedade não tem mais espaço pra uma mulher de antigamente. A posição que a mulher assumiu hoje, não inclui mais isso (casa, filhos, marido), e eu fui tentar forçar uma barra, tentando viver da forma que minha irmã, e que minha avó viviam. Eu não consegui! Elas aceitavam a traição e toda essa violência. Eu em nome dessa família me casei, mas não tinha realmente e desejo de me casar. A idéia do casamento partiu dele (marido) com o apoio da minha avó e da família dele e as coisas foram adiante. Quando durante a gravidez sofri todas as traições, então me agarrei muito com meu filho; ele foi a mola propulsora, porque pelo filho que eu carregava, por meus pais, pela felicidade que meus pais me deram e pela que eu queria que meu filho também tivesse, aceitei tudo isso! Aceitei, mas depois que eu vi que não tinha mais barriga, que meu corpo não era disforme, que muitos me achavam interessante e que só o meu marido não me dava esse valor, então, foi aí que descobri tudo, e meu marido morreu! O homem que substituiu não era mais o mesmo que conheci. Eu sofri pela morte dele, afinal eu perdi meu marido. Esse homem que se apresentou não era mais meu marido. Esse homem esqueceu de todas as virtudes, do caráter, da responsabilidade, do respeito... A partir daí esse homem passa a chegar tarde em casa, passa a ter um comportamento diferente, dar atenção mínima para o filho e idem para mim. Esse homem sabia que eu tava precisando de cuidados de um pouco mais de atenção, que eu estava muito vulnerável, e mesmo sabendo de tudo isso continuava com esse comportamento meio adolescente.

As agressões dele foram mais atitudes. Houve muita discussão quando descobri com quem ele estava; a mulher frequentava a minha casa, todo o meu habitat, nosso sítio... Pra mim foi vergonhoso demais! E aí vieram as ofensas com palavras, eu agredia ele, mas era uma reação!

Hoje me respeito muito! Ninguém nasce com idéia de se matar. Algum motivo tem! Alguma coisa tem por trás de tudo isso! Uma pessoa que gosta tanto da vida como eu... Que tenho conhecimento... E cometer esses desatinos... Não sou eu!

Eu fui despejada da vida dele! Até as amizades tive que refazer, porque os amigos eram em comum. Foi tudo novo: novo ambiente, nova casa, nova vida... Me senti um pouco amputada, mas tive que me reabilitar. Ele ficou com tudo: amigos, casa, vida, filhos, conforto... Com tudo! A única coisa que ele me deu foi o carro, que tive que vender pra vim pra cá pra Salvador. O poder econômico permanece com ele! Ele também já tirou minha pensão e eu tô entrando na justiça e tô tentando... tô entrando por danos morais, pensão alimentícia e divórcio. A família dele tenta fazer a cabeça do meu filho em relação a mim. Já ouvi do meu filho que gosto de me fazer de vítima, que faço drama por qualquer coisa, que só penso em fazer maldades com as pessoas e que não tenho mais direitos em relação aos bens adquiridos pelo pai.

Hoje, já consigo identificar, tenho outras alternativas de como passar por isso: não penso em suicídio, pego meus dvd, vou pra minha cama e fico assistindo meus desenhos. Acordo refeita, uma outra pessoa. Eu tenho realmente que me reerguer, voltar a ser eu! Não é fácil reiniciar uma vida quando já se está acomodada a uma situação. Não é fácil desacomodar!

ENTREVISTA 6 – FLOR-DE-LIS

Existe uma relação entre a violência e minha saúde. Eu vivia só pro trabalho, criar filhos, cuidar do marido... Nunca tive lazer, nunca fui de frequentar festa, cinema. Nunca fui num cinema, teatro... Só lembro de ter ido na minha vida toda a 3 shows, até hoje, porque um de meus filhos me chamou. Nunca participo de nada, porque nunca posso! Meus filhos vão, meu marido vai, menos eu... Sempre foi assim, e agora também tô vivendo assim de novo. Quando folgo pra sair do trabalho, tem outro serviço dentro de casa! Minha vida é só trabalho mesmo! Ontem meu marido chegou bêbado e fui reclamar, eu tinha ido pra casa pra adiantar o serviço de casa, e ele me xingou, me ameaçou, me gritou e disse que eu e ele ia pro inferno – isso pra mim é uma ameaça de morte! Praticamente quem sustenta a casa sou eu! (choro).

Tentei suicídio 1 vez! Faço terapia há 4 anos! Eu não tava mais com paciência e pedi socorro! Tinha vontade de sair sem dizer pra onde ia e sumir, se eu pudesse me trancava dentro do quarto e não fazia mais nada, então pedi socorro, antes que fizesse algo grave com meus netos, porque gosto muito deles.

A gente tinha mais ou menos 8 anos de casado e meu marido tava com uma amante de 16 anos. Eu me sentia péssima, humilhada... Eu trabalhando e ele só passeando... Eu comecei com depressão daí! Meus filhos pequenos é que faziam as compras, porque eu já não tinha condições de ir em canto nenhum. Pra não continuar vivendo assim resolvi me matar! Ainda cheguei a colocar a droga na boca (detefon líquido), mas uma prima me impediu. Outras pessoas evitaram também, só meu marido nunca soube.

Ele não dizia nada que me humilhava, mas eu me sentia por estar jovem e ele com uma menina de 16 anos. Me sentia péssima mesmo! Eu me olhava no espelho e não entendia. Eu tinha 27 anos e já tinha 5 filhos, casei com 19 anos. Comecei a ficar desconfiada porque ela pegou carona com ele algumas vezes e eu vi o flerte. Chamei ele, conversei e ele negou. Então segui e vi. Depois de algum tempo encontrei o teste de gravidez. Ela queria minha família de qualquer jeito! Não conseguiu meu marido, casou com meu primo carnal. Quando meu primo terminou com ela, arranhou outra e as duas brigavam no meio da rua e as pessoas me diziam. Meu marido teve mais uma filha com outra mulher. Depois ele não assumiu mais outros filhos, mas surgiam outras mulheres. Já flagrei ele com mulher dentro de casa. A falta

de respeito comigo foi muito! (choro). Depois ainda surgiu mais um filho com outra fora de casa.

Eu nunca disse nada pra ele não se achar o próprio! Também não queria me matar, queria me livrar da situação. Se ele me deixasse de vez, seria melhor porque eu teria tomado uma atitude na minha vida. Eu não me achava capaz! Eu não admitia que era eu que cuidava de tudo, de meus filhos, de tudo... Eu me sentia incapaz! Ele me dizia: quem é que vai te querer? Quem é que vai sustentar os teus filhos?

São 37 anos de casamento, mas essa história ainda me faz mal, principalmente em Muritiba, por causa do local, das pessoas... Acho que Deus tá me botando à prova! Nós voltamos pra Muritiba. Lá tem minha família, meus irmãos. Se eu não tivesse ninguém ali, não teria voltado mais pra lá. Vivi lá dos 9 até os 30 anos de casamento, voltei por causa da oportunidade de trabalho. Tenho trauma da cidade. Eu disse ao meu marido que queria ir e ele foi comigo! Até então tá tranquilo, porque nunca tivemos privacidade, vida de casal, a sós... O ruim é a bebida dele. Isso me deixa magoada, chateada... Hoje mesmo, vou conversar se não encontrar ele bebendo. Eu já tomei 2 comprimidos de rivotril de vez pra dormir, com medo da ameaça dele, depois da bebida dele, mas não consegui dormir direito. A angústia é a bebida! Ele muda, fica mais agressivo, interpreta coisas, distorce, procura confusão com outras pessoas...

Ele diz que me ama, mas acho que se acostumou comigo! É como se eu fosse o porto seguro dele! Não é amor quem diz que ama e trai! Na verdade, o que é bom pra ele é que eu sempre tenho um jeitinho a dar: se ele tá doente, se ele tá com fome... Eu sempre tenho um jeitinho! E eu também acho que me acostumei a ele, a essa situação. Esse acostumar me faz sofrer. É um sofrimento silencioso! Eu só melhorei depois da terapia porque há coisas que nunca conversei com ninguém, que sempre guardei pra mim. As pessoas dizem: tá assim porque quer! Foi você que escolheu! Nunca tive apoio de ninguém. O único que me apóia é meu irmão, mas eu não podia jogar tudo pra ele. Meu irmão tolera meu marido por minha causa e isso me deixa triste... Meu pai diz que a culpa é minha... E minha mãe... Eu não conheci minha mãe... Eu tinha 2 anos quando ela morreu...

Tivemos essa briga... Ele bebeu e eu vou esperar pra conversar com ele! Nunca falei antes, mas agora vou falar... Me sinto livre, meus filhos já tão criados, eu tô trabalhando pela 1ª vez na minha vida, como cozinheira em muritiba. Eu já disse a ele que voei pra lá e posso voar pra lugares mais longes. Agora eu sou livre! Chega no final do mês e eu já assumi o aluguel da casa, quero comprar uma coisa e posso, com o meu suor! É muito bom! Na verdade, ele deve tá se sentindo agora um pouco humilhado também por causa disso! Ele não fala, mas eu imagino. Mas, eu não vou desistir!

ENTREVISTA 7 – ÍRIS

É tão difícil falar sobre isso (sobre violência), porque tem que retomar tudo, fazer uma retrospectiva... Cada vez que lembro fico fora de mim, sinto muito ódio dele! Sou casada com um homem que usou álcool por muitos anos, foi etilista por muitos anos... Ele nunca tocou em mim, embora quisesse, eu sentia isso... Ele nunca tocou em mim, mas ouvi tanta coisa durante todos esses anos... Durante muitos anos de meu casamento foram palavras muito duras, fui colocada no mais baixo nível, porque você ama, você acredita que pode ser feliz e de repente... Você percebe que não é nada daquilo! Mas, eu permiti que isso acontecesse, porque não conseguia sair daquilo, eu não conseguia... E aí, eu fui guardando cada palavra, cada gesto, fui morrendo aos poucos... A covardia foi tomando conta de mim e tudo que ele dizia, eu absorvia. Às vezes, eu olhava pra ele e achava um monstro... Achava que tinha casado com um monstro, um ser irracional... Mas, muitas vezes tinha pena dele! Tinha pena porque

achava que ele ia morrer e que se eu deixasse ele ia ser ainda pior, porque ele podia chegar no fundo do poço... E também tinha medo! Tinha medo de ser uma mulher separada, tinha medo da sociedade, de minha família, de minha mãe, de ser mais uma mulher separada no mundo! Eu não conseguia e fui ficando por um, dois, quatro anos e hoje são 25 anos de casamento. Embora ele não beba mais há cinco anos, tudo que eu vivi ainda é muito difícil esquecer. E mesmo nesses cinco anos de lucidez, quer dizer, como eles falam, sem colocar a primeira gota de álcool na boca, eu tenho a impressão que nada mudou. Não mudou porque eu não consigo esquecer, não consigo olhar pra ele como marido, como alguém que eu quis ser feliz... Qualquer gesto dele, eu mudo! Agora mesmo, perdi um amigo e eu via o pai e o marido que ele foi e fiquei pensando: se fosse ele, meu marido, como reagiria? Será que eu sentiria essa falta também? Se fosse meu marido, como seriam minha recordações?

Casei grávida. Minha filha me influenciou muito a aguentar tudo isso. Tentei duas vezes (suicídio). A primeira éramos noivos ainda. Eu tomei o remédio de minha mãe dormir (somalium). Foi depois de uma decepção muito grande, ele me agrediu com muitas palavras... A segunda também foi com remédios. Foi com três ou cinco anos depois da primeira, não lembro ... Eu percebi que não aguentava mais, não queria mais viver porque não conseguia suportar tudo aquilo... Era a única solução... Já estava cansada... Mas, tinha medo que minha filha fosse criada longe de presença masculina, porque pai... Ele foi poucas vezes!

Comecei a terapia em 2008. Eu tava acompanhando ele numa crise renal na emergência e tava muito abatida, porque ficava pensando muita coisa ... Pensava também que agora, depois de tudo, ele ainda vai ficar em cima da cama e eu vou ter que cuidar dele! Foi aí que conheci uma pessoa que percebeu minha tristeza e ela me falou sobre o CIAVE e disse pra eu tentar fazer acompanhamento, que eu procurasse dr^a e conversasse com ela, que era difícil, mas que podia tentar. Eu já tava a ponto de deixar o trabalho, eu já não dormia mais... A única coisa que ainda fazia era comer... Eu vim e disse que não aguentava mais, que tava a ponto de enlouquecer, agredia as pessoas, já não suportava mais nada! A terapia foi muito importante! Eu acho que qualquer pessoa na face da terra tinha que ter uma oportunidade dessa, de fazer terapia, principalmente as mulheres, porque nós somos vítimas de muitas coisas, não sei porque nós, né?! Mas, nós somos mais vulneráveis, né?! Justamente porque fomos criadas assim, com essa visão, com essa percepção. Existe uma relação entre a violência e minha saúde, porque a violência gerou outros problemas, uma série de outras coisas. A violência foi o principal. E eu, já vindo de uma família como meus pais... E chegar num casamento desse jeito! A violência foi um ponto importante! Primeiro veio a depressão, depois a hipertensão... Não sei como explicar, mas são os sintomas mais importantes. As tentativas de suicídio não aconteceriam sem essa história. Depois de tudo aquilo, só vinha o desejo de morrer pra acabar com aquela situação, pra tá livre, pra não viver mais nada, não passar mais por aquilo. Depois da primeira tentativa fiquei arrependida, me senti fraca, pequena, incapaz mesmo... E aí, fiquei feliz de ter tido a oportunidade de tentar de novo, pensei que seria tudo diferente, mesmo convivendo com ele, achei que ia mudar...

Na 2ª tentativa achei que não valia a pena mesmo, que nunca ia conseguir, não tinha mais solução. Não seria feliz, não ia mudar a situação, não ia conquistar um lugar onde eu pudesse começar de novo! Depois comecei a pensar de novo que podia conseguir... Pensei: acho que consigo! Eu consigo apesar de tudo, de tantas lembranças, do medo... É possível ainda ser feliz!

ENTREVISTA 8 – SAUDADE

Depois que tive filho, com 17 anos, eu não quis nada com o pai do meu filho. Tinha sido só um namoro, de um tempinho... Mas considero que foi um namoro! Na minha cabeça,

eu sempre pensei que queria um filho sem pai e que eu ia trabalhar e criar meu filho, mesmo sozinha. Resolvi mudar pra São Cristóvão. Mudei pra morar com minha mãe. Tinha uma coisa minha, desde a infância... Era que não queria depender de homem nenhum! E também pensava que meu filho seria uma pessoa de bem, maravilhoso, estudioso... Tudo de bom! Quando meu filho tinha menos de 1 ano, conheci um rapaz e decidi morar com ele, quer dizer, na verdade eu não queria, mas ele insistiu. Eu morava com minha mãe, mas ela foi pra Feira de Santana. Minha mãe não queria que eu ficasse com ele, porque ele era casado e agressivo com a mulher... Mas, quando eu conheci ele, ele já tava separado e namorando com outra mulher. Ele largou ela (a namorada) pra ficar comigo. Meu filho ia fazer 1 ano. A primeira palavra que ele falou foi papai! Não sei porque! Porque eu ensinava a ele chamar mamãe, mas ele falou papai... Eu chorei tanto! Esse homem criou e abraçou meu filho como se fosse dele, dava carinho, amor... A ex mulher dele começou a ter ciúme e começou o bafafá... Ela ficava ameaçando ele... Ele tinha um filho com ela. A gente tinha uma vida aos trancos e barrancos. Ele não tinha trabalho fixo, era biscateiro. A gente teve necessidade de ficar na casa da mãe dele e ela não se dava comigo porque era amiga da outra. Chegou um tempo que até a comida era tudo separada. Eu disse que se fosse pra continuar essa confusão, era melhor sair dali, mas e ele não queria... Eu pegava ela (sogra) toda hora falando mal de mim. Mas, era sempre muita confusão, muito atrito. Eu briguei com a mãe dele, porque ela não gostava de meu filho. De todas as outras crianças, ela só tratava diferente o meu filho. Meu filho não podia deitar na cama dela, porque era preto! Porque ele era preto, ela não gostava. E eu sempre com aquela coisa dentro de mim... Ele não sabia de nada... Ele era muito ciumento... Vou te contar, eu já cheguei até aqui... Então, vou te contar: não é a primeira vez que tomo coisa pra me matar não! É a segunda! Eu tava tão assim com ele, minha cabeça tava tão assim com ele, que tomei neocid (veneno) e vim parar aqui no hospital e fiquei internada... Ninguém sabe disso, eu não quis que ninguém soubesse de minha maluquice. Ele que me trouxe pro hospital. Eu sempre procurei enxergar meu mundo com calma, mas algumas vezes, tá difícil, dá vontade de sumir, de não voltar pra canto nenhum.

Com 4 ou 5 anos de casamento tudo mudou! Juntava a saudade de minha avó, o problema de meu irmão, que era usuário de drogas; minha irmã que também tava longe, em Barreiras, minha mãe morando em Feira... Eu me sentia tão sozinha! Ele era pirracento, falava coisas, agressão verbal mesmo, que eu era vagabunda, puta, que eu tava com os machos todo... Tinha tempo que a gente não se falava nada, outros que passava um mês na maravilha... Mas, de repente, desmoronava tudo! Eu ficava presa dentro de casa, mas, me sentia bem em tá com ele. Eu sentia falta de minha avó, mas pra vim na casa de minha avó... Você precisava ver... Quando eu chegava em casa, era pau... Ele começou a mostrar quem era ele... Saía, voltava cheio de cachaça ! Eu não vou mentir... Eu caía pra cima dele, era pau... Eu batia e apanhava... Só que uma tapa que ele me dava, eu caía rodando... Na verdade, eu já tinha um filho que não era dele e ele queria que eu tivesse um filho dele e eu não queria. Aquele motivo já era de briga. Ele dizia que ia arrumar outra na rua pra ter um filho. Eu tinha comigo que é muito feio ter muitos filhos de vários homens, ter um filho de um e depois de outro e depois de outro... Eu não queria isso pra mim! Parir com um hoje, e amanhã com outro... Eu procurei aturar, porque não era sempre assim, com o tempo ruim... Eu fazia de conta que não ouvia algumas coisas... Ele não deixava eu trabalhar! Eu briguei muito pra trabalhar! Quando comecei a trabalhar, a confusão era triplicada, porque ele dizia que eu tava com outro. Ele ligava pro meu trabalho o tempo todo (ligava 2h, 3h...) E eu tava lá. Apesar de tudo ele era uma pessoa atenciosa, cuidava de mim. Quando eu resolvi me separar eu pesei muito isso. Também teve um tempo que eu procurava ele e ele nada... Passou 1 mês, 2, 3... Eu sou mulher! Quem é que eu vou procurar?! Ele, que é meu marido! Eu resolvi dizer a ele que conhecia gente que podia ajudar, porque eu achava que ele tava com problema e não queria me contar. Ele pirava quando eu falava isso . Ele tomava anabolizante, eu achava que era isso,

porque ele ia até muito bem, mas... Não subia! Chamei ele e disse que era melhor terminar por ali mesmo... E ele mandou eu pegar minhas coisas e ir embora. Sinto falta dele, mas não deu mais. Hoje, ele tem outra família, tem o filho que ele sempre quis. Ontem fez dois anos que me separei dele e também de meu filho, que morreu em 16 de junho. Dia 2 de junho ele fez 15 anos... Quer dizer, além da relação sexual que não achei mais... Eu precisava! Necessitava e ele não me dava! Ele começou a me tratar friamente, dormindo de um lado e eu do outro. Eu fui embora pra casa de minha avó. Ele não acreditava que eu pudesse sair.

Eu não dependia dele! Pelo contrário, ele é que dependia de mim, quer dizer, entre aspas, porque eu tinha pena dele, não enxergo mais como homem. Pensei: poxa, se eu for como é que ele vai viver aí?! Ele é um inútil, só toma cachaça... Com essa idade, 37 anos, em vez de botar os pés no chão... Passamos muita necessidade! Eu acostumei ele mal, a culpada foi eu, porque eu botava tudo dentro de casa, pagava água, luz, comida, por causa de meu filho... E ele, só bebia!

Com a separação minha cabeça ficou trilouca! Eu bebia, inventava tanta arte ... Um monte de homem dava em cima de mim e eu não sentia nada, pelo contrário, se tocasse em mim, eu ficava louca, tinha nojo, não sentia orgasmo com ninguém. A pior coisa é beijar na boca de uma pessoa com nojo... Eu ficava assim... Tentando preencher alguma coisa...

Conheci um velho há 5 meses... Foi ele que me ajudou, me deu a mão e me ajudou... Senti orgasmo com ele pela primeira vez depois que separei... Mas, já terminamos também porque ele também não presta, quer as mulheres todas pra ele. Me dá vontade de morrer, já não tenho mais nada mesmo... Já perdi meu filho... A minha situação hoje, só influencia numa coisa: meu filho. Essa dor miserável, essa coisa ruim é só por causa dele. Eu não me conformo de chegar em casa e não ver meu filho, ele era tudo pra mim! Eu que botei ele pra ir morar com minha avó, eu não queria que ele visse as brigas. Meu filho era tudo porque era tudo, tudo, tudo... Uma vez, eu descobri que ele tava aprontando, saindo com gente ruim e eu bati tanto, tanto, tanto nele que desmaiei... Quando acordei, ele tava do meu lado me pedindo desculpa e perguntando se eu tava bem. Ele era muito atencioso comigo!

Sobre a violência que sofri de meu padrasto e de meu avô, o estupro, pode acreditar que não significa mais nada pra mim, não guardo nada. Ele (padrasto) era um pobre coitado... E meu avô... Morreu sofrendo... O carro bateu, ele tava preso nas ferragens e morreu assim, à míngua... Meu padrasto é um alcoólatra, vive parecendo um mendigo na rua. Não desejo mal a ele não, a recompensa é de Deus, é divina! Eu tinha 7 ou 8 anos quando foi meu padrasto e 11 anos quando foi meu avô. Eu contei tudo a todo mundo, mas ninguém ligava. Eu ficava pensando: será que vou casar? Porque meu marido vai ver o rombo... Eu pensava então que não ia me casar! Pensava que ia ter meu filho e criar sozinha! Queria sumir no mundo depois que meu filho morreu!

ENTREVISTA 9 – TULIPA

Meu marido, quer dizer, ex marido, sempre falava que eu não era capaz, que eu devia ajudar... Mas, isso foi só a gotinha que tava faltando pra eu explodir! Sou filha única, sou muito ciumenta. Minha avó adotou um filho e eu senti que ela não era mais minha avó, porque eu tinha ciúmes... Engravidei 3 anos depois disso de minha avó. Eu tinha 26 anos, e fiquei gorda, feia... Tinha 3 anos de namoro. O 2º filho veio depois, ele tem 4 anos e meio... E aí veio tudo à tona... O ciúme! Eu já tava ficando bem comigo mesma e fui engordando tudo de novo... Descobri que só queria ter um filho, mas era tarde. Tenho ciúmes de tudo, até de minha sobrinha, de amizade, de marido, de minha própria sombra! Eu não podia ver meu marido conversar com ninguém, ficava guardando pra mim mesma o ciúme, não conseguia falar com ninguém. Nunca consegui falar... E aí ia guardando tudo... A gente tinha 14 anos de

casamento, eu gosto muito dele, mas não sei ser essa menina melosa, sempre fui fechada. Aí ele arranhou outra e disse que ia se separar de mim e chamou meu pai e minha mãe pra conversar. Fiquei 1 mês pensando nisso e comprei o veneninho (chumbinho) em 24/09/05; 6 dias depois de meu filho fazer 1 ano. Tomei o veneno e liguei pra ele (o marido) pra pedir desculpa por tudo que tinha feito e disse pra ele que tomei veneno. Ele ficou mal, coitadinho... Meu corpo paralisou todo, eles me levaram pro hospital perto de casa, depois vim pro Roberto Santos. Tive que ficar perto de um monte de gente, até de uma mulher que tinha morrido... Depois voltei pra casa e continuei em casa com meu marido. Ele disse que já tinha terminado... Tinha vez que eu acreditava, outras não. Ele disse que o amor já tinha terminado, que ele ficou comigo por medo que eu tentasse de novo... Foi quando teve uma vez que parei de falar e tentei de novo, foi mais ou menos 1 ano depois da primeira. Foi de novo com o chumbinho, só que dessa vez tomei também um danone e comi um biscoito pra tirar o gosto ruim da boca. Só lembro que acordei aqui, no Roberto Santos. Dessa última vez, me disseram que eu tive 3 paradas... Mas, não tava na minha hora de morrer. Depois, ficamos bem mais ou menos por 1 anos de novo. Mas, ele só tava comigo porque tinha medo que eu fizesse de novo.

Ele sempre gostou de falar que eu não capaz de nada, que eu devia ajudar. A gente tinha uma padaria, e ele queria que eu trabalhasse na padaria como ele trabalhava. Ele vive a padaria! Como eu ia ajudar?! Como eu ia ajudar da mesma forma que ele se eu tenho os dois filhos?! Eu ajudava... Mas, como viver só pro trabalho, como ele vive?! A gente não saía mais, ele nunca mais tava junto com a gente... Então, eu e os meninos saía. Ficava complicado viver assim! A gente agora se separou de fato. Ele saiu de casa, alugou casa, comprou móveis... Tive vontade de tentar de novo, mas no dia que eu saí pra comprar o veneno, meu filho ficou doente. Eu tive que levar ele pro médico e ele ficou internado. Só pensei no meu filho e fiquei agradecendo a Deus por meu filho ter ficado doente e não deixar eu fazer o que tava pensando em fazer... Me matar! Existe uma relação entre a violência e minha saúde, sim!

Sim. Tem por eu me achar incapaz mesmo! Ele tanto falava que eu tava me sentindo incapaz mesmo! Eu me sentia incapaz até de cuidar de meus filhos. Eu penso neles o tempo todo, eles são apaixonados pelo pai, mas são por mim também... O mais velho tem 10 anos e sabe de tudo que aconteceu. Aí ele fica ligando pra mim toda hora, perguntando onde eu tô... Ele fica preocupado... Ele sabe de tudo!

ENTREVISTA 10 – ROSA

As nossas discussões é porque fico cobrando dele atenção. Ele que foi atrás de mim e disse que era pra eu resolver nossa vida, depois não ligou mais e disse que tinha se esquecido a data que eu vinha embora... Ele se esqueceu de mim... Ele depois mandou uma mensagem pra mim dizendo que tinha caído na real e que não sabia se era isso que ele queria, que eu tinha traído ele. Ele some, depois aparece, promete coisas, diz coisas...

A gente tá junto há 12 anos e também já morou junto 1 mês, quando tava se preparando pra casar. Aí ele foi pra minha casa pra gente economizar. Foi quando eu rasguei a roupa dele numa briga. Até 7 anos a gente viveu bem, mas faltando 1 mês pra casar terminamos numa briga. Depois voltamos e aí é assim... Fica junto, fica separado... A gente ia casar em janeiro e no fim de dezembro eu fiz isso - rasguei a roupa dele. Eu tenho ciúmes, então penso que ele tem outra pessoa, principalmente a ex mulher, a mãe do filho dele. A gente não demora a voltar... Fica separado 1 mês, 15 dias, 1 semana... Aí ele começa a me procurar e eu também a procurar ele... Ele quer tocar em mim, eu não deixo... Ele só toca se eu deixar... Ele tem medo de mim! Ele diz que como já tentei tirar minha vida, e posso tirar a dele. Mas, eu nunca pensei em fazer nada com ele, de matar... Esse tipo de coisa, nunca pensei!

Ele me deixa confusa, porque diz que me ama, mas acho que quem ama cuida, dá atenção, mas ele não me dá atenção e diz que é por causa do trabalho, mas acho que não é isso. Antes, no início, ele saía comigo. Agora, ele não sai mais comigo. A gente saía normal, quase todos os dias ele ia me pegar no trabalho. E antes, eu andava toda cafona e ele também não tinha vergonha de mim. Agora ele me olha e diz que não gosta de minha roupa, ou então cala a boca e só me olha. Ele é muito paciente comigo, todo mundo reconhece, mas o que cobro dele é atenção. Tá na hora da gente viver junto. Eu vou viver pra ele e ele vai viver pra mim, principalmente agora que preciso mais dele... Eu tô sozinha. Meu sobrinho é quem dorme comigo quase todos os dias, isso tá me ajudando porque já não me sinto mais tão só, já não choro mais como antes.

A 1ª vez que tentei (tentativa de suicídio) foi em 2007. Foi com chumbinho. Usei 2 frascos. Eu tinha discutido com meu irmão e ele disse que ninguém mais me aguentava, que ninguém mais tava me suportando, que eu merecia morrer e deixar todo mundo livre. Eu fico atrapalhando todo mundo, fico procurando confusão... Uma das coisas é que sou muito agressiva, tudo que vem na minha boca eu falo. Eu sei que tem coisas que eu falo que não lembro que falei e isso já vem de um tempo... Eu me transformo em outra pessoa quando me irrita: bato, jogo o que tá na minha mão, quebro tudo na hora da raiva. Eu jogava as coisas de meu irmão e jogava tudo fora, desde criança. Todo mundo acha que é comportamento forte... Eu usava remédio desde 14 anos, usava diazepam. Minha mãe me levou no médico e ele passou. Depois que mudei pra Salvador, não usei mais.

Às vezes, eu tava em casa e já chegou momentos das pessoas falarem que se eu tava bem com ele (companheiro), tava bem com os outros também. Acho que isso me afeta, porque eu brigar com as pessoas que mais gosto, mexe comigo. Eu não me aproximo de muita gente... Sou muito fechada, muito ligada a ele e à minha família... Sou muito doente por ele e por minha família! Já cheguei momento de dizer a ele que ele é como uma droga... Eu luto com todas as forças pra deixar ele, mas não consigo! Já saí da cidade, tento não procurar ele, mas não consigo, não consigo... Eu também sou doente por limpeza e eu digo a ele que ele tá fedido, e isso, às vezes, gerava muitas confusões, por causa dessa minha mania. Eu gosto dele, amo de verdade, dou minha vida por ele... Se tiver que acontecer qualquer coisa comigo ou com eles (ele e minha família), eu prefiro que seja comigo! E se ele me amasse, ele deveria tá mais próximo de mim, me dando apoio, ajuda... Ele quer ficar comigo assim, eu na minha casa e ele na dele, e é isso que eu não quero. Eu disse que largava tudo e ia morar com ele, mas ele diz que eu não vou conseguir. Ele ficando longe, eu fico na cabeça que ele tá com outra pessoa, principalmente com a mãe do filho dele. Ela (a ex) já me disse que ele ia lá quando me dizia que tava trabalhando... Eu fico fora de meu controle, saio ligando, discutindo... Eu não confio nele! Pra mim, ele sempre tá me traindo! Ele tem muito segredo com o celular. Uma vez, na noite, eu peguei o celular e comecei a fuçar e liguei pra uma mulher pra saber se eles se conheciam, e essa mulher disse que era a namorada dele há 3 meses. Então, eu disse que se ela era a namorada, eu era a amante há 7 anos. Foi a partir daí que tudo começou na minha cabeça, que ele tava me traindo, que tava com outra. A partir daí tudo desencadeou... Isso me abala muito! Ele não me dá a atenção necessária e ainda se interessa por outra pessoa... Já teve época dele dizer que tava namorando e depois dizer que gostava de mim... Eu sempre fui agressiva! Ele reclama que eu não sou carinhosa, que sou muito brava, ele reclama muito sobre isso... Ele sempre soube do meu comportamento, mas piorou porque foi através daí que começou as brigas, e eu batendo. Mas, ele é frio! A calma dele é a frieza! Eu penso que ele tá me pirraçando, mas também acho que é coisa da minha cabeça! Já teve vez que eu quis me jogar na frente do carro dele, já teve vez que a gente terminou e eu disse que ia me jogar na frente do 1º carro que passasse. Aí ele ficou comigo, dormiu lá em casa. Já lembro de uma vez que agente discutindo no carro, eu peguei o volante e quase teve um acidente na Ogunjá. Desde a 1ª tentativa (de suicídio) que tomo

medicamento. Já tem mais de 15 dias que a gente não se fala. Fico pensando em ligar, mas ele não me liga... Mando mensagem de amor pro celular dele, fazendo de conta que é por engano, como se fosse outra pessoa, e, aí, ele me liga louco! Ele pergunta se eu tô ficando com alguém! Ele me deixa muito confusa... Não quer morar comigo! Eu aceito sem a gente casar e ele não se decidi! Existe uma relação entre a violência e minha saúde, sim. Outras vezes, minha pressão ficou altíssima, de eu ir pra emergência... Mexe com meu psicológico imediatamente, tenho crises de choro, como várias vezes de tá no trabalho, ligar pra ele e não parar de chorar... Me deram injeção pra me tranquilizar, botava remédio embaixo da língua pra eu voltar a si. Eu acho que a morte pra mim ia resolver tudo, eu não ia dá trabalho a ninguém e não ia dá trabalho a ninguém e nem ia tá sofrendo... Seria um ponto final. Eu disse que eles (a família) iam chorar por 1 ou 2 dias, mas depois ia ficar bem. Já teve época de eu fazer 2 seguros de vida pra não deixar a minha família mal.

APÊNDICE F – QUADRO DESCRITIVO DAS PARTICIPANTES DAS ENTREVISTAS

SUJEITOS	IDADE	ESCOL. (> 1º Grau)	SIT. CONJ. (Solteira)	TRAB. REMUN.	COND. FINANC. (Independência)	VIOL. PSICOL.	VIOL. MORAL	VIOL. FÍSICA	VIOL. PATR.	VIOL. SEXUAL	Nº TS
1 ACÁCIA	27	X	X			X				X	3
2 AZALÉIA	39	X				X	X	X		X	1
3 CAMÉLIA	38	X		LM		X	X	X	X	X	3
4 ORQUÍDEA	57	X				X	X				1
5 ALECRIM	44	X				X				X	4
6 FLOR-DE-LIS	56					X	X	X			1
7 ÍRIS	47	X		X		X	X	X			2
8 SAUDADE	32			X			X	X		X	1
9 TULIPA	35	X	X			X					2
10 ROSA	33	X	X	X	X	X				X	1

Notas: ESCOL.: Escolaridade

SIT. CONJ.: Situação Conjugal

TRAB. REMUN.: Trabalho Remunerado

COND. FINANC.: Condição Financeira

VIOL. PSICOL.: Violência Psicológica

VIOL. PATR.: Violência Patrimonial

TS: Tentativa de Suicídio

LM: Licença Médica

ANEXO A – Distribuição das palavras evocadas por frequência e ordem média – EVOC 2003

ENSEMBLE DES MOTS RANGS FREQ.: 1 * 2 * 3 * 4 * 5 *

alívio	: 5:	2*	0*	2*	1*
moyenne :	2.40				
arrependimento	: 4:	2*	1*	0*	0* 1*
moyenne :	2.25				
cobrança	: 2:	0*	1*	1*	
moyenne :	2.50				
coragem	: 2:	0*	0*	1*	1*
moyenne :	3.50				
covardia	: 1:	1*			
moyenne :	1.00				
cuidar	: 1:	0*	0*	0*	1*
moyenne :	4.00				
culpa	: 1:	0*	0*	0*	0* 1*
moyenne :	5.00				
depressão	: 34:	7*	7*	7*	7* 6*
moyenne :	2.94				
desamor	: 6:	0*	1*	0*	1* 4*
moyenne :	4.33				
desesperança	: 14:	2*	3*	3*	3* 3*
moyenne :	3.14				
doença	: 5:	0*	1*	0*	1* 3*
moyenne :	4.20				
dor	: 6:	2*	3*	0*	1*
moyenne :	2.00				
dúvida	: 1:	1*			
moyenne :	1.00				
egoísmo	: 1:	0*	0*	1*	
moyenne :	3.00				
família	: 6:	2*	1*	1*	2*
moyenne :	2.50				
ilusão	: 2:	1*	0*	0*	0* 1*
moyenne :	3.00				
impotência	: 4:	0*	2*	0*	1* 1*
moyenne :	3.25				
libertação	: 4:	0*	1*	2*	0* 1*
moyenne :	3.25				
mal	: 5:	2*	1*	1*	1*
moyenne :	2.20				
medo	: 8:	1*	0*	2*	2* 3*
moyenne :	3.75				
morte	: 10:	6*	1*	2*	0* 1*
moyenne :	1.90				
mudança	: 3:	0*	1*	0*	1* 1*
moyenne :	3.67				

ódio : 2 : 0* 0* 1* 1*
 moyenne : 3.50
 perdas : 3 : 0* 2* 1*
 moyenne : 2.33
 preconceito : 1 : 0* 0* 1*
 moyenne : 3.00
 rejeição : 3 : 0* 0* 0* 2* 1*
 moyenne : 4.33
 saída : 12 : 0* 3* 3* 4* 2*
 moyenne : 3.42
 saudade : 1 : 0* 1*
 moyenne : 2.00
 trabalho : 1 : 0* 0* 1*
 moyenne : 3.00
 violência : 1 : 1*
 moyenne : 1.00
 viver : 1 : 0* 0* 0* 0* 1*
 moyenne : 5.00

DISTRIBUTION TOTALE: 150 : 30* 30* 30* 30* 30*

RANGS 6 ... 15 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0*
 RANGS 16 ... 25 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0*
 RANGS 26 ... 30 0* 0* 0* 0* 0*

Nombre total de mots differents : 31

Nombre total de mots cites : 150

moyenne generale : 3.00

DISTRIBUTION DES FREQUENCES

freq. *	nb. mots	* Cumul	evocations	et cumul inverse
1 *	10	10	6.7 %	150 100.0 %
2 *	4	18	12.0 %	140 93.3 %
3 *	3	27	18.0 %	132 88.0 %
4 *	3	39	26.0 %	123 82.0 %
5 *	3	54	36.0 %	111 74.0 %
6 *	3	72	48.0 %	96 64.0 %
8 *	1	80	53.3 %	78 52.0 %
10 *	1	90	60.0 %	70 46.7 %
12 *	1	102	68.0 %	60 40.0 %
14 *	1	116	77.3 %	48 32.0 %
34 *	1	150	100.0 %	34 22.7 %

ANEXO B – Distribuição dos termos evocados segundo quadrantes do quadro de quatro casas - EVOC 2003

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 ≥ 8

et

le Rang Moyen < 3

depressão	34	2,941
morte	10	1,900

Cas ou la Fréquence ≥ 8

et

le Rang Moyen ≥ 3

desesperança	14	3,143
medo	8	3,750
saída	12	3,417

Cas ou la Fréquence < 8

et

le Rang Moyen < 3

alívio	5	2,400
arrependimento	4	2,250
dor	6	2,000
família	6	2,500
mal	5	2,200
perdas	3	2,333

Cas ou la Fréquence < 8

et

le Rang Moyen ≥ 3

desamor	6	4,333
doença	5	4,200
impotência	4	3,250
libertação	4	3,250
mudança	3	3,667
rejeição	3	4,333

ANEXO C – Dicionário dos termos evocados

1;morte	*desesperança	*fim	desamor	desafeto
2;*morte	*sequelas	escravidão	sofrimento	tristeza
3;morte	*refúgio	liberdade	fuga	*saída
4;*violência	cobrança	preconceito	família	*desamor
5;dor	*decepção	*angústia	desilusão	desespero
6;ruim	*depressão	tristeza	ansiedade	*angústia
7;tristeza	dor	*angústia	*desespero	solidão
8;decepção	*desamor	insegurança	*família	sofrimento
9;*família	*perdas	desilusão	nervoso	desequilíbrio
10;*solidão	*tristeza	perseguição	impotência	dependência
11;sumir	despreocupação	*saída	descanso	*decepção
12;*eliminação	*sofrimento	saída	mudança	melhora
13;ruim	feio	mal	*maldade	*loucura
14;*alívio	*dor	fuga	solução	medo
15;do	pena	coragem	*tristeza	*desamor
16;*tristeza	*doença	morte	desespero	fim
17;*medo	tristeza	decepção	abandono	*depressão
18;*dor	sofrimento	*liberdade	angústia	medo
19;*desespero	*tristeza	ansiedade	solução	libertação
20;*tristeza	melancolia	depressão	solidão	*desamor
21;*depressão	carência	desespero	angústia	*tristeza
22;tristeza	morte	*raiva	*ódio	ilusão
23;alívio	*dor	egoísmo	*medo	auto piedade
24;dúvida	mudança	*medo	*saída	refúgio
25;mãe	pai	trabalho	*rejeição	*abandono
26;erro	*solução	angústia	*medo	insegurança
27;*angústia	*incapacidade	tristeza	ressentimento	desilusão
28;morte	*saúde	*filho	cuidar	culpa
29;*covardia	*desespero	alívio	anormal	preocupante
30;*arrependimento	*saída	descansar	força	viver

ANEXO D – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

Salvador, 29 de abril 2010.

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA / HAN /UFBA

Ofício N° 50/2010

Ref. Projeto de Pesquisa - n.º50/2010

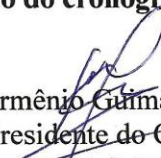
TITULO DO PROJETO: “Vivência de Violência Doméstica em Mulheres que Tentaram Suicídio”

Pesquisadora: Enfª Cíntia Mesquita Correia

Orientadora: Enfª Normélia Maria Diniz

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Ana Néri, após análise do processo de n.º **50/2010**, acima citado considera que o mesmo atende aos princípios éticos em pesquisa em seres humanos, segundo a Resolução **196/96** do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP CNS –MS). Diante do exposto julga o processo **APROVADO**.

Lembramos à necessidade do envio de relatório anual do andamento da pesquisa, dentro do cronograma citado no mesmo protocolo.


Dr. Armênio Guimarães
Presidente do CEP

Dr. Armênio Guimarães
Coord. Comitê de Ética em Pesquisa

Ilm^a Sras.

Pesquisadora: Enfª. Cíntia Mesquita Correia

Orientadora: Enfª. Normélia Maria Diniz

Nesta