



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

ELISSA PERON TOLEDO TREVISAN

**VULNERABILIDADE DE MULHERES QUE TENTARAM SUICÍDIO COM
MEDICAMENTOS PSICOATIVOS.**

MARINGÁ - PR
2010

ELISSA PERON TOLEDO TREVISAN

**VULNERABILIDADE DE MULHERES QUE TENTARAM SUICÍDIO COM
MEDICAMENTOS PSICOATIVOS.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação – Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá - UEM, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dra. Magda Lúcia Félix de Oliveira.

**MARINGÁ - PR
2010**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

Trevisan, Elissa Peron Toledo
T814v Vulnerabilidade de mulheres que tentaram suicídio com medicamentos psicoativos / Elissa Peron Toledo Trevisan. -- Maringá, 2010.

103 f.: il. Color., figs., tabs.
Orientadora : Prof^a. Dr^a. Magda Lúcia Félix de Oliveira.
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Maringá, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2010.

1. Tentativa de suicídio - Mulheres - Medicamento.
2. Psicoativos - Riscos à saúde - Mulheres.
3. Psicoativos - Vulnerabilidade - Tentativa de suicídio. 4. Tentativa de suicídio - Mulheres - Vulnerabilidade. 5. Cuidado de Enfermagem. 6. Cuidado à saúde. I. Oliveira, Magda Lúcia Félix de, orient. II. Universidade Estadual de Maringá. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDD 21.ed. 610.734

ELISSA PERON TOLEDO TREVISAN

**VULNERABILIDADE DE MULHERES QUE TENTARAM SUICÍDIO COM
MEDICAMENTOS PSICOATIVOS.**

Aprovada em:

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Magda Lúcia Félix de Oliveira
Universidade Estadual de Maringá - UEM

Prof^ª. Dr^ª. Edilaine Cristina da Silva Gherardi Donato
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP - USP

Prof^ª. Dr^ª. Sandra Marisa Pelloso
Universidade Estadual de Maringá - UEM

**MARINGÁ - PR
2010**

Aos meus queridos pais, David e Ermelinda.

Em especial, ao meu marido Washington,
grande amor da minha vida.

AGRADECIMENTOS

À Deus, que me deu forças para que, com muito esforço e perseverança, eu conseguisse chegar até aqui.

Aos meus pais, por me ensinar que a educação é a melhor herança que podemos receber.

Ao meu marido, pelo cuidado e dedicação comigo nesses dois anos. Sem você, com certeza eu não chegaria até aqui!

Às minhas irmãs, Aline e Daniela, que sempre torceram por mim nesta etapa da minha vida.

À orientadora Magda, por ter acreditado na minha capacidade e permitido a realização desta conquista.

Aos colegas da Unimed Regional Maringá, em especial Michele e Digmar, por me incentivarem e compreenderem minhas ausências no trabalho.

À Tanimária e Ana Carolina, pela ajuda concedida nos momentos em que precisei.

Às mulheres e famílias que participaram deste estudo, por me receberem em suas casas em um momento de tamanha fragilidade.

À todos que, direta ou indiretamente, participaram deste momento tão especial!

“A persistência é o caminho do êxito.”
(Charles Chaplin)

TREVISAN, E. P. T. **Vulnerabilidade de mulheres que tentaram suicídio com medicamentos psicoativos**. 2010. 103 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2010.

RESUMO

Considerado um grave problema de saúde pública e de causas complexas, o comportamento suicida vem assumindo em todo mundo proporções crescentes e de grande impacto social. Dentro deste contexto, destaca-se a alta participação das drogas psicoativas entre os medicamentos utilizados para tentativas de suicídio em mulheres. A abordagem multidimensional deste problema torna-se importante ferramenta para a prevenção e aplicação de medidas efetivas e específicas a esta população. Levando em conta que o conceito de vulnerabilidade pode contribuir para esta compreensão, o presente estudo tem como objetivo analisar contextos de vulnerabilidade na vida de mulheres que tentaram suicídio com utilização de medicamentos psicoativos. Trata-se de um estudo descritivo exploratório, com delineamento de uma série de casos, utilizando o referencial analítico da vulnerabilidade e a visita domiciliar como recursos para o estudo. Foram efetivamente investigadas 20 mulheres, com idade acima de 18 anos, cujos casos foram registrados no Centro de Controle de Intoxicações do Hospital Universitário de Maringá (CCI/HUM), no ano de 2010. Como fonte de dados foi utilizada a Ficha de Notificação e Atendimento do CCI/ HUM e como instrumento de coleta de dados, um roteiro de entrevista semi-estruturado. Os dados quantitativos foram inseridos no *software* Excel 2003 e analisados em termos de frequências relativas e absolutas. A maioria das mulheres era da raça branca (15 - 75%), estava na faixa etária entre 20 a 39 anos (11 - 55%) e casada (12 - 60%). Quanto à escolaridade, a média de anos estudados foi de 11,2. A depressão foi o transtorno mental mais referido (17-85%). Os medicamentos utilizados na tentativa de suicídio foram, em sua maioria, de uso próprio da mulher (18 - 90%) e estocado em grande quantidade no domicílio. No que se refere ao ambiente familiar, treze mulheres (65%) informaram a existência de algum tipo de transtorno mental e seis (30%) indicaram histórico de tentativa de suicídio por algum membro da família. Em dez (50%), os conflitos eram frequentes, com utilização de drogas de abuso por algum membro em sete casos (35%). Treze mulheres (65%) já haviam sido vítimas de violência, geralmente efetuada pelo cônjuge. Os resultados permitem concluir que, relacionado aos aspectos individuais, as mulheres apresentaram baixa vulnerabilidade frente às tentativas de suicídio, porém, os eventos estressores vivenciados no ambiente familiar conferem a essas mulheres uma alta vulnerabilidade à tentativa de suicídio. Os achados deste estudo sugerem que a atuação dos profissionais de saúde na prevenção das tentativas de suicídio deve ser embasada levando-se em consideração que tais indivíduos estão inseridos dentro de um contexto familiar e social, além dos fatores biológicos. Fortalecer a atuação e promover o empoderamento destas mulheres frente a tais contextos pode ser uma eficiente estratégia de enfrentamento deste problema.

Palavras chave: Tentativa de suicídio. Mulheres. Psicotrópicos. Vulnerabilidade.

TREVISAN, E. P. T. **Vulnerability of women who attempted suicide using psychoactive drugs. 110f. Dissertação.** 2010. 103 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2010.

ABSTRACT

Suicidal behavior has been considered a serious public health problem with complex causes and has been growing proportions all over the world with great social impact. In this context, the great participation of psychoactive drugs is prominent among the drugs used by women in suicidal attempts. Approaching this problem in a multidimensional way constitutes important tool for preventing and applying effective and specific actions for this population. Considering that the concept of vulnerability may contribute to this discussion, the present study focuses on the analysis of vulnerability contexts in the life of women who tried suicide using psychoactive drugs. This descriptive and exploratory study tries to delineate a series of cases using the analytical reference of vulnerability and home visit as data to be studied. Twenty women have been effectively investigated, ages over eighteen years old, whose cases were registered in the Intoxication Control Centre in the State University Hospital in Maringá (CCI/HUM) during the year 2010. The Notification Form, the Patient Form and a semi-structured interview script were used for data source. The quantity data were inserted in the software Excel 2003 and analyzed in their relative and absolute frequency. Most women were white (15-75%), between 20 and 39 years old (11-55%) and married (12-60%). There was an average of educational years of 11.2. Depression was the most usual mental disorder (17-85%). The drugs used for suicide attempts were mostly the own women's drugs (18-90%) and stored in big quantity at their homes. Concerning family environment, thirteen women (65%) informed at least one type of mental disorder and six (30%) revealed suicide attempt history of at least one member in the family. In the case of ten women (50%), conflicts were constant with drug abuse in seven (35%) of the cases. Thirteen women had already been victims of violence, usually committed by their partners. The results lead us to the conclusion that women have low vulnerability to suicide attempts, but the stressing events inside their homes bring them high vulnerability to suicide attempt. The results in this study also suggest the professionals to act based on the fact that the patients are inserted in a social and familiar context, besides the biological factors. Giving strength and power for these women and their actions in these contexts could be efficient strategy for facing this problem.

Keywords: Suicide attempt. Women. Psychotropics. Vulnerability.

TREVISAN, E. P. T. **Vulnerabilidad en las mujeres que han intentado suicidio con medicamentos psicoactivos.** 2010. 103 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2010.

RESUMEN

Considerado como uno de los graves problemas de la salud pública y de causas complejas, el comportamiento suicida ha tomado proporciones crecientes de gran impacto social en todo el mundo. En este contexto, se destaca la gran participación de las drogas psicoactivas entre los medicamentos que han sido utilizados para las tentativas de suicidio en las mujeres. El abordaje multidimensional para este problema es una importante herramienta para la prevención y aplicación de medidas efectivas y específicas para esta población. Teniendo en cuenta que el concepto de vulnerabilidad puede contribuir para tal comprensión, el presente estudio tiene como objetivo analizar contextos de vulnerabilidad en la vida de mujeres que han intentado suicidio utilizando medicamentos psicoactivos. Se trata de un estudio descriptivo exploratorio, con delineación de una serie de casos, utilizando el referencial analítico de la vulnerabilidad y la visita domiciliar como recursos para tal estudio. Han sido efectivamente investigadas 20 mujeres, mayores de 18 años, cuyos casos han sido registrados en el Centro de Control de Intoxicaciones del Hospital Universitario de Maringá (CCI/HUM), del año 2010. Como fuente de datos ha sido utilizada la Ficha de Notificación y Atendimiento del CCI/ HUM y como instrumento para la colecta de datos, una guía de entrevista semiestructurada. Los datos cuantitativos han sido adjuntos en el *software* Excel 2003 y han sido analizados en términos de frecuencias relativas y absolutas. La mayoría de las mujeres han pertenecido a la raza blanca (15 - 75%), con edad entre 20 a 39 años (11 - 55%) y casadas (12 - 60%). Con relación a la escolaridad, ha habido un promedio de 11,2 años estudiados. La depresión ha sido el trastorno mental más mencionado (17-85%). Los medicamentos utilizados en el intento de suicidio han sido, en su mayoría, consumidos por la mujer (18 - 90%) y han sido almacenados en grandes cantidades en el domicilio. Con relación al ambiente familiar, trece mujeres (65%) han informado la existencia de algún tipo de trastorno mental y seis (30%) han indicado histórico de intento de suicidio por algún miembro de la familia. En diez (50%), los conflictos eran frecuentes, con utilización de drogas de abuso por algún miembro en siete casos (35%). Trece mujeres (65%) ya habían sido víctimas de violencia, generalmente habían sido efectuadas por el cónyuge. Los resultados permiten concluir que, con relación a los aspectos individuales, las mujeres han presentado baja vulnerabilidad frente a las tentativas de suicidio, pero, los eventos estresantes vividos en el ambiente familiar confieren a estas mujeres una alta vulnerabilidad a la tentativa de suicidio. Los hallazgos de este estudio sugieren que la actuación de los profesionales de salud en la prevención de las tentativas de suicidio debe basarse teniendo en cuenta que dichos individuos están incluidos dentro de un contexto familiar y social, más allá de los factores biológicos. Reforzar la actuación y promover el poder de estas mujeres frente a tales contextos puede ser una estrategia eficiente de enfrentamiento del problema.

Palabras claves: Tentativa de suicidio. Mujeres. Psicótipos. Vulnerabilidad.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E TABELAS

Figura 1: Definição da população em estudo. Maringá – PR, fevereiro a julho, 2010..... 23

ARTIGO 1

Tabela 1: Distribuição dos fatores para vulnerabilidade social das mulheres entrevistadas. Maringá Paraná, 2010..... 38

Tabela 2: Distribuição dos fatores para vulnerabilidade social nas famílias das mulheres entrevistadas. Maringá - Paraná, 2010..... 39

Tabela 3: Distribuição dos fatores para vulnerabilidade social no ambiente familiar das mulheres entrevistadas. Maringá - Paraná, 2010. 40

ARTIGO 2

Tabela 1: Distribuição da finalidade de uso dos medicamentos utilizados pelas mulheres da série de casos para a tentativa de suicídio. Maringá - Paraná, 2010..... 56

Tabela 2: Distribuição das formas de acesso e disponibilidade dos medicamentos psicoativos envolvidos na tentativa de suicídio das mulheres. Maringá - Paraná, 2010..... 57

ARTIGO 3

Quadro1: Classificação dos contextos de vulnerabilidade segundo componentes analíticos..... 71

Tabela 1: Contextos de vulnerabilidade individual das mulheres que tentaram suicídio com medicamentos psicoativos. Maringá -Paraná, 2010..... 73

Quadro 2: Contextos de vulnerabilidade social das mulheres que tentaram suicídio: violências e família. Maringá –Paraná, 2010. 76

Quadro 3: Contextos de vulnerabilidade social das mulheres que tentaram suicídio: questões afetivo-sociais. Maringá -Paraná, 2010..... 77

Quadro 4: Contextos de vulnerabilidade programática das mulheres. Maringá - Paraná, 2010.....	79
---	----

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
1.1 Justificativa do Estudo e Delimitação do Problema	14
1.2 Mulheres, Suicídio e Medicamentos Psicoativos	15
1.3 Conceituando Vulnerabilidade	18
2. OBJETIVOS	21
2.1 Objetivo Geral	21
2.2 Objetivos Específicos	21
3. MATERIAL E MÉTODOS	22
3.1 Delineamento do Estudo.....	22
3.2 Local de Estudo	22
3.3 População em Estudo	23
3.4 Aspectos Éticos	26
3.5 Fonte e Instrumento de Coleta de Dados.....	26
3.7 Procedimentos de Coleta de Dados	31
3.8 Processamento e Análise dos Dados	32
3.9 Apresentação dos Resultados	32
4. ARTIGO 1	33
5. ARTIGO 2.....	50
6. ARTIGO 3.....	65
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	84
REFERÊNCIAS	86
APÊNDICES	89
ANEXOS	97

1. INTRODUÇÃO

1.1 Justificativa do Estudo e Delimitação do Problema

Compreender a vulnerabilidade de mulheres que tentaram o suicídio com utilização de medicamentos psicoativos, a partir da indagação “Quais os contextos de vulnerabilidade dessas mulheres para o evento suicida?”, motivou o presente estudo, considerando a relevância social do suicídio, da tentativa de suicídio e do reconhecimento da magnitude dos medicamentos psicoativos como agentes para tentativa de suicídio em mulheres.

A análise do Banco de Dados do Centro de Controle de Intoxicações do Hospital Universitário Regional de Maringá (CCI/ HUM), em estudo para estabelecer o perfil de mulheres que tentaram suicídio no ano de 2008, indicou 308 casos de tentativas de suicídio por agentes químicos. Duzentos e cinquenta (81,2%) ocorreram com o uso de medicamentos, destacando os medicamentos psicoativos, 186 casos (74,4%). Chamou atenção, ainda, o número de casos de mulheres que utilizavam os medicamentos psicoativos de forma contínua – 101 (54,3%) (TREVISAN et al., 2010).

Também, em estudo realizado em uma série de casos por Rabelo (2008), cujo objetivo foi analisar o uso de medicamentos psicoativos em jovens que tentaram suicídio, apontou que 70,6% (12 jovens) tentaram suicídio com medicamento psicoativo de uso próprio e contínuo. Os jovens possuíam fácil acesso a medicamentos, armazenados em locais inadequados em seus domicílios e a automedicação era frequente, com indício de aquisição ilegal de medicamentos psicoativos em três casos.

Quanto à discussão de gênero, Santos et al. (2009), com objetivo de estimar a prevalência dos transtornos mentais nos casos de tentativas de suicídio, verificaram o predomínio do gênero feminino, com histórico de tentativas anteriores e abuso/dependência de substâncias psicoativas, reforçando os fatores de risco indicados dos pela Organização Mundial de Saúde – OMS, em 2006.

Estes dados alertam para o uso de medicamentos psicoativos nas tentativas de suicídio, principalmente os medicamentos de uso próprio e contínuo, reafirmado em vários estudos, corroborando para a relevância do tema definido para a presente dissertação (SANTOS et al., 2009; RABELO, 2008; GANDOLFI; ANDRADE, 2006; WERNECK et al., 2006; RIOS et al., 2005).

Dentro de uma perspectiva histórica, Meleiro e Bahls (2004) indicam que o ato de tirar a própria vida sempre esteve envolvido por tabu e preconceito, despertando um efeito

desconfortável entre as pessoas, e, embora seja um tema mundialmente estudado, carece de investigações voltadas à realidade brasileira.

Também, o aumento do comportamento suicida vem gerando demanda aos serviços de saúde e o enfermeiro, enquanto cuidador de um ser humano fragilizado necessita compreender o evento suicida como um pedido de ajuda, livre de aspectos preconceituosos e discriminatórios. Somente conhecendo os diversos fatores envolvidos na procura pela morte é que o profissional enfermeiro poderá prestar um atendimento humanizado ao paciente, não somente cuidando de suas necessidades biológicas, mas também colaborando para amenizar o sofrimento psíquico presente nesses casos (ABASSE et al., 2009; KOHLRAUSCH et al., 2008).

Estudar a tentativa de suicídio contribui para o estabelecimento de medidas para a prevenção do suicídio, pois 60 a 75% das pessoas que cometeram suicídio procuraram um médico um a seis meses antes de se auto-aniquilarem ou apresentaram tentativas de suicídio recorrentes, principalmente mulheres (CAMPOS, 2009).

A complexidade do evento suicida em mulheres coloca em foco as relações desiguais de gênero existentes, levando-se em conta os aspectos sociais, políticos, econômicos e culturais que determinam os contextos de vulnerabilidade aos quais as mulheres estão submetidas. Ao considerar estes contextos, as análises e intervenções tendem a ser mais efetivas e adequadas, pois o conhecimento de fatores que influenciam a ocorrência desse evento colabora para que meios efetivos de prevenção possam ser executados.

1.2 Mulheres, Suicídio e Medicamentos Psicoativos

Desde a sociedade mais remota à contemporânea, são atribuídos papéis de gênero à mulher e ao homem, com objetivos e reconhecimento social distintos. São papéis não naturais, socialmente construídos. A diferença corporal entre os homens e as mulheres são os 'pilares fundadores da sociedade', o dinamismo social tem permitido a evolução no sentido da igualdade entre os dois gêneros, mas não foi ainda eliminada a diferença vivida em sociedade por homens e mulheres (CALVINHO; RAMOS, 2008).

Gênero é a forma de apontar as construções sociais, na idéia de papéis diferentes para homens e mulheres. É uma maneira de se referir às origens exclusivamente sociais das identidades subjetivas dos homens e mulheres. Desde muito tempo a construção social da história da mulher está baseada na submissão ao homem, na inferioridade e na incapacidade de igualar os sexos. Até os dias de hoje a relação entre homens e mulheres se baseia na

demarcação de papéis diferentes, de certa forma favorecendo o homem, permitindo-lhe oportunidades de modo desigual em relação às mulheres (SILVA; VARGENS, 2009).

As diferenças de gênero têm duas dimensões distintas: social e biogenética. A primeira consiste nos fatores socioculturais que diferenciam os papéis dos homens e das mulheres na estrutura social; a segunda refere-se ao efeito dos respectivos sistemas biológicos (SOARES; MIRANDA, 2005).

Essa divisão sexual dos papéis, que se baseia em caracteres naturais e biológicos, possibilita e induz a constituição de suicídios considerados próprios aos homens e outros às mulheres, bem como institui formas e maneiras de se suicidar por meios considerados masculinos ou femininos. A universalidade do feminino estabelece mulher como um grupo homogêneo, com interesses, perspectivas, objetivos e experiências similares. É importante contextualizar mulher, se quisermos mudar seu futuro (SILVA, 1998; LOPES, 2007).

Para Oliveira e Pelloso (2004) os estudos de categoria de gênero produzem conhecimento que permite uma releitura das relações estabelecidas pela compreensão do papel social e das diferenças constitucionais de identidade e viabiliza um olhar mais atento a respeito das mudanças ocorridas no espaço social das mulheres nos últimos anos. Por essa razão, há que se considerar que, a partir da compreensão das questões que envolvem a mulher, pode-se refletir sobre medidas que busquem a amplitude e a efetivação do direito à cidadania.

Para Silva (1999), no que diz respeito à saúde e à doença, a situação das mulheres aparenta ser menos privilegiada que a dos homens. Quando medido o estado de saúde através do número médio de dias de hospitalização (excluído o parto), da incapacidade de trabalho e do consumo de medicamentos, as mulheres aparecem adoecendo mais ao longo de todas as idades da vida.

A realização de ações para promoção da igualdade e equidade de gênero, raça, etnia e orientação sexual, contribuem para estimular a difusão de imagens não discriminatórias e não estereotipadas das mulheres. Mas, para enfrentar esse problema visando à redução das vulnerabilidades de forma equitativa, é fundamental considerar que alguns grupos de mulheres podem ser afetadas mais fortemente mediante um agravo (BRASIL, 2009).

Os suicídios resultam de uma complexa interação de fatores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos, culturais e ambientais. A redução de perda de vidas ocasionadas pelo suicídio tornou-se um objetivo internacional essencial em saúde (OMS, 2006a).

As tentativas de suicídio incluem quaisquer atos dirigidos contra a própria pessoa que levarão a morte caso não forem interrompidos. Já o suicídio consumado pode ocorrer depois que os sinais de alerta foram ignorados ou menosprezados (STUART; LARAIA, 2001).

O suicídio feminino constitui uma problemática de certa forma específica, na medida em que, embora com menores taxas do que o sexo masculino, as mulheres apresentam maiores taxas de tentativa de suicídio, que se supõem influenciadas pela maior tendência a estados sub-depressivos relacionados à baixa auto-estima, resultante cultural de gênero (SILVA, 1999).

As mulheres tentam mais suicídios que os homens, pois geralmente não desejam o suicídio no sentido de destruição, mas como fuga de sua vida presente e de sua condição de gênero. Dessa maneira, seria possível compreender as razões de elas não se disporem de meios considerados 'radicais'. Estudos em vários países definem que os tentadores de suicídio são, em sua maioria, mulheres jovens, com idade inferior a 30 anos, de classe social baixa e utilizando como principal método a overdose de medicamentos (LOPES, 2007; DUTRA, 2002; BOTEGA; RAPELLI; FREITAS, 2004).

No tocante aos medicamentos, a utilização de estratégias de marketing pelo mercado farmacêutico explora fortemente os componentes simbólicos que associam os medicamentos a resultados que ultrapassam suas potencialidades reais. Assim, enquanto objeto de consumo, a demanda por medicamentos não necessariamente se encontra em consonância com as necessidades prioritárias da população, e seu uso pode resultar intoxicações e doenças iatrogênicas, realimentando o sistema com mais demandas ao setor saúde (BRASIL, 2006).

No século XX, os medicamentos tornaram-se uma importante ferramenta terapêutica nas mãos dos profissionais da saúde, sendo responsáveis por parte significativa da melhoria da qualidade e expectativa de vida da população. Entretanto, para que a farmacoterapia tenha êxito e produza os resultados esperados, é preciso que os medicamentos tenham eficácia, segurança, qualidade e que sejam prescritos e utilizados adequadamente (ARRAIS, 2004).

O consumo de medicamentos é influenciado por diversos fatores, tais como o acesso aos serviços de saúde, a cultura médica, a facilidade de acesso aos medicamentos, além da forma como a população compreende e conceitua as doenças e os tratamentos. Outro fator preponderante é a pressão dos fabricantes sobre médicos e usuários, gerando uma tensão entre a necessidade sanitária dos medicamentos e a necessidade de expansão constante do mercado (ARRAIS, 2004; NASCIMENTO, 2000).

Em 2006, os medicamentos lideraram a lista de agentes causadores de intoxicação em seres humanos no Brasil, comportamento que vem sendo observado desde 1996, de acordo com os registros do Sistema Nacional de Informações Tóxico-farmacológicas – SINITOX (RABELO, 2008).

Para Rodrigues, Facchini e Lima (2006), a utilização de medicamentos psicoativos tem crescido nas últimas décadas devido ao aumento da frequência de diagnósticos de transtornos psiquiátricos na população, à introdução de novos psicoativos no mercado farmacêutico e às indicações terapêuticas de psicoativos já existentes. Ainda, com a criação dos diversos Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS), ocorreu um aumento do acesso gratuito aos medicamentos psicoativos por parte dos usuários do SUS (RABELO, 2008).

Entende-se por medicamentos psicoativos substâncias que alteram o funcionamento do cérebro, podendo modificar as sensações, o humor, a consciência ou outras funções psicológicas e comportamentais. São modificadores seletivos do sistema nervoso central (SNC), classificados, dependendo dos efeitos provocados no cérebro, em medicamentos depressores, estimulantes e/ou perturbadores da atividade do SNC (DIAS; PINTO, 2006).

Os medicamentos psicoativos representam uma parte significativa dos medicamentos utilizados no Brasil, responsáveis por 13,6% das receitas médicas prescritas em 2000, sendo que, destas, 29,7% foram preenchidas por médico clínico geral, 19,3% por psiquiatra, 9,5% por neurologista, 5,6% por cardiologista e 4,1% por ginecologista/obstetra. Entre os grupos de medicamentos psicoativos mais comercializados encontram-se o grupo dos ansiolíticos seguido dos antidepressivos (CARLINI; NAPPO, 2003).

Segundo Dal Pizzol et al. (2006), os programas destinados à prevenção do uso abusivo de substâncias psicoativas tendem a não avaliar corretamente a relevância do uso dos medicamentos, apesar dos reconhecidos riscos à saúde a ele associados, os quais são agravados quando o medicamento é desnecessário ou utilizado de forma inadequada.

1.3 Conceituando Vulnerabilidade

O termo vulnerabilidade, oriundo da área de Direitos Humanos, inicialmente designava um grupo ou indivíduos fragilizados na promoção, proteção ou garantia de seus direitos. A expressão começou a ser mais difundida em 1992 após a publicação, nos EUA, do texto *Aids in the world*, de Mann, Tarantola e Netter (1992).

No âmbito das intervenções preventivas da Aids, a vulnerabilidade surgiu como uma tentativa de discutir o estatuto comportamental que a idéia de risco veicula. A partir do trabalho de Mann, Tarantola e Netter (1992), vem ocorrendo o retorno de um termo já utilizado pela saúde pública brasileira nos anos 80, então como critério de estabelecimento de prioridades para enfrentar quadros de morbidade. O conceito de vulnerabilidade, novamente alavancado, designa, em termos gerais, as condições de maior ou menor fragilidade de grupos

populacionais, de modo a incluir dimensões políticas e econômicas, além dos aspectos comportamentais (OLIVEIRA, 2004).

Segundo Guilhem (2000), vulnerabilidade é o conjunto de fatores de natureza biológica, epidemiológica, social e cultural cuja interação amplia ou reduz o risco ou a proteção de uma pessoa frente a uma determinada doença ou dano e substitui o conceito clássico de fatores de risco.

Para Palma e Mattos (2001), existe vulnerabilidade quando ocorre: desinteresse do indivíduo em relação a situações de perigo; falta de acesso a serviços e/ ou informações; e, finalmente, falta de autoconfiança para sustentar ou implementar mudanças no próprio comportamento. Ser vulnerável é ter pouco ou nenhum controle sobre o risco de adquirir uma doença e, para aqueles já afetados, ter pouca ou nenhuma assistência e tratamento adequados, pois a vulnerabilidade é influenciada por fatores pessoais e sociais.

Para avaliar a susceptibilidade de grupos de indivíduos a determinados agravos, pode-se apropriar do referencial de Mann, Tarantola e Netter (1992), que define três planos interdependentes de determinação e de apreensão de maior ou menor vulnerabilidade: o comportamento pessoal, ou vulnerabilidade individual; o contexto social, ou vulnerabilidade social; e as ações governamentais para enfrentar a ‘epidemia’, ou vulnerabilidade programática.

O componente individual diz respeito ao grau e à qualidade da informação de que os indivíduos dispõem sobre o problema; à capacitação de elaborar essas informações e incorporá-las ao seu repertório cotidiano de preocupações; e, finalmente, às possibilidades efetivas de transformar essas preocupações em práticas (OLIVEIRA, 2004).

O componente social considera que a obtenção de informações, as possibilidades de metabolizar essas informações e o poder de incorporá-las a mudanças práticas não depende só dos indivíduos, mas de aspectos como acesso a meios de comunicação, grau de escolaridade, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas, possibilidade de enfrentar barreiras culturais (OLIVEIRA, 2004).

No componente programático, para que os recursos sociais de que os indivíduos necessitam, para não se expor e se proteger dos danos sejam disponibilizados de modo efetivo e democrático, é fundamental a existência de esforços governamentais voltados nessa direção. Quanto maior for o grau e a qualidade de compromisso, recursos, gerência e monitoramento de programas nacionais, regionais ou locais de prevenção e cuidado relativos à epidemia em questão, maiores serão as chances de canalizar os recursos sociais existentes, otimizar seu uso

e identificar a necessidade de outros recursos, fortalecendo os indivíduos frente ao agravo (OLIVEIRA, 2004).

Este modelo explicativo pode ser aplicado na temática Suicídio, considerado um problema de saúde pública de âmbito mundial. A OMS (2006b) adverte que os principais fatores de risco para suicídio são as tentativas de suicídio anteriores e a existência de transtornos mentais (especialmente depressão, esquizofrenia, transtorno bipolar e uso de substâncias psicoativas), enumerando outros fatores de risco relativos a fatores sociodemográficos, psicológicos e condições clínicas incapacitantes que não devem ser negligenciados na avaliação desse risco. Porém, o suicídio pode ocorrer também na ausência de qualquer fator de risco.

Em todas as sociedades, há diferenças entre os papéis sociais desempenhados por homens e mulheres. Tais diferenças se expressam de forma desfavorável às mulheres, transformando-se em desigualdades de gênero que as prejudicam e constituem fatores estruturantes da vulnerabilidade feminina. As desigualdades entre os gêneros estruturam diferentes graus de discriminação das mulheres, excluindo-as da participação em dimensões fundamentais da vida em sociedade e restringindo sua liberdade no exercício pleno dos seus direitos fundamentais (BRASIL, 2009).

Sabe-se que essa desigualdade tem produzido historicamente uma submissão e inferiorização da mulher, que ainda permanecem excluídas do poder de decisão na vida pública e privada, recebem baixos salários e inferiores aos dos homens para os mesmos trabalhos e são atingidas pela violência cotidiana, doméstica e sexual (SILVA; VARGENS, 2009).

Em *Relatório sobre a saúde mental no mundo* (2001), a Organização Pan-Americana da Saúde, aponta que os múltiplos papéis desempenhados pela mulher na sociedade contribuem para um aumento significativo da incidência de transtornos mentais e comportamentais, pois estas continuam com o fardo da responsabilidade associada aos papéis de esposas, mães, educadoras e cuidadoras, tornando-se ao mesmo tempo uma parte cada vez mais essencial da mão-de-obra e, frequentemente, constituindo-se na principal fonte de renda familiar. Além das pressões impostas às mulheres devido à expansão de seus papéis, muitas vezes em conflito, elas são vítimas de discriminação sexual, concomitante à pobreza, à fome, à desnutrição, ao excesso de trabalho e à violência doméstica e sexual (SANTOS, 2009).

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Analisar os contextos de vulnerabilidade na vida de mulheres que tentaram suicídio com utilização de medicamentos psicoativos.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar as mulheres e família, segundo variáveis sociodemográficas, econômicas e de saúde.
- Verificar a finalidade de uso, o acesso e a disponibilidade dos medicamentos psicoativos utilizados na tentativa de suicídio.
- Identificar a vulnerabilidade individual, social e programática das mulheres que tentaram suicídio.

3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Delineamento do Estudo

Foi realizado um estudo descritivo exploratório, com delineamento de uma série de casos, com utilização do referencial teórico e analítico da vulnerabilidade e a visita domiciliar como recursos para o estudo. A pesquisa exploratória visa proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo explícito ou a construir hipóteses, e o estudo descritivo visa descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis (GIL, 1991; MANN, TARANTOLA; NETTER, 1992).

O estudo de série de casos é utilizado para grupos com 10 ou mais pessoas, com uma doença ou um problema em particular, sendo comum a análise retrospectiva da vida do indivíduo. Permite ao investigador avaliar a participação do acaso, além de permitir o delineamento do quadro clínico de uma doença (CROSTA et al., 2005; FLETCHER; FLETCHER; WAGNER, 1996).

3.2 Local de Estudo

Os casos estudados foram registrados no Centro de Controle de Intoxicações do Hospital Universitário Regional de Maringá (CCI/ HUM).

O HUM, certificado como hospital ensino, é uma instituição pública do Estado do Paraná, que destina seu atendimento ao SUS. É vinculado à Secretaria de Estado da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior e à Secretaria de Saúde. Referenciado como tipo II para atendimento em urgência e emergência, o Pronto Socorro é a única porta de entrada para pacientes atendidos pelo SUS neste nível de complexidade realizando, em média, 150 atendimentos diários.

O Centro de Controle de Intoxicações (CCI) é um órgão de assessoria e consultoria na área de urgências toxicológicas, e atende em regime de plantão permanente no HUM. Fornece informações toxicológicas a profissionais da saúde e à população em geral, desenvolve ações educativas e atividades científicas, e atua na vigilância epidemiológica das intoxicações (toxicovigilância), no acompanhamento de internações hospitalares, análises toxicológicas e na manutenção do banco de soros e antídotos. A existência do CCI no HUM, torna o Hospital

referência macrorregional para as urgências toxicológicas, principalmente as de maior gravidade.

3.3 População em Estudo

A população do presente estudo foi composta por mulheres que tentaram suicídio utilizando medicamentos psicoativos, com idade acima de 18 anos e residentes no município de Maringá-Paraná, registradas no CCI/HUM no período de fevereiro a julho de 2010.

Adotou-se a idade acima de 18 anos respeitando a maioridade civil, uma vez que as entrevistas seriam realizadas com a própria mulher, e optou-se por residentes em Maringá para facilitar o desenvolvimento do trabalho de campo com a realização das visitas domiciliares para as entrevistas.

No período em estudo, foram registradas 154 tentativas de suicídio em mulheres no CCI/HUM. Considerando os critérios de inclusão, foram selecionadas para o estudo 41 mulheres - 26,6% - do total de tentativa de suicídio registradas no período, e efetivamente investigadas 20 delas - 48,8%. (Figura 1)

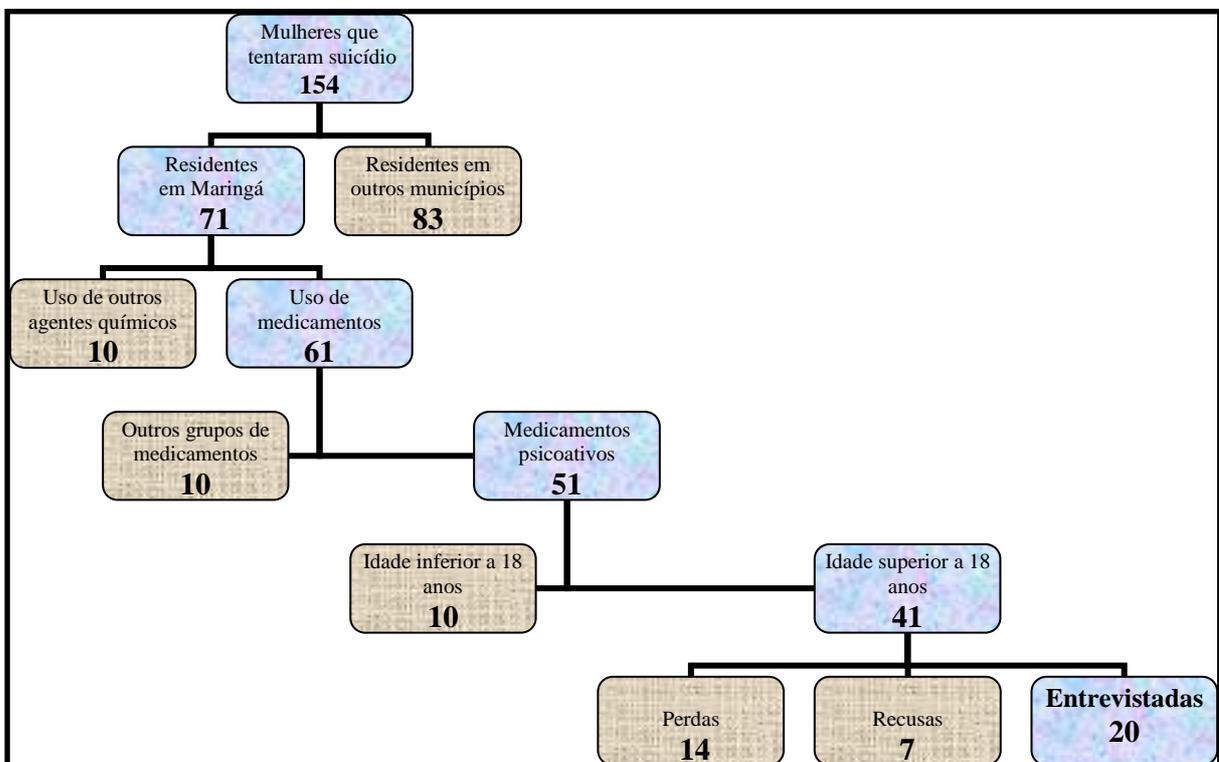


Figura 1: Definição da população em estudo. Maringá – PR, fevereiro a julho, 2010.

Foram considerados perdas e recusas os seguintes casos:

Perda 1: Mulher de 20 anos, ingeriu benzodiazepínicos e antidepressivos, após discussão com o companheiro. Realizava tratamento psiquiátrico para depressão, com uso contínuo das mesmas medicações utilizadas na tentativa de suicídio e com histórico de recorrência. Havia se mudado do endereço registrado no CCI/HUM.

Perda 2: Mulher de 23 anos, ingeriu benzodiazepínicos após briga com o pai. Faz tratamento psiquiátrico para depressão, com uso de medicação psicoativa continuamente e já tentou suicídio anteriormente.

Perda 3: Mulher de 18 anos, ingeriu antidepressivos após discussão com o namorado. Faz uso contínuo de medicamento psicoativo para tratamento de depressão.

Perda 4: Mulher de 21 anos, ingeriu anticonvulsivantes, sem motivo conhecido. Não faz uso de medicamento psicoativo continuamente e não tem histórico de tentativa de suicídio anterior. Foram realizadas duas idas à residência, sem sucesso.

Perda 5: Mulher de 53 anos, ingeriu benzodiazepínicos e antidepressivos no dia do aniversário de falecimento de seu filho.

Perda 6: Mulher de 56 anos, ingeriu antidepressivos e anticonvulsivantes, sem motivo conhecido. Faz tratamento psiquiátrico para depressão com uso contínuo das mesmas medicações utilizadas na tentativa de suicídio e com histórico de recorrência.

Perda 7: Mulher de 31 anos, ingeriu neurolépticos após briga com a mãe. Faz tratamento psiquiátrico para depressão com uso contínuo da medicação utilizada na tentativa de suicídio e com histórico de recorrência. Foram realizadas duas idas à residência, mas a mulher não estava em casa.

Perda 8: Mulher de 24 anos, ingeriu neurolépticos de sua mãe, sem relatar o motivo. Não faz uso de medicamentos continuamente.

Perda 9: Mulher de 29 anos, ingeriu neurolépticos e benzodiazepínicos, após tentou causar um incêndio em sua casa. Faz tratamento psiquiátrico com uso contínuo dos medicamentos psicoativos utilizados na tentativa de suicídio e com histórico de recorrência..

Perda 10: Mulher de 48 anos, ingeriu benzodiazepínicos. Faz tratamento psiquiátrico com uso de medicamento continuamente.

Perda 11: Mulher de 44 anos, ingeriu quantidades não informadas de benzodiazepínicos e neurolépticos após discussão com a família.

Perda 12: Mulher de 27 anos, ingeriu tranquilizantes. Tem histórico de recorrência de tentativa de suicídio por três vezes.

Perda 13: Mulher de 29 anos, ingeriu tranquilizantes e antidepressivos. Faz tratamento psiquiátrico e não tem histórico de tentativa de suicídio anterior. Não constava número da casa na ficha e ao fazer contato telefônico, optou-se por não realizar a entrevista, uma vez que a mulher não estava bem.

Perda 14: Mulher de 44 anos, ingeriu benzodiazepínicos sem informar o motivo. Tem depressão e faz tratamento psiquiátrico, não tem histórico de tentativa de suicídio anterior.

As perdas aconteceram, principalmente, por endereço e número de telefone inexistente ou incorreto. Tal fato pode ser explicado pela origem da população (mulheres que tentaram suicídio), pois as mesmas, geralmente não querem ser identificadas, omitindo ou relatando dados de identificação no atendimento.

Recusa 1: Mulher de 32 anos, ingeriu benzodiazepínicos após briga com o marido. Não tem histórico de recorrência e faz uso contínuo do medicamento utilizado para a tentativa de suicídio. Número da casa registrado na ficha não existia e ao fazer contato telefônico, mulher ficou de retornar o telefonema para marcarmos a entrevista, porém não houve retorno.

Recusa 2: Mulher de 55 anos em dupla tentativa de suicídio, ingeriu benzodiazepínicos e anticonvulsivantes sem relatar o motivo. Tem depressão e transtorno bipolar, com histórico recorrência e faz tratamento psiquiátrico com uso contínuo das medicações utilizadas nas tentativas de suicídios. Realizado visita à residência da mulher que solicitou que voltássemos outro dia para a entrevista. Ao fazer contato telefônico para o retorno, marido recusou a participação.

Recusa 3: Mulher de 28 anos que ingeriu benzodiazepínicos e antidepressivos, sem motivo conhecido. Faz tratamento psiquiátrico para depressão com uso contínuo das medicações utilizadas na tentativa de suicídio. Realizado visita à residência da mulher, que se recusou a participar.

Recusa 4: Mulher de 36 anos, ingeriu tranquilizantes sem relatar o motivo. Tem depressão com uso contínuo das medicações utilizadas na tentativa de suicídio e já tentou suicídio. Realizado visita à residência da mulher, que se recusou a participar.

Recusa 5: Mulher de 19 anos, ingeriu hipnóticos após briga com namorado. Faz uso contínuo da medicação utilizada na tentativa de suicídio, porém sem acompanhamento psiquiátrico. Realizado visita à residência da mulher, que se recusou a participar.

Recusa 6: Mulher de 57 anos, ingeriu anticonvulsivantes sem relatar o motivo. Faz uso contínuo da medicação utilizada na tentativa de suicídio e acompanhamento psiquiátrico. Número da casa registrado na ficha não existia e ao fazer contato telefônico, mulher recusou a participação.

Recusa 7: Mulher de 26 anos que ingeriu anticonvulsivantes. Faz uso contínuo da medicação utilizada na tentativa de suicídio e acompanhamento psiquiátrico. Não havia registro do número da residência na ficha. Ao fazer contato telefônico, mulher inicialmente concordou em participar e marcamos uma data para realização da entrevista. Porém, ao chegar à residência, sua irmã atendeu e relatou que ela não estava.

3.4 Aspectos Éticos

Para a realização da pesquisa, foi solicitada autorização à direção do Hospital Universitário Regional de Maringá e à coordenação do Centro de Controle de Intoxicações para consultar os registros dos casos notificados referentes ao estudo.

Posteriormente, o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos – COPEP, da Universidade Estadual de Maringá, sendo aprovado mediante o Parecer nº 035/2010. Foram cumpridas as exigências éticas e legais estabelecidas na Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). (Anexo 1)

Em todas as visitas, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), informando os objetivos do estudo e a liberdade de desistir da participação, em qualquer momento pesquisa, assegurado sigilo quanto às informações prestadas e anonimato sempre que os resultados da pesquisa precisarem ser divulgados. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias, ficando uma via com o pesquisador e a outra com a mulher entrevistada. No caso da participante analfabeta, o TCLE foi lido pela pesquisadora. (Apêndice 1)

Um cuidado importante efetuado após as entrevistas foi o oferecer às mulheres acompanhamento psicológico gratuito através do Ambulatório de Psicologia do CCI/HUM.

3.5 Fonte e Instrumento de Coleta de Dados

Como fonte de dados foi utilizada a Ficha de Notificação e Atendimento do CCI/HUM e como instrumento de coleta de dados, um roteiro de entrevista.

3.5.1 *A Ficha de Notificação e Atendimento do CCI/HUM*

Os indivíduos intoxicados são cadastrados no CCI/HUM por meio do preenchimento da ficha de notificação e de atendimento, em modelo padronizado nacionalmente, arquivadas no Serviço, objetivando facilitar o acompanhamento dos casos notificados, a implementação de medidas de prevenção e a vigilância dos eventos.

A Ficha de Notificação e Atendimento, denominada Ficha de Ocorrência Toxicológica (OT), é o instrumento de registro dos casos de intoxicação no CCI/HUM e fornece dados referentes ao paciente e ao acidente toxicológico, objetivando facilitar o acompanhamento dos casos notificados, a implementação de medidas de prevenção e a vigilância epidemiológica dos eventos. O seu preenchimento fica sob a responsabilidade de estagiários e dos profissionais que atuam no CCI/HUM.

A ficha OT compreende os seguintes campos de anotação: data da ocorrência da intoxicação; identificação do paciente; forma de atendimento no CCI/HUM, por contato telefônico ou no próprio Hospital Universitário; tipo, circunstância e local da ocorrência; via de exposição e agente tóxico envolvido; relato de intoxicações anteriores; tratamento inicial, tratamento proposto pelo CCI/HUM e tratamento realizado pelo serviço que solicitou atendimento; forma de apresentação e local de armazenamento do agente tóxico; tempo decorrido do evento e início de sintomas; tempo decorrido do evento e o tratamento; exames complementares solicitados; sinais e sintomas observados; evolução e desfecho clínico do caso. Para este estudo foram utilizados os dados de data da ocorrência da intoxicação; identificação do paciente; agente tóxico envolvido; relato de intoxicações anteriores; forma de apresentação e local de armazenamento do agente tóxico. (Anexo 2)

3.5.2 *O Roteiro de Entrevista*

Como instrumento de coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista semi-estruturado, elaborado pela própria pesquisadora, visando alcançar os objetivos propostos e a operacionalização dos componentes de análise da vulnerabilidade. (Apêndice 2)

Tal roteiro foi dividido em 5 blocos:

Bloco 1: -Mulher e família: dados pessoais e sociodemográficos da mulher e características da família, de acordo com a idade e sexo, escolaridade e profissão de seus membros.

Bloco 2: -Família e seus indicadores sociais: constituição da família e seus indicadores sociais; renda mensal da família; estrutura domiciliar; acesso aos meios de comunicação; atividades de lazer, religiosas e círculo de amizades; acesso aos serviços de saúde; e relacionamento com esses serviços, ou seja, se os percebe como bons ou ruins.

Bloco 3: -Situação de saúde da mulher: hábitos de saúde e vícios; realização de tratamento de saúde e uso de medicamento continuamente.

Bloco 4: -Medicamento psicoativo e o evento suicida: descrição da intoxicação; uso de medicamento psicoativo (acesso, quantidade disponibilizada, local de armazenamento do medicamento, situação em que utilizou o medicamento pela primeira vez, quem prescreveu o medicamento, orientação recebida para o uso do medicamento) e a recorrência de tentativa de suicídio. As questões de número 26 à 30 foram direcionadas à mulher que tentou suicídio com medicamento de uso próprio e as questões de número 31 à 35, direcionadas à mulher que tentou suicídio com medicamento que não era de seu uso próprio.

Bloco 5: -Contextos de vulnerabilidade e o evento suicida: transtorno mental ou intoxicações na família; perda e luto; conflitos e violência familiar; procura por serviços de denúncia; abuso de drogas na família; satisfação referente ao relacionamento conjugal; se já foi vítima de preconceito; sente-se sozinha ou desamparada; sente-se inferiorizada por ser mulher; satisfação com o trabalho e observações do entrevistador.

O roteiro de entrevista foi submetido à avaliação de quatro profissionais, sendo eles: um psicólogo, com especialização em Saúde Mental e experiência na área de Toxicologia; dois enfermeiros, com título de mestre e dissertação com abordagem na área de Toxicologia e um enfermeiro docente com titulação de doutor em Saúde da Mulher. A avaliação dos profissionais sugeriu adequações na estrutura do roteiro e no tipo de abordagem realizada no domicílio.

Para diminuição dos riscos na abordagem à entrevistada, pois a investigação envolveria população vulnerável - mulheres pós tentativa de suicídio – foram realizadas duas visitas domiciliares orientadas pela psicóloga do CCI/HUM, para verificação da melhor forma de abordagem à mulher e à família.

Após esta atividade, foi realizado teste piloto do roteiro de entrevista com o objetivo de estimar o tempo de cada entrevista, identificar dificuldades no preenchimento e na compreensão do roteiro. Foram selecionados aleatoriamente três casos para realização, mas foi possível a aplicação do roteiro de entrevista somente à uma mulher, com a ocorrência de uma recusa e uma perda - número da residência não existia - neste grupo-teste.

Quanto à aplicação do roteiro de entrevista, o teste piloto apontou dificuldades no preenchimento de algumas questões. Após discussão com a orientadora, estas foram excluídas ou reformuladas. Com relação à forma de abordagem à mulher, foi realizada visita domiciliar sem contato telefônico prévio. No entanto, realizou-se contato telefônico no caso em que o número da residência não existia.

3.6 Caracterização da amostra

Os dados referentes à caracterização sociodemográfica das mulheres, caracterização da família e de hábitos e situação de saúde das mulheres, foram distribuídos a partir das seguintes variáveis:

- Caracterização das mulheres:
 - Idade: em anos.
 - Escolaridade: em anos de estudo.
 - Raça: classificada em branca; preta; amarela; parda e indígena (BRASIL, 2006).
 - Estado civil: se solteira; casada; viúva; divorciada e amasiada.
 - Tempo de casada ou amasiada: em anos convividos.
 - Situação ocupacional: se está trabalhando em emprego formal; do lar e desempregada.
 - Religião: católica; evangélica e espírita.
- Caracterização das famílias:
 - Composição da família: número de adultos, jovens e crianças residentes na casa (incluindo a mulher). Para esta classificação foi utilizado o referencial de Nugent (2006) que considera a juventude o período de idade entre 10 e 24 anos.
 - Renda e saúde: número de pessoas que trabalham na família; renda familiar em salários mínimos; tipo de acesso aos serviços de saúde (plano privado ou SUS).
 - Relações sociais: se possui hábitos de lazer e se participa ativamente de sua religião.
 - Moradia: se a residência está localizada no centro; bairro e periferia.
- Caracterização da situação de saúde e hábitos de vida das mulheres:
 - Tratamento de saúde: realização de tratamento psicológico; psiquiátrico ou psicológico e psiquiátrico.
 - Uso contínuo de medicamento e quantidade de comprimidos ingeridos por dia.
 - Tabagismo, etilismo, uso de drogas de abuso.
 - Prática de exercícios físicos.

- Tipo de método contraceptivo utilizado.
- Existência de transtorno mental e de outras doenças.

Os dados utilizados para análise dos contextos de vulnerabilidade foram dispostos em quadros a partir das seguintes variáveis:

- Acesso e disponibilidade dos medicamentos psicoativos envolvidos na tentativa de suicídio e recorrência da intoxicação:

- Forma de acesso à medicação pela mulher.
- Quantidade disponibilizada do medicamento.
- De quem era o medicamento: uso próprio ou não.
- Local de armazenamento do medicamento.
- Orientação de uso: se recebeu alguma orientação de como utilizar corretamente o medicamento, qual a fonte e o tipo de orientação recebida.

- Adesão à orientação.
- Tentativa de suicídio anterior.

- Caracterização das relações familiares:

- Existência de transtorno mental na família.
- Histórico de intoxicação semelhante à da mulher na família.
- Existência de conflitos familiares: se ocorrem frequentemente ou raramente.
- Utilização de drogas de abuso na família.

- Caracterização do relacionamento conjugal, relações de gênero e trabalho, perdas e violência:

- Vivenciou alguma perda recente no último ano: morte, separação conjugal/amorosa.
- Situação vivenciada enquanto criança/adolescente: violência, trabalho infantil, abuso de drogas/álcool por parte de familiares, abuso sexual, outros.
- Satisfação com o relacionamento amoroso atual: se está satisfeita ou insatisfeita.
- Se existe ciúme excessivo no relacionamento atual.
- Vítima de violência.
- Agressor: cônjuge/namorado, filhos, pai/mãe, outros.
- Denúncia após a violência: se procurou serviço de auxílio/denúncia.
- Sente-se sozinha ou desamparada.
- Sente-se inferiorizada por ser mulher.
- Vítima de preconceito.
- Está satisfeita com o trabalho exercido atualmente.

3.7 Procedimentos de Coleta de Dados

Inicialmente, separou-se as fichas OT referentes aos casos de tentativas de suicídio em mulheres com idade acima de 18 anos, tendo como registro de agente causal os medicamentos psicoativos. Posteriormente, os dados referentes à intoxicação que constavam na ficha OT - data da ocorrência; tipo e quantidade de medicamento envolvido na intoxicação; sinais e sintomas apresentados; tipo de tratamento efetuado; história de tentativa de suicídio anterior; existência de transtorno mental e realização de tratamento psicológico/psiquiátrico até a data da intoxicação - eram transcritos no roteiro de entrevista, em campo específico.

Foi realizada a visita domiciliar como técnica de abordagem, com aplicação do roteiro de entrevista, sendo o trabalho de campo realizado pela própria pesquisadora para uniformização dos registros. A visita domiciliar foi escolhida, pois reúne pelo menos três tecnologias: a observação, indicando a atenção aos detalhes dos fatos e relatos apresentados durante a visita; a entrevista, implicando o diálogo com a sua devida finalidade e não apenas uma conversa empírica; e o relato oral ou história, espaço onde as pessoas revelam fatos de suas vidas, dentro dos limites e da liberdade que lhes são concedidas (LOPES; SAUPE; MASSAROLI, 2008).

A entrevista domiciliar foi realizada, no mínimo, após trinta dias do cadastro do caso no CCI/HUM, embora César et al. (1996) estabeleçam para as questões de morbidade o período de duas semanas como ideal para a obtenção de informações fidedignas dos entrevistados. Considera-se, porém, a tentativa de suicídio como evento doloroso na vida da mulher e sua família, diminuindo a possibilidade de esquecimento. As visitas às residências se deram sem contato telefônico prévio com a entrevistadora, no entanto, nos casos de endereço incorreto, fazia-se o contato telefônico. Nos casos em que a mulher não era encontrada no domicílio, era realizado mais uma visita à residência posteriormente. Caso a mesma não fosse encontrada nesta segunda tentativa, era feito contato telefônico e se possível agendamento para realização da entrevista.

Na maioria das visitas realizadas houve boa receptividade pelas mulheres. Algumas entrevistas foram realizadas fora do domicílio e outras no ambiente de trabalho, por solicitação da própria mulher. A maioria ocorreu sem a presença de outro membro da família, porém, em alguns casos, havia algum familiar presente, o que dificultou a abordagem das questões e a resposta das mulheres. Durante a entrevista, as questões respondidas pela mulher eram imediatamente registradas nos campos específicos do roteiro. As observações do

entrevistador eram preenchidas após a saída do domicílio, antes da realização da próxima visita. A duração da entrevista foi, em média, de 40 minutos.

Por se tratar de um assunto de difícil abordagem e prevendo algumas situações que a pesquisadora poderia presenciar durante as visitas domiciliares, a mesma teve a supervisão da psicóloga do CCI/HUM durante todo o processo de coleta de dados.

3.8 Processamento e Análise dos Dados

Os dados foram inseridos no *Software* Excel 2003, e submetidos à estatística descritiva por frequência simples. Os casos foram numerados de um a vinte (conforme ordem das visitas domiciliares), identificando as mulheres com suas iniciais e idade.

3.9 Apresentação dos Resultados

Os resultados do presente estudo serão apresentados em três artigos científicos, com os títulos: (1) Vulnerabilidade social de mulheres que tentaram suicídio com medicamentos psicoativos; (2) Medicamentos psicoativos: estudo com mulheres que tentaram suicídio em um município do Sul do Brasil; (3) Contextos de vulnerabilidade para a tentativa de suicídio em mulheres usuárias de medicamentos psicoativos.

4. ARTIGO 1

VULNERABILIDADE SOCIAL DE MULHERES QUE TENTARAM SUICÍDIO COM MEDICAMENTOS PSICOATIVOS.

SOCIAL VULNERABILITY OF WOMEN WHO TRIED SUICIDE USING PSYCHOACTIVE DRUGS.

VULNERABILIDAD SOCIAL DE MUJERES QUE HAN INTENTADO SUICIDIO CON MEDICAMENTOS PSICOACTIVOS.

RESUMO

Objetivo: Analisar elementos de vulnerabilidade social em mulheres que tentaram suicídio com medicamentos psicoativos. **Métodos:** Estudo descritivo exploratório com delineamento de série de casos de 20 mulheres, residentes em Maringá-PR e registradas em um centro de informação e assistência toxicológica do Paraná no ano de 2010. Foi utilizado um roteiro de entrevista semi-estruturado, aplicado em visita domiciliar e os resultados analisados por estatística descritiva simples. **Resultados:** Verificou-se baixa vulnerabilidade social das mulheres quanto aos indicadores clássicos, como pobreza e exclusão social, e alta vulnerabilidade quanto a vivência de eventos estressores, como conflitos familiares frequentes, drogas de abuso na família, histórico de tentativa de suicídio e transtorno mental na família. **Conclusão:** Os elementos encontrados apontaram um cenário de vivência em espaços de carência afetiva e possibilidades de violência nas relações familiares, sugerindo que apenas melhorar o nível socioeconômico não contribuiria para a prevenção das tentativas de suicídio.

Palavras-chave: Vulnerabilidade social. Mulher. Tentativa de suicídio.

ABSTRACT

Objective: Analyzing the elements of vulnerability in women who tried suicide using psychoactive drugs. **Methods:** exploratory descriptive study which delineates 20 cases of women living in Maringá-PR, registered in an information and toxicological assistance centre in the year 2010. A semi-structured interview script was used in visit to the patients' houses, and the results were analyzed in simple describing statistics. **Results:** low social vulnerability was detected in the women concerning the common indicators like poverty and social exclusion and high vulnerability to the stressing events like usual family conflicts, drug abuse, history of suicide attempt and mental disorder in members of the family. **Conclusion:** the elements found lead to a situation of living with lack of affection and possibility of violence in family relationships, what suggests that improving only the social-economic level of women would not contribute for preventing suicide attempts.

Keywords: Social vulnerability. Women. Suicide attempt.

RESUMEN

Objetivo: Analizar elementos de vulnerabilidad social en mujeres que han intentado suicidio con medicamentos psicoactivos. **Métodos:** Estudio descriptivo exploratorio con delineación de serie de casos de 20 mujeres, residentes en Maringá-PR y registradas en un centro de información y asistencia toxicológica del Estado de Paraná del año de 2010. Se ha optado por utilizar una guía de entrevista semiestructurada, aplicada en visita domiciliar y los resultados analizados por estadística descriptiva simple. **Resultados:** Se ha constatado baja vulnerabilidad social de las mujeres en cuanto a los indicadores clásicos, como pobreza y exclusión social, y alta vulnerabilidad en cuanto a vivencia de eventos estresantes, como conflictos familiares frecuentes, abuso de drogas en la familia, histórico de tentativa de suicidio y trastorno mental en la familia. **Conclusión:** Los elementos que han sido encontrados han señalado un escenario de vivencia en espacios de carencia afectiva y posibilidades de violencia en las relaciones familiares, sugiriendo que apenas mejorar el nivel socioeconómico no contribuiría para la prevención de las tentativas de suicidio.

Palabras claves: Vulnerabilidad social. Mujer. Tentativa de suicidio.

1. INTRODUÇÃO

Dados epidemiológicos demonstram um crescimento na incidência de suicídio na população geral em todo o mundo, com aumento de 60% nas últimas cinco décadas, principalmente entre pessoas jovens, e elevação desse agravo para a terceira causa de morte em todas as faixas etárias tornando a compreensão desse fenômeno um importante passo para a avaliação do risco de suicídio (MINAYO; CAVALCANTE, 2010; WHO, 2001; BOTEAGA; SILVEIRA, 1996).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe uma nomenclatura para o suicídio: podem ser relatados idéias suicidas ou qualquer pensamento que sinalize o desejo de comportamento suicida, ou comportamentos suicidas, passando por ameaças, gestos, tentativas de suicídio e, finalmente, chegando ao suicídio.

O comportamento suicida apresenta características específicas no sexo feminino, pois, embora com menores taxas de suicídio, as mulheres apresentam maiores taxas de tentativas de baixa intencionalidade, o que se supõe resultante da cultura de gênero e do envolvimento em conflitos interpessoais afetivos (PACHECO et al., 2010).

Fatores socioambientais do comportamento suicida devem ser considerados na elaboração de estratégias de prevenção, e a análise da vulnerabilidade traz para a prática profissional a compreensão das relações desiguais de gênero e das diferenças entre os papéis sociais desempenhados por homens e mulheres, que, historicamente, se expressam de forma desfavorável às mulheres, transformando-se em desigualdades (SILVA, 1999).

Quanto ao método para tentativa de suicídio (TS), as mulheres tendem a utilizar métodos menos invasivos, como as intoxicações. A ingestão ou administração de uma dose excessiva (overdose) de medicamentos é um modo comum de suicídio entre mulheres, possivelmente porque conseguem obtê-lo com facilidade, pois o método escolhido por um indivíduo para suicidar-se frequentemente é determinado pela disponibilidade e por fatores culturais (BOTEGA; RAPELLI; FREITAS, 2004).

Os medicamentos ocupam, desde 1994, a primeira posição entre os treze agentes tóxicos monitorados no país. Dentre os grupos de medicamentos, destaca-se a crescente utilização dos psicoativos nas últimas décadas, devido ao aumento da frequência de diagnósticos de transtornos mentais na população, à introdução de novos psicoativos no mercado farmacêutico e à ampliação das indicações terapêuticas para este grupo farmacológico. (SINITOX, 2008; RODRIGUES; FACCHINI; LIMA, 2006).

A análise da vulnerabilidade busca articular o conjunto de fatores de natureza biológica, epidemiológica, social e cultural cuja interação amplia ou reduz o risco ou a proteção de uma pessoa frente a uma determinada doença ou dano, substituindo o conceito clássico de fatores de risco (GUILHEM, 2000; MANN; TARANTOLA; NETTER, 1992).

Para avaliar a susceptibilidade de grupos de indivíduos a determinados agravos, pode-se apropriar do referencial de Mann, Tarantola e Netter (1992), que define três planos interdependentes de determinação e de apreensão de maior ou menor vulnerabilidade: o comportamento pessoal, ou vulnerabilidade individual; o contexto social, ou vulnerabilidade social; e as ações governamentais para enfrentar a 'doença', ou vulnerabilidade programática.

A vulnerabilidade social é tratada neste artigo como o resultado negativo da relação entre a disponibilidade dos recursos materiais ou simbólicos às mulheres, como a renda, a experiência de trabalho, o nível educacional, a composição e os recursos familiares, a participação em redes e o acesso à estrutura de oportunidades sociais, econômicas e culturais que provêm do Estado e da sociedade. Esse resultado se traduz em debilidades ou desvantagens para o desempenho e mobilidade social das mulheres (ABRAMOVAY et al., 2002).

Porém, a análise da vulnerabilidade social é bastante complexa, uma vez que engloba vários fatores que contribuem para manutenção das desigualdades de gênero e compõem o conjunto de fatores que estruturam a vulnerabilidade das mulheres, tais como a violência doméstica e sexual, estigma e violação dos direitos humanos. Volta-se, também, para a existência de territórios vulneráveis, lugares concentradores de condições sociais sistematicamente reprodutoras das desigualdades por nele prevalecerem condições desfavoráveis ao acesso e uso de recursos (SILVA, 2010; BRASIL, 2009).

Diante do exposto, o objetivo do presente artigo é analisar elementos de vulnerabilidade social em uma série de casos de mulheres que tentaram suicídio com medicamentos psicoativos.

2. MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e exploratório, com delineamento de uma série de casos, adaptando o referencial teórico de vulnerabilidade enquanto relação correlativa para a ocorrência do suicídio (MANN; TARANTOLA; NETTER, 1992).

A população estudada constituiu-se de 20 mulheres, residentes no município de Maringá-Paraná, com idade acima de 18 anos, cujos casos foram registrados no

Centro de Controle de Intoxicações do Hospital Universitário Regional de Maringá - CCI/HUM, no período de fevereiro a julho de 2010.

Como fonte de dados foi utilizada a Ficha de Notificação e Atendimento do CCI/ HUM – Ficha OT, que contém informações de identificação do paciente, da ocorrência toxicológica, do tratamento realizado, da evolução clínica e do desfecho do caso.

Como instrumento de coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista semi-estruturado, dividido em cinco blocos: caracterização da mulher e da família; a família e seus indicadores sociais; caracterização da situação de saúde da mulher; o medicamento psicoativo e o evento suicida; e contextos de vulnerabilidade e o evento suicida. No presente artigo serão analisados os dados de itens dos blocos de caracterização da mulher, da família e de seus indicadores sociais, e dos contextos de vulnerabilidade e o evento suicida.

Foi realizada entrevista domiciliar com as mulheres selecionadas, obedecendo ao período mínimo de trinta dias após o registro do caso no CCI/ HUM. Um cuidado importante efetuado após as entrevistas foi oferecer às mulheres acompanhamento psicológico gratuito através do Ambulatório de Psicologia do CCI/HUM.

Os dados quantitativos originários do roteiro de entrevista foram inseridos no *Software* Excel 2003 para análise e tabulação, e submetidos à estatística descritiva por frequência simples.

A partir da análise das informações das entrevistas, foram destacados os elementos de vulnerabilidade social às TS relacionados à raça, faixa etária, estado civil, escolaridade e situação ocupacional das mulheres; composição e renda familiar, membros da família que trabalham e local da moradia; e a existência de transtorno mental, tentativas de suicídio, uso de drogas de abuso e conflitos na família.

O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (COPEP) e aprovado conforme Parecer N.º 035/2010. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) em duas vias, ficando uma via com o pesquisador e outra com a mulher entrevistada.

3. RESULTADOS

Foram registradas no CCI/HUM 41 tentativas de suicídio com utilização de medicamentos psicoativos em mulheres com idade superior a 18 anos e residentes em Maringá no período estabelecido. No acompanhamento da série de casos, 14 mulheres não foram localizadas, por não residirem no endereço constante na Ficha OT, e sete se recusaram a participar da pesquisa, sendo efetivamente entrevistadas 20 mulheres (48,8%).

Tabela 1: Distribuição dos fatores para vulnerabilidade social das mulheres entrevistadas. Maringá Paraná, 2010.

Variáveis	N	%
Raça/ cor*		
Branca	15	75
Parda	5	25
Faixa etária (anos)		
22 a 29	6	30
30 a 39	5	25
40 a 49	8	40
50 a 59	1	5
Estado civil		
Casada	12	60
Solteira	3	15
União estável	2	10
Viúva	2	10
Divorciada	1	5
Escolaridade (anos de estudo)		
Nenhum	1	5
5 a 8	6	30
9 a 11	9	45
11 ou mais	4	20
Situação ocupacional		
Do lar	10	50
Trabalhando	9	45
Desempregada	1	5

Fonte: *IBGE (2000).

A maioria das mulheres era da raça branca (15 - 75%), casada, e estava na faixa etária entre 22 a 39 anos (11 – 55%), sendo a idade mínima encontrada de 22 anos e a máxima de 56 anos. (Tabela 1)

Quanto à escolaridade, nove respondentes (45%) informaram ter frequentado a escola por um período entre nove e onze anos e seis (30%) entre cinco e oito anos. (Tabela 1)

Referente à situação ocupacional, verificou-se que dez mulheres não tinham vínculo formal de trabalho - duas auxiliavam o cônjuge em seus afazeres como caseiro de chácara e representante comercial -, sendo classificadas como trabalhadoras do lar (BRASIL, 2000), e nove (45%) estavam trabalhando em empregos formais. Apenas uma mulher estava desempregada (5%). (Tabela 1)

Tabela 2: Distribuição dos fatores para vulnerabilidade social nas famílias das mulheres entrevistadas. Maringá - Paraná, 2010.

Variáveis	N	%
Composição da família		
Um a três membros	12	60
Quatro a seis membros	8	40
Renda familiar (salários mínimos)		
Até um	1	5
Um a três	9	45
Três a cinco	3	15
Cinco a dez	4	20
>10	1	5
Não sabe*	2	10
Membros da família que trabalham		
Um	7	35
Dois	9	45
Três	2	10
Nenhum*	2	10
Local da moradia		
Periferia	9	45
Próximo ao centro	8	40
Centro	3	15

Nota: * Em um caso a renda provém do pai, que mora em outra cidade, e no outro provém de "poupança".

A análise da composição familiar das mulheres apontou que 12 (60%) possuíam de um a três membros residentes no mesmo domicílio, sendo que nove (45%) residiam na "periferia" da cidade e apenas três (15%) moravam em regiões centrais da cidade. (Tabela 2)

Na caracterização das famílias, encontrou-se, porém, 13 famílias nucleares (65%); quatro famílias ampliadas (20%), que incluía a presença de irmã, avó, pai e mãe da mulher; e três famílias mononucleares (15%), devido falecimento do cônjuge e separação conjugal. (Tabela 2)

Durante as entrevistas, a mulher foi convidada a indicar a origem da renda mensal de sua família, fazendo o cálculo em salários mínimos. Quando havia mais de um indivíduo com fonte de renda, procedia-se a soma dos valores que esses auferiam

por mês e marcava-se a faixa salarial correspondente. Dez (50%) famílias tinham renda mensal de até três salários mínimos, sendo que destas, uma (5%) possuía renda inferior a um salário mínimo. (Tabela 2)

Na maioria das famílias (9 – 45%) a renda familiar mensal era obtida através do trabalho de dois membros. A análise dos casos em que apenas um membro trabalhava (7 – 35%) apontou que em quatro famílias a renda familiar mensal era obtida através do trabalho do cônjuge, em duas do trabalho da própria mulher e uma a renda provinha do pai da mulher. (Tabela 2)

Tabela 3: Distribuição dos fatores para vulnerabilidade social no ambiente familiar das mulheres entrevistadas. Maringá - Paraná, 2010.

Variáveis	N	%
Transtorno mental na família		
Sim	13	65
Não	4	20
Não sabe	3	15
Histórico de TS na família		
Sim	6	30
Não	14	70
Droga de abuso na família		
Sim	7	35
Não	13	65
Conflito familiar frequente		
Sim	10	50
Não	10	50

Quanto a fatores que poderiam demarcar o envolvimento familiar com as TS, deslocando o suicídio para a configuração familiar da qual a mulher faz parte (PRATI; COUTO; KOLLER, 2009), treze mulheres (65%) informaram a existência de algum tipo de transtorno mental na família e seis (30%) referiram recorrência de TS na família. (Tabela 3)

No tocante aos conflitos familiares, em dez famílias (50%) esses conflitos eram frequentes, e em nove casos, a mulher já havia sido vítima de violência efetuada pelo marido. Em sete famílias (35%) havia a utilização de drogas de abuso no ambiente familiar, sendo que em um caso a utilização era feita pela própria mulher. (Tabela 3)

4. DISCUSSÃO

Nos últimos anos, o termo vulnerabilidade social tem sido utilizado com certa frequência por grupos acadêmicos e entidades governamentais da América Latina, com forte influência de organismos internacionais, como as Nações Unidas, o Banco Mundial e o *Bird*. Parte da visibilidade dos estudos sobre este tema deve-se a uma insatisfação com os enfoques tradicionais sobre pobreza e com seus métodos de mensuração, baseados exclusivamente no nível de renda monetária e em medidas fixas, como a linha de pobreza (CEPAL, 2002).

Neste sentido, a noção de vulnerabilidade social, ao considerar, também, a insegurança e a exposição à riscos e perturbações provocadas por eventos ou mudanças sociais e econômicas, daria uma visão mais ampla sobre as condições de vida dos grupos sociais e, ao mesmo tempo, consideraria a disponibilidade de recursos e estratégias das próprias famílias para enfrentarem os impactos que as afetam, sendo analisada em relação a indivíduos, famílias ou grupos sociais (CEPAL, 2002; KAZTMAN et al., 1999; MOSER, 1998).

Na presente série de casos, ao analisar os fatores 'individuais' para a vulnerabilidade social das mulheres que tentaram suicídio, verificou-se baixa disponibilidade de recursos e estratégias para enfrentamento do evento suicida, relacionado apenas à faixa etária predominante no grupo de mulheres. Distanciando do conceito clássico de vulnerabilidade social, foram encontrados indicadores de baixa vulnerabilidade associados à escolaridade - a média da série de casos era de 11,2 anos estudados; à renda - a média da renda familiar das mulheres era de três salários mínimos; à raça - a maioria das investigadas era branca; e à ocupação - apenas uma mulher estava desempregada.

O predomínio da faixa etária de 22 a 49 anos, totalizando 19 casos (95%) está de acordo com a estatística nacional, que aponta como mais susceptíveis à intoxicação por sobre-dose de medicamentos, crianças até quatro anos, devido à ingestão acidental, e mulheres adultas, devido à intoxicação intencional, como meio para a TS (SINITOX, 2008).

Quanto aos indicadores socioeconômicos clássicos, as diferenças nos indicadores de escolaridade são bastante expressivas para a análise da vulnerabilidade social. Geralmente, a porcentagem média de responsáveis pelo domicílio com baixa escolaridade (até três anos de estudo, inclusive os sem

instrução) é de 4 a 6% no grupo de baixa vulnerabilidade social, atingindo expressivos 25 a 35% no grupo de alta vulnerabilidade. As diferenças de escolaridade podem ser sintetizadas no número médio de anos de estudo do chefe de domicílio: se no grupo de baixa vulnerabilidade social esse número chega a 11,3 anos de estudo, no grupo de alta vulnerabilidade social é de apenas 5,2 anos de estudo (ALVES, 2006).

Os grupos sociais em situação de vulnerabilidade são aqueles normalmente marcados por um baixo grau de instrução formal, insuficiente ou inadequada formação e qualificação profissional, portadores de necessidades especiais ou com redução da capacidade física, como grupos de idosos ou com doenças crônicas, além daqueles que vivem em discriminação em função do gênero, cor da pele e etnia (BRASIL, 2007).

Na presente série de casos, os dados de escolaridade das mulheres indicaram nove a onze anos estudados, ou seja, pelo menos iniciaram o ensino médio, inserindo-as no grupo de baixa vulnerabilidade social. Tal dado pode ser característica da região Sul do país, uma vez que nas regiões Sul e Sudeste o percentual de trabalhadores com ensino superior completo é maior que a média nacional. O mesmo acontece com a raça branca, também predominante nesta região do país (IBGE, 2000).

Estudos de âmbito nacional indicam que as TS normalmente ocorrem nos níveis ocupacionais não qualificados e níveis inferiores de qualificação, com maior proporção de casos nas categorias ocupacionais predominantemente manuais. Tais dados corroboram parcialmente com os achados do presente estudo, onde a maioria das mulheres era dona de casa, e do ponto de vista dos papéis sociais, perderam posições qualificadas no mundo do trabalho (SOUZA; MINAYO; CAVALCANTE, 2007).

Se homens e mulheres foram beneficiados com a retomada de crescimento econômico no Brasil, as oportunidades para as mulheres foram mais tímidas. A taxa de atividade das mulheres é de 52%, ante uma média nacional de 67%. O que mais pode contribuir para fazer diminuir a pobreza e aumentar o empoderamento das mulheres frente às construções de gênero é permitir à ela trabalhar, combinando políticas de equidade de gênero com redução da miséria (LAVINAS, 2010).

O risco de suicídio também foi verificado em situações de desemprego, principalmente nas fases de crise econômica. Nesse caso, os índices de transtornos

mentais e problemas psicossomáticos também se elevam, em virtude da menor valoração do trabalho e da conseqüente "banalização" do desemprego. No presente estudo, verificou-se que apenas uma mulher estava em situação de desemprego, embora a maioria atuasse no mercado informal de trabalho (donas de casa) e poderiam, segundo alguns autores, ser incluídas nesta situação (SELIGMANN-SILVA, 1994; SHORTT, 1996; LAVINAS, 2010).

Tendo em vista que a maioria das mulheres da série de casos vivia em famílias nucleares, analisou-se a vulnerabilidade social contemplando a família como contexto. A família é considerada responsável pelo cuidado de saúde de seus membros e caso não consiga cumprir seu papel, poderá vir a se transformar em ameaça para o indivíduo, sendo que, quanto maior o número de variáveis negativas sobre o ambiente familiar, maior a probabilidade de seus membros adoecerem (ELSEN, 2002).

Famílias vulneráveis são aquelas nas quais os indivíduos que a compõem apresentam déficits em seus recursos pessoais. Esta terminologia surge a partir de uma forma de compreender o desenvolvimento humano individualizado a partir de variáveis externas. A renda, considerada como marcador importante das condições sociais das famílias, não seria o único determinante da vulnerabilidade social, pois a situação profissional, já comentada anteriormente, a interação familiar e outros agentes estressores podem influenciar o cotidiano social da mulher e atuar como fatores desencadeadores da TS (SILVA, 2010; PRATI; COUTO; KOLLER, 2009; ABRAMOVAY et al., 2002).

Com relação ao rendimento familiar, apesar da maioria das famílias das mulheres entrevistadas apresentarem ao menos dois indivíduos trabalhando em empregos formais, elas podem ser consideradas como pobres, em virtude de seu ganho mensal, e apenas uma família pode ser considerada como miserável, pois informou renda familiar mensal inferior a dois terços do salário mínimo. A renda familiar mensal de oito famílias estava na faixa acima de três salários mínimos, situando-as acima da linha de pobreza (GIOVANELLA; ESCOREL; MENDONÇA, 2009).

Assim, como erradicar a pobreza não é realizado apenas com transferência de renda, mas com aumento da atividade econômica e do emprego, o ambiente familiar pode atuar como fator de risco ou proteção para determinar ou evitar o evento suicida, embora não seja possível a generalização do valor preditivo desse

fator isoladamente, que nunca deve ser indicado de maneira independente da questão econômica ou de questões biológicas de saúde mental.

No que se refere à estrutura familiar das mulheres da série de casos, verificou-se problemas na dinâmica das relações afetivas na maioria dos casos, como a presença de conflitos familiares frequentes, a existência de transtornos mentais em algum membro da família e a utilização de drogas de abuso no ambiente intra-familiar, que favoreceriam ao comportamento suicida. A condição de “donas de casa” de uma parcela delas pode favorecer à diminuição da capacidade de empoderamento, contribuindo para o aumento da vulnerabilidade social no sentido ampliado determinado no presente estudo (ABRAMOVAY et al., 2002).

A partir da conceitualização de família como um sistema interacional em desenvolvimento, a vulnerabilidade social pode ser expressa no adoecimento de um ou vários membros, em situações recorrentes de uso de drogas, violência doméstica e outras condições que impeçam ou detenham o desenvolvimento saudável desse grupo. Vulnerabilidade social, neste caso, seria uma denominação utilizada para caracterizar famílias expostas a fatores de risco, em geral, associados a eventos de vida negativos, que potencializam e predispõem a resultados e processos disfuncionais de ordem física, social e/ou emocional (PRATI; COUTO; KOLLER, 2009).

Frente à situações estressoras, que podem não ser determinadas apenas pelo econômico, o sistema familiar pode responder de forma ineficaz, não tendo condições de reagir funcionalmente e de estabelecer uma base saudável para seu desenvolvimento. Partindo de uma pessoa para uma família e/ou para uma comunidade, observando não apenas a mulher, todo o sistema familiar pode ser percebido como fragilizado ao ter que lidar com situações de risco (CECCONELLO, 2003; COWAN; COWAN; SCHULZ, 1996; MASTEN; GARMEZY, 1985).

Então, considerando o suicídio como problema de várias causas e a relação correlativa entre os diversos fatores causais, como transtornos mentais, antecedentes familiares, sexo, idade, e situação social desfavorável, também os conflitos familiares e o padrão de vida das famílias se destacam como importantes fatores para o suicídio e estão na origem do comportamento suicida (EBMEIER; DONAGHEY; STEELE, 2006).

Chama atenção no presente estudo, o número de mulheres casadas (12), pois homens e mulheres casados apresentam uma menor probabilidade de tentar ou

de levar a cabo o suicídio do que os homens e mulheres separados, divorciados ou viúvos que vivem sozinhos, e o casamento é indicado como fator protetor ao suicídio (BOTEGA, 2001). No entanto, a informação de outros fatores, envolvendo o ambiente familiar das mulheres, permeou a maioria das entrevistas, principalmente a violência doméstica física e psicológica dos maridos e conflitos intrafamiliares frequentes.

Alguns autores apresentam a ideação suicida e a tentativa de suicídio associadas à presença de violência em suas variadas formas - física, sexual ou emocional -, e sugerem que gênero e a impossibilidade de a mulher decidir sobre sua vida, sintomas depressivos e comportamento agressivo devem ser mais bem estudados em sua relação com o comportamento suicida (SOUZA; MINAYO; CAVALCANTE, 2007; PALMA; MATTOS, 2009).

Embora esses fatores não apresentem uma relação causal direta com o comportamento suicida, mas uma relação correlativa, entende-se que a probabilidade de praticar uma tentativa de suicídio será maior quanto maior for o número desses fatores existentes na vida da mulher, principalmente se ela é a responsável direta pela 'gestão' das famílias e dos domicílios.

Um aspecto a ser considerado é que a convivência das mulheres com eventos estressores geralmente implicam o uso de medicamentos psicoativos como tentativa de resolver os conflitos existentes. Dispensados no domicílio, geralmente sob a guarda da própria mulher, estes medicamentos tornam-se potencial meio para a intoxicação voluntária, aumentando a vulnerabilidade social destas mulheres em seus aspectos não clássicos.

Diante desse cenário, a necessidade de atenção à saúde mental eficaz à essas mulheres é evidente. O atendimento à essa população vulnerável é complexo e exige profissionais capacitados e recursos apropriados, e deve se abranger o ambiente domiciliar e as variáveis nele inseridas.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os indicadores clássicos e individuais da vulnerabilidade social, as mulheres que tentaram suicídio apresentaram baixa vulnerabilidade social, ou seja, não faziam parte dos grupos empobrecidos e em exclusão social. No

entanto, observou-se alta vulnerabilidade no que se refere aos eventos estressores, vivenciados principalmente no ambiente familiar, culminando em uma maior susceptibilidade às TS.

Os elementos mencionados pelas entrevistadas conformam um cenário de vivência em espaços de carência afetiva e possibilidades de violência nas relações familiares, sugerindo que apenas melhorar o nível socioeconômico não determinaria a diminuição das TS. Maior apoio social seria uma variável importante na prevenção dos agravos das tentativas de suicídio entre essas mulheres, pois a falta de suporte familiar mostrou influenciar indiretamente o comportamento suicida.

Como um sério problema de saúde pública, as TS demandam atenção dos profissionais de saúde, porém sua prevenção e controle não são uma tarefa fácil. Pesquisas indicam que a prevenção do suicídio envolve uma série complexa de atividades, abrangendo desde a provisão das melhores condições possíveis para congregar as crianças e jovens através de um tratamento efetivo dos distúrbios mentais até um controle ambiental dos fatores de risco, com aumento da percepção e a disseminação de informação apropriada (WERLANG; BOTEGA, 2004).

Para a enfermagem, a relevância do conhecimento sobre a vulnerabilidade aos agravos de saúde, pautado na dimensão e nas relações sociais, reside na identificação das necessidades de saúde dos grupos sob seu cuidado, com propósito de assegurar maior proteção, com ênfase na capacidade de superação dos indivíduos (TAKAHASHI; OLIVEIRA, 2001).

Como parte de uma equipe multidisciplinar, a enfermeira deve atuar no processo de promoção da saúde da mulher que tentou suicídio e de sua família, de modo a permitir a reintegração aos afazeres cotidianos com maior empoderamento. Estabelecer um relacionamento terapêutico, com o conhecimento dos problemas vivenciados por estas mulheres, escutá-las e estimulá-las positivamente, delimitaria a integralidade do cuidado à sua saúde e de sua família.

Embora se reconheçam os limites deste estudo, que trata-se de uma população específica e com características próprias, os dados obtidos podem ser utilizados na elaboração de propostas para evitar a recorrência das tentativas de suicídio nas mulheres. Tais dados apontam a necessidade da melhoria do atendimento à essas mulheres, seja no âmbito dos serviços de saúde e/ou da ampliação da rede de apoio social.

REFERÊNCIAS

- Abramovay M, Castro MG, Pinheiro IC, Lima FS, Martinelli CC. Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para políticas públicas. Brasília, DF: Unesco; 2002.
- Alves HPF. Vulnerabilidade socioambiental na metrópole paulistana: uma análise sociodemográfica das situações de sobreposição espacial de problemas e riscos sociais e ambientais. Rev. Bras. Estud. Popul. 2006; 23(1):43-59.
- Botega N. Estudo multicêntrico de intervenção no comportamento suicida. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2001.
- Botega NJ, Rapelli CB, Freitas GVS. Perspectiva psiquiátrica. In: Werlang BSG, Botega NJ (Org.). Comportamento Suicida. Porto Alegre: ArtMed; 2004. p. 107-121.
- Botega N, Silveira G M. General practitioners attitudes towards depression: a study in primary care setting in Brazil. Int. J. Soc. Psychiatry. 1996; 42(3):230-237.
- Brasil. Projeto de qualificação social para atuação de sujeitos ou grupos sociais na negociação coletiva e na gestão de políticas públicas. [acesso 25 out. 2010]. 2007. Disponível em: <http://www.mte.gov.br/observatorio/sumario_2009_TEXTOV1.pdf>.
- Brasil. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Plano integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de Aids e outras DST. Brasília, DF; 2009.
- Cecconello A. Resiliência e vulnerabilidade em famílias em situação de risco. [Tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2003. Doutorado.
- Cepal-Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Sociodemographic vulnerability: old and new risks for communities, households and individuals. Brasília, DF: UNA; 2002. Summary and conclusions.
- Cowan P, Cowan C, Schulz M. Thinking about risk and resilience in families. In: Hetherington E, Blechman E (Org.). Stress, coping and resiliency in children and families. New Jersey: Lawrence Erlbaum; 1996. p. 1-38.
- Ebmeier KP, Donaghey C, Steele JD. Recent developments and current controversies in depression. Lancet. 2006; 14(367):153-167.
- Elsen I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: Elsen I, Marcon SS, Santos MR. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá: Eduem; 2002. p. 11-24.
- Giovanella L, Escorel S, Mendonça MHM. Estudos de caso sobre a implementação da estratégia da saúde da família em quatro grandes centros urbanos. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2009. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/pos-graduacao/site/projetos-de-pesquisa/detalhes/?site=1&id=1700>>.

Guilhem D. Escravas do risco: bioética, mulheres e Aids. [Tese]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2000. Doutorado em Ciências da Saúde.

IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2000. [acesso 01 nov. 2010]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/educacao/censo2000_educ.pdf>.

Kaztman R, Beccaria L, Filgueira F, Golbert L, Kessler G. Vulnerabilidad, activos y exclusión social en Argentina y Uruguay. Santiago de Chile: OIT; 1999.

Lavinas L. Acabar com a miséria é exequível, com um empurrão das mulheres. Folha de São Paulo 2010 nov. 14.

Mann JM, Tarantola DJM, Netter TW. Aids in the world: the global aids policy. Boston: Mass; 1992.

Masten A, Garmezy N. Risk, vulnerability and protective factors in developmental psychology. In: Lahey BB, Kazdin AE (Ed.). Advances in child clinical psychology. New York: Plenum Press; 1985. p. 1-52.

Minayo MCS, Cavalcante FG. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. Rev. Saúde Pública. 2010; 44(4):750-757, 2010.

Moser C. The asset vulnerability framework: reassessing urban poverty reduction strategies. World Dev. (New York). 1998; 26(1): 1-19.

Pacheco JS, Damasceno AKC, Souza AMA, Brito MEM. Tentativa de suicídio em mulheres por queimaduras. Rev. Rene. 2010; 11(2):152-160.

Palma A, Mattos UA. O. Contribuições da ciência pós-normal à saúde pública e a questão da vulnerabilidade social. Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos. 2009; 8(3):567-590.

Prati LE, Couto MCP, Koller SH. Famílias em vulnerabilidade social: rastreamento de termos utilizados por terapeutas de família. Psic.: Teor. e Pesq. 2009; 25(3):403-408.

Rodrigues MAP, Facchini LA, Lima MS. Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidade do Sul do Brasil. Rev. Saúde Pública. 2006; 40(1):107-114.

Seligmann-Silva E. Desgaste mental no trabalho dominado. Rio de Janeiro: UFRJ/Cortez; 1994.

Shortt SE. Is unemployment pathogenic? A review of current concepts with lessons for policy planners. Int. J. Health Serv. 1996; 26(3):569-89, 1996.

Silva AV. Vulnerabilidade social e suas consequências: o contexto educacional da juventude na região metropolitana de Natal. In: 13º Encontro de Ciências Sociais do

Norte Nordeste; 2010; Maceió. [acesso 28 out. 2010]. Disponível em: <<http://www.cchla.ufrn.br/rmnatal/artigo/artigo16.pdf>>.

Silva LF. Saúde das mulheres o gênero, determinante cultural de saúde. Rev. de Epidemiol. 1999; 13(supl. 5):31-34.

Sinitox. Sistema Nacional de Informações Tóxico-farmacológicas. Casos registrados de intoxicação humana por agente tóxico e circunstância. 2008. [acesso 28 out. 2010]. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/sinitox_novo/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=319>.

Souza ER, Minayo MCS, Cavalcante FG. O impacto do suicídio sobre a morbimortalidade da população de Itabira. Ciênc. Saúde Coletiva. 2007; 11:1333-1342.

Takahashi RF, Oliveira MAC. A operacionalização do conceito de vulnerabilidade no contexto da saúde da família. São Paulo: IDS/Ministério da Saúde; 2001.

Werlang BG, Botega NJ. Comportamento suicida. Porto Alegre: Artmed; 2004.

WHO-World Health Organization. Prevención del suicidio: un instrumento para docentes y demás personal institucional. [acesso 12 jan. 2009]. 2001. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health>.

5. ARTIGO 2

MEDICAMENTOS PSICOATIVOS: ESTUDO COM MULHERES QUE TENTARAM SUICÍDIO EM UM MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL.

PSYCHOACTIVE DRUGS: STUDY WITH WOMEN WHO TRIED SUICIDE IN A CITY IN THE SOUTH OF BRAZIL.

MEDICAMENTOS PSICOACTIVOS: ESTUDIO CON MUJERES QUE HAN INTENTADO SUICIDIO EN UN MUNICIPIO EN EL SUR DE BRASIL.

RESUMO

Objetivo: Verificar a finalidade de uso, o acesso e a disponibilidade dos medicamentos psicoativos utilizados por mulheres para a tentativa de suicídio. **Material e métodos:** Estudo de abordagem quantitativa, com desenho de uma série de casos de 20 mulheres, residentes em Maringá – PR; atendidas em um centro de controle de intoxicações. A coleta de dados foi realizada mediante visita domiciliar, com aplicação de um roteiro de entrevista com questões semi-estruturadas e os resultados analisados por estatística descritiva simples. **Resultados:** Os benzodiazepínicos foram o grupo de medicamentos mais utilizados (65%). A depressão foi referida por 85% das mulheres, porém somente 65% faziam tratamento psiquiátrico. A maioria (90%) utilizou medicamentos psicoativos de uso próprio, adquiridos através de receita médica (95%), para utilização em 30 dias (45%). **Conclusão:** Embora adquiridos mediante receita médica, o fácil acesso aos medicamentos utilizados e a grande quantidade armazenada no domicílio podem estar associados à alta frequência de tentativa de suicídio no sexo feminino.

Palavras-chave: Tentativa de suicídio. Psicotrópicos. Mulheres.

ABSTRACT

Objective: Verify the purpose of use, access and availability of psychoactive drugs used in suicide attempts in women. **Methods:** Study of quantitative approach to designing a series of cases of 20 women over 18 living at Maringá - PR, attending a poison control center and attempted suicide with psychotropic drugs. Data collection was conducted through home visits, applying for an interview guide done previously. **Results:** Benzodiazepines were the most commonly used drug group (65%). Depression was reported by 85% of women but only 65% had psychiatric treatment. The majority (90%) used as a means to attempt suicide, psychoactive drug use itself acquired through prescription (95%). For storage of the psychoactive, 45% of women kept in the bedroom. **Conclusion:** It was evident that although acquired by prescription, easy access to the drugs used and the large amount stored at home may be stored with high frequency in attempted suicide females.

Keywords: Suicide attempt. Psychotropic Drugs. Women.

RESUMEN

Objetivo: Investigar la motivación del uso de psicotrpicos y acceso y disponibilidad de psicofármacos utilizados en intentos de suicidio en las mujeres. **Metodología:** un enfoque cuantitativo, análisis del historico de una serie de casos de 20 mujeres mayores de 18 años, que habitan en la ciudad de Maringá en la provincia de Paraná - Brasil, monitoradas y asistidas por una institución que auxilia en casos de envenenamiento Y intento de suicidio con el uso psicofármacos. La colección de los datos mediante visitas a domicilio, fueron echas guía prepadas criteriosamente para las entrevista. **Resultados:** las benzodiazepinas son el grupo de medicamentos más utilizados para los intentos de suicidio (65%). Siendo que 85% de las mujeres tenían estado de depresión, pero sólo 65% estaban en tratamiento psiquiátrico. La mayoría (90%) de los casos de intento de suicidio las drogas utilizadas fueran adquiridas con prescripción médica (95%) para tratamiento. Un 45% de las mujeres declaro que almacenaban estas drogas en sus dormitorios. **Conclusión:** se evidencio que, aunque adquiridas por prescripción, el acceso fácil a los medicamentos y la gran cantidad almacena en sus residencias pueden estar asociados con alta frecuencia de intento de suicidio en las mujeres.

Palabras claves: Intento de suicidio. Las drogas psicotrpicas. Mujeres.

1. INTRODUÇÃO

Comportamento suicida é um termo que engloba os gestos suicidas, as tentativas de suicídio e o suicídio. As ações suicidas com intenção de morte, mas não fatais, são denominadas tentativas de suicídio. Alguns indivíduos tentam o suicídio, mas são descobertos a tempo e salvos, ou, em outros casos, as tentativas de suicídio são contraditórias quanto à morte, e a tentativa pode fracassar porque, na realidade, trata-se de um pedido de ajuda combinado com um forte desejo de viver (SILVA, 1999; BOTEAGA et al.,1995).

Uma revisão dos números do levantamento *Youth Risk Behavior Surveillance Survey* - YRBSS, realizado em 2007 nos EUA, demonstrou que 28,5% dos 15.000 norte-americanos

entrevistados em todo o país diziam se sentir triste ou sem esperança, 11,3% já haviam pensado em suicídio e 6,9% já haviam tentado se matar durante o último ano. Embora os resultados do YRBSS indiquem que um grande número de pessoas apresente risco para o suicídio, é extremamente difícil identificar de maneira específica estes indivíduos (LIEBERMAN; POLAND; CASSEL, 2008).

Fatores culturais, relacionados com o gênero e com o desenvolvimento afetivo são igualmente importantes na determinação deste risco. Uma avaliação recente do contexto familiar e de relações afetivas identificou os seguintes fatores como indicadores de um risco maior de suicídio: maus tratos, relações familiares problemáticas, problemas de natureza socioeconômica e história familiar de suicídio (LIEBERMAN; POLAND; CASSEL, 2008; SILVA, 1999).

O comportamento suicida, portanto, não é um evento delimitado apenas no âmbito individual dos fatores genéticos e biológicos, e, devido à sua complexidade, tem sido objeto de estudos nas diversas áreas científicas. Além disso, observa-se forte impacto econômico dos óbitos por suicídio e dos custos com internações e sequelas decorrentes de tentativas de suicídio, incrementando a relevância de conhecimento nesta área (BOTEGA et al., 1995).

Em mulheres, este comportamento acompanha uma tendência mundial: embora com menores taxas de suicídio que os homens, mulheres apresentam maiores taxas de tentativa de suicídio (TS). As mulheres tentam o suicídio com uma frequência três vezes superior que os homens, mas estes consumam o suicídio em uma proporção quatro vezes maior do que elas (BERNARDES; TURINI; MATSUO, 2010; SILVA, 1999).

Os métodos violentos, como o uso de armas de fogo e o enforcamento, são incomuns nas tentativas de suicídio, pois quase sempre acarretam a morte. Os métodos mais utilizados são ingestão de medicamentos (60%), a ingestão de agrotóxicos (20%), e cortes e perfurações (8%); portanto, as mulheres apresentam uma propensão a utilizar métodos menos violentos para as TS, como a ingestão de produtos tóxicos ou a overdose de um medicamento (BOTEGA; SILVEIRA, 1996).

O método escolhido por um indivíduo para suicidar - se frequentemente é determinado pela disponibilidade do agente e por fatores culturais, mas pode refletir a seriedade da tentativa, uma vez que alguns métodos tornam praticamente impossível a sobrevivência, enquanto outros possibilitam uma tentativa de resgate (BOTEGA; SILVEIRA, 1996).

A dose excessiva (overdose) de um medicamento é o método mais comum nas tentativas de suicídio de mulheres, pelo acesso e disponibilidade a estes produtos. Estudos demonstram que as mulheres que atentam contra a própria vida, em sua maioria, são jovens de

até 30 anos, que utilizam medicamentos como principal meio para a TS (TREVISAN et al., 2010; WERNECK et al., 2006; BOTEGA et al., 1995).

A morbidade prevenível relacionada a utilização inadequada de medicamentos é um problema para nosso sistema de saúde, e os recursos financeiros gastos com este problema são suficientes para permitir outras intervenções no sistema, tornando-o mais eficiente. As principais causas de morbidade prevenível relacionadas a medicamentos são a prescrição inadequada, reações adversas, não adesão ao tratamento, superdosagem ou sub-dosagem, e erros de medicação (RABELO, 2008; REIS, 2008; SINITOX, 2008).

Os medicamentos são responsáveis pela maioria das intoxicações registradas em todas regiões no país desde 1994, de acordo com os registros do Sistema Nacional de Informações Tóxico-farmacológicas – SINITOX. A manutenção de índices elevados de intoxicações medicamentosas resulta da resistência social ao uso racional dos medicamentos enquanto política pública de integralidade da atenção à saúde (MARGONATO; THOMSON; PAOLIELLO, 2008; SINITOX, 2008).

Fatores econômicos, políticos e culturais têm contribuído para o crescimento da medicalização no mundo. A maior disponibilidade de produtos no mercado, a facilidade de acesso devido ao número elevado de farmácias e drogarias, associado à práticas comerciais pouco éticas e legalmente questionáveis cometidas por diversos estabelecimentos, favorecem a disseminação deste problema (PEREIRA et al., 2009).

Por sua vez, a utilização de medicamentos psicoativos ultrapassa este crescimento mundial nas últimas décadas, possivelmente devido ao aumento da frequência de diagnósticos de transtornos mentais na população, à introdução de novos fármacos no mercado e às novas indicações terapêuticas dos medicamentos psicoativos já existentes (RODRIGUES; FACCHINI; LIMA, 2006).

Os medicamentos psicoativos atuam no sistema nervoso central (SNC) produzindo alterações de comportamento, humor e cognição, além de propiciar alívio de tensões internas, como angústia ou tristeza. São classificados como depressores, estimulantes ou perturbadores, a partir dos efeitos modificadores seletivos do sistema nervoso central (DIAS; PINTO, 2006; LARANJEIRA, NICASTRI, 1996). Para Baldessarini (1995), o uso desses medicamentos envolve dois caminhos: um para modificar o comportamento normal e produzir estados alterados de sentimentos com propósitos religiosos, cerimoniais ou recreacionais, e o outro para alívio de doenças mentais.

As intoxicações com medicamentos psicoativos vêm ocupando o espaço que antes era liderado por medicamentos considerados mais ‘fracos’, como a aspirina, que baixou o número

de intoxicações de 20% para cerca de 10% de casos. Essa troca de posições se deve, provavelmente, à crescente frequência de prescrição médica dos medicamentos psicoativos (RODRIGUES; FACCHINI; LIMA, 2006).

Estudos realizados com indivíduos que tentaram suicídio com sobredose intencional de medicamentos, demonstraram que a maioria era do sexo feminino e utilizou medicamentos psicoativos, principalmente os tranquilizantes, antidepressivos e anticonvulsivantes para as TS (BERNARDES; TURINI; MATSUO, 2010; SANTOS et al., 2009; WERNECK et al., 2006).

Para Rios et al. (2005), existe uma clara preferência pelos medicamentos psicoativos nas tentativas de suicídio. Tais medicamentos foram responsáveis, no período de dois anos, por mais de 60% de todos os casos de tentativa de suicídio registrados no Centro de Informação Tóxico-Farmacológicas de Goiás. Para os autores, esta predominância é decorrente da distribuição de consumo de medicamentos no país, bem como do conhecimento de sua eficácia, por provocarem ‘efeitos imediatos’, principalmente relacionados à indução do sono e à diminuição das funções vitais.

Os antidepressivos, principalmente a amitriptilina e a fluoxetina, foram responsáveis, em 2004, por 93,5% das intoxicações por antidepressivos. A intoxicação por antidepressivos tricíclicos (antriptilina) é frequente e potencialmente grave. No Brasil, situa-se entre os três primeiros grupos de medicamentos que levam a intoxicação aguda, muito relacionada à tentativa de suicídio (ANDRADE FILHO; CAMPOLINA; DIAS, 2001).

Estes dados fizeram perceber a relevância do uso de medicamentos psicoativos no suicídio e nas tentativas de suicídio, embora sejam originários de grupos populacionais com características específicas, demonstram a dimensão deste problema no universo feminino e a vulnerabilidade deste grupo para a utilização de medicamentos psicoativos nas TS, e indica a pertinência do tema para aprofundamento científico.

Frente a estes aspectos, os objetivos do presente estudo são verificar a finalidade de uso, o acesso e a disponibilidade dos medicamentos psicoativos utilizados na tentativa de suicídio de mulheres.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Estudo transversal, de abordagem quantitativa, com desenho de série de casos de mulheres que tentaram suicídio utilizando medicamentos psicoativos.

Foram incluídas no estudo, 41 mulheres com idade acima de 18 anos, residentes no município de Maringá-Paraná, atendidas em um centro de informação e assistência toxicológica, no período de fevereiro a julho de 2010, e efetivamente entrevistadas 20 mulheres (48,8%), devido às perdas e recusas.

Como instrumento de coleta de dados foi elaborado um roteiro de entrevista de caráter semi-estruturado, elaborado pela própria pesquisadora, composto de cinco partes: caracterização da mulher e da família; a família e seus indicadores sociais; caracterização da situação de saúde da mulher; o medicamento psicoativo e o evento suicida; e contextos de vulnerabilidade e o evento suicida. No presente estudo serão analisados os dados de itens dos blocos caracterização da mulher; caracterização da situação de saúde; e o medicamento psicoativo e o evento suicida.

Foi realizada entrevista domiciliar com as mulheres selecionadas, obedecendo ao período mínimo de trinta dias após o registro e atendimento do caso, pois a tentativa de suicídio é considerada um evento marcante na vida da mulher e a visita domiciliar poderia desencadear novos conflitos (BELLASALMA, 2000). Outro cuidado importante efetuado após as entrevistas foi oferecer às mulheres acompanhamento psicológico gratuito através do Ambulatório de Psicologia do centro de assistência toxicológica.

Os dados quantitativos originários do roteiro de entrevista foram inseridos no *Software* Excel 2003 para análise e tabulação, e submetidos à estatística descritiva por frequência simples.

Para verificação da finalidade de uso dos medicamentos utilizados na TS, foram selecionadas as variáveis: tipo de medicamento, doença diagnosticada e tratamento de saúde efetuado pela mulher; e para análise do acesso e disponibilidade dos medicamentos foram analisadas a modalidade de uso e tipo de acesso ao medicamento envolvido na TS, e a quantidade disponível e o local de armazenamento dos medicamentos no domicílio.

O projeto foi aprovado conforme Parecer N.º 035/2010 do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (COPEP). Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) em duas vias.

3. RESULTADOS

A maioria das 20 mulheres investigadas tinha idade entre 22 e 39 anos, era da raça branca (15 - 75%) e casada (12 - 60%). Nove mulheres informaram ter frequentado a escola por um período entre nove e onze anos e seis entre cinco e oito anos.

A análise da situação ocupacional apontou que dez (50%) mulheres não tinham vínculo ocupacional formal (donas de casa), nove (45%) estavam trabalhando em empregos formais e uma estava desempregada (5%).

Referente ao tipo de medicamento utilizado na TS, os benzodiazepínicos foram os mais utilizados (13 - 65%), sendo que em seis casos houve associação com outros medicamentos (antidepressivo, antipsicótico), além de um caso associado à bebida alcoólica. Os antidepressivos totalizaram cinco casos (25%), sendo um associado à antipsicótico e outro à raticida; duas mulheres utilizaram anticonvulsivantes. (Figura 2)

Considerando as mulheres que utilizaram os medicamentos para tratamento de uma doença pré-existente, um número expressivo de mulheres referiram ter sido diagnosticadas como portadoras de quadros depressivos (17 - 85%), cinco delas associadas com outros transtornos mentais - transtorno bipolar, esquizofrenia, síndrome do pânico e dependência de drogas, considerados como co-morbidades. (Tabela 1)

Dez mulheres (50%) faziam tratamento psiquiátrico e três (15%) associavam acompanhamento psicológico e psiquiátrico, porém seis delas (30%) informaram nenhum tipo de tratamento após a tentativa de suicídio. Onze mulheres (55%) eram recorrentes ao suicídio, ou seja, já haviam tentado suicídio anteriormente. (Tabela 1)

Tabela 1: Distribuição da finalidade de uso dos medicamentos utilizados pelas mulheres da série de casos para a tentativa de suicídio. Maringá - Paraná, 2010.

Variáveis	N	%
Doença diagnosticada* (n=18)		
Depressão	17	94,5
Transtorno bipolar	1	5,5
Tratamento de saúde		
Psiquiátrico	10	50,0
Psiquiátrico e psicológico	3	15,0
Psicológico	1	5,0
Nenhum	6	30,0

Nota: * Em dois casos o medicamento psicoativo não era de uso próprio da mulher.

A maioria dos medicamentos utilizados para a TS era de uso próprio e contínuo da mulher e foi prescrito por um médico (19 - 95%), e em um caso a mulher o adquiriu ilegalmente, sem receita médica.

A quantidade de medicamento disponibilizada para a maioria das mulheres era para utilização em 30 dias (9 - 45%), seguido de prescrição para 60 dias (5 - 25%). Em dois casos (10%), os medicamentos foram prescritos para utilização em 120 dias. Duas mulheres (10%)

não souberam dizer a quantidade disponibilizada de medicamento, pois este era de uso não próprio, viabilizado por outros membros da família. (Tabela 2)

Com relação ao local de armazenamento dos medicamentos nos domicílios das mulheres após a TS, nove mulheres (45%) mantinham estoque do medicamento psicoativo dispensado no quarto e seis na cozinha (6 - 30%). Em apenas dois casos (10%), os medicamentos ficavam sob a guarda e controle do marido. (Tabela 2)

Tabela 2: Distribuição das formas de acesso e disponibilidade aos medicamentos psicoativos envolvidos na tentativa de suicídio das mulheres. Maringá -Paraná, 2010.

Variáveis	N	%
Modalidade de uso		
Uso próprio	18	90,0
Uso não próprio	2	10,0
Acesso		
Consulta médica	19	95,0
Outros*	1	5,0
Quantidade medicamento disponível		
30 dias	9	45,0
60 dias	5	25,0
90 dias	1	5,0
120 dias	2	10,0
Indeterminado	1	5,0
Não sabe	2	10,0
Local de armazenamento		
Quarto	9	45,0
Cozinha	6	30,0
Escritório	1	5,0
Banheiro	1	5,0
Bolsa	1	5,0
Não sabe**	2	10,0

Nota: *Adquiriu do Paraguai, sem receita médica. **Marido é responsável pela guarda do medicamento.

4. DISCUSSÃO

Considerando a etiologia multicausal do suicídio, as características socioeconômicas das mulheres da presente série de casos corroboram outros estudos, principalmente quanto à faixa etária e a informalidade da situação ocupacional (BERNARDES; TURINI; MATSUO, 2010; TREVISAN et al., 2010 ALMEIDA et al., 2009).

O fato de parcela das mulheres informarem a situação civil de casadas (12), considerado fator protetor para as tentativas de suicídio (BOTEGA, 2004), não deve ser visto com reservas, pois a informação de outros fatores, envolvendo o ambiente familiar das

mulheres, permeou a maioria das entrevistas, principalmente a violência doméstica física e psicológica dos maridos e conflitos intrafamiliares frequentes.

Os benzodiazepínicos foram responsáveis pela maioria das intoxicações do presente estudo, dado que reflete o consumo elevado deste grupo de medicamentos em nosso país. Sua utilização é três vezes mais provável em pacientes portadores de transtornos mentais e seu uso por mulheres é três vezes maior que nos homens (NORDON et al, 2009).

Disponíveis no mercado desde 1960, os benzodiazepínicos são a terceira classe de drogas mais prescritas no Brasil, sendo utilizada por aproximadamente 4% da população. No âmbito mundial, estima-se que 1 a 3% da população ocidental já os tenha consumido regularmente por mais de um ano. O elevado consumo desta classe terapêutica é relevante, considerando-se os graves efeitos adversos que pode ocasionar, além da dependência química ou psíquica (RIOS et al., 2005; ANDRADE; ANDRADE; SANTOS, 2004).

Não obstante, os antidepressivos, têm sido prescritos com frequência, considerados medicamentos seguros e bem tolerados por boa parte da população. A fluoxetina é atualmente o medicamento antidepressivo mais prescrito no Brasil e no mundo, havendo indícios de que possa atuar na promoção de perda de peso durante vários meses após o início da terapia. Esta característica poderia ser um dos fatores propulsores deste consumo elevado no sexo feminino (CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÃO DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS, 2003).

Por outro lado, a condição de gênero pode estar associada ao atendimento médico distinto quando se trata da necessidade de utilização de medicamentos psicoativos. Moreno et al. (2000), em estudo para avaliar a conduta médica em atenção primária, concluíram que os médicos abordaram de maneira diferente os sintomas de ansiedade e depressão dependendo do sexo do paciente, prescrevendo mais drogas ansiolíticas e suporte psicológico, além de um maior diagnóstico de causas funcionais, em mulheres.

A existência de algum transtorno mental associado com histórico de TS anterior são os dois principais fatores de risco para o suicídio citados pela Organização Mundial de Saúde. Estudos em diferentes regiões do mundo demonstram que na maioria dos suicídios, os indivíduos apresentavam um transtorno mental diagnosticado (OMS, 2006). Neste estudo, verificou-se resultados semelhantes, uma vez que a maioria das mulheres informou diagnóstico médico de depressão, com co-morbidades, e já havia tentado suicídio anteriormente.

A depressão acomete, ao longo da vida, entre 10% e 25% das mulheres e está presente em cerca de 15% dos suicídios. Além disso, corresponde ao terceiro problema de saúde entre

mulheres residentes em países desenvolvidos e ao quinto entre as mulheres de países em desenvolvimento (ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005).

Nos últimos anos, a epidemiologia psiquiátrica tem verificado associação entre transtornos mentais comuns e variáveis relativas às condições de vida e à estrutura ocupacional e demonstram que aspectos relacionados ao trabalho doméstico podem estar associados a repercussões negativas à saúde mental das mulheres. Nesta série de casos este dado pôde ser verificado, uma vez que as mulheres, em sua maioria, não possuíam vínculo formal de trabalho e eram donas de casa (ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005).

Chama a atenção que, embora a maioria das mulheres estivesse fazendo tratamento psiquiátrico, isto parece não ter impedido a TS, o que sugere uma baixa adesão ao tratamento indicado ou indicação inadequada do medicamento, conformando o círculo vicioso do risco para a TS, acesso ao medicamento e seu uso para nova TS.

O fracasso da adesão pode estar relacionado à não aquisição dos medicamentos prescritos, a erros nas dosagens, frequência e horários das medicações, a confusão na sequência de vários medicamentos, ao uso de medicamentos não prescritos pelo médico, tratamento complexo ou prolongado e aos efeitos colaterais desagradáveis (CUNHA, 2006).

A prescrição de medicamentos psicoativos inadequadamente, em especial no nível primário de atendimento, é frequente. Os principais motivos para tal são a falta de tempo do profissional para avaliação completa dos casos, banalização da gravidade do uso e dos efeitos colaterais desse tipo de medicamento e até mesmo a não observação dos *guidelines* (NORDON et al., 2009).

Além disso, o apelo não científico das propagandas de medicamentos psicoativos reflete na atitude médica, resultando em prescrições medicamentosas que não consideram outras terapias coadjuvantes (CUNHA, 2006). Isto se mostrou evidente neste estudo pelo fato de apenas três mulheres realizarem acompanhamento psicológico associado ao psiquiátrico e nenhuma delas relatar o acompanhamento pela enfermagem.

A utilização de medicamentos de uso contínuo pelas mulheres mostra-se como um fator facilitador para a recorrência de TS, uma vez que a existência destes no domicílio, e em grande quantidade, proporciona o imediato acesso como meio para a TS. O uso de um método para a TS está intimamente relacionado à sua disponibilidade e o controle do acesso a estes métodos suicidas é um fator de proteção importante na prevenção destas ocorrências. Barreiras de acesso a determinados métodos provocam, comprovadamente, redução sensível em todas as outras formas de tentativa, mediante a diminuição da impulsividade do ato (RODRIGUES, 2009).

Nesta série de casos, os medicamentos utilizados eram, em sua maioria, de uso próprio da mulher e guardados em locais de fácil acesso. Apenas duas mulheres não tinham acesso às medicações utilizadas, que eram guardadas por outro membro da família. Em estudo realizado por Botega et al. (1995), verificou-se que o comportamento de tentativa de suicídio caracterizou-se por baixa intencionalidade e pela impulsividade, sendo o método mais utilizado o que oferecia maior facilidade de acesso.

O acúmulo dos medicamentos psicoativos nas residências, constituindo por vezes um verdadeiro arsenal terapêutico, é também um fator importante de risco verificado neste estudo. Além de favorecer a prática da automedicação, facilita a ocorrência de intoxicação por ingestão intencional, além do que, a falta de cuidados com a farmácia caseira pode afetar a eficiência e a segurança dos medicamentos, devido ao mau armazenamento ou até mesmo vencimento (PEREIRA et al., 2009).

O estoque de medicamentos é uma prática comum nas famílias brasileiras e uma cultura do indivíduo denominada por Barros (2004) como ‘cultura da pílula’ intensifica o fenômeno da medicalização. Margonato, Thomson e Paoliello (2008), investigando a quantidade de medicamentos armazenados em domicílios de Maringá, encontraram 50% dos domicílios com quantidade exagerada nos estoques domésticos e número expressivo de medicamentos fora do prazo de validade.

Outro estudo sobre ‘farmácia caseira’ apontou que 97% das residências visitadas pelo pesquisador possuíam pelo menos um medicamento estocado, com cerca de 55% adquiridos sem prescrição médica. Do total, 25% estavam ‘vencidos’, mas 24% continuavam sendo utilizados (FERNANDES, 2000). A utilização inadequada dos medicamentos, ou seja, fora dos padrões da prescrição médica favorece o acúmulo dessas substâncias no ambiente doméstico, o que, em momentos de impulsividade se transforma em um poderoso meio para a TS.

A maioria dos suicídios poderia ser prevenida se fosse reduzido o acesso aos meios para o evento. A possibilidade de cometer suicídio é três vezes maior entre pessoas que fazem tratamento para transtornos neurológicos e mentais, fato que pode estar relacionado ao fácil acesso aos medicamentos psicoativos que essas pessoas utilizam continuamente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002; DE LEO, 2004).

O modelo assistencial à saúde mental para tratamento dessas mulheres facilita o acesso à grandes quantidades de medicamentos psicoativos, uma vez que setes são disponibilizados para uso em até 120 dias e geralmente ficam sob a guarda do próprio paciente. A assistência individual, passiva e centrada na medicalização dos sintomas, agrava ainda mais esse panorama.

A compreensão de que a assistência à saúde mental vai além do uso do medicamento psicoativo, seria um ótimo começo para um cuidado eficaz à saúde dessas mulheres. Um olhar mais aprofundado em sua situação de vida, com acompanhamento multiprofissional qualificado são passos necessários para garantir à elas qualidade de vida, em sua totalidade.

5. CONCLUSÃO

Conclui-se, portanto, que o fácil acesso ao medicamento associado à grande quantidade estocada no domicílio são fatores que podem estar associados e potencializam a execução de TS em mulheres, pois em se tratando de uma sociedade que vê no medicamento o principal meio para a cura de suas doenças, as concepções sobre estes podem interferir no modo como são utilizados.

Apesar da baixa letalidade das intoxicações por medicamentos, sua morbidade é elevada, principalmente associada à TS. Isso reacende a necessidade de vigilância, orientação e educação permanentes de profissionais de saúde e pacientes do sistema de saúde a fim de diminuir as estatísticas mencionadas neste estudo que envolvem os produtos medicamentosos, cuja indicação clínica é de promoção da saúde.

Acredita-se que os resultados encontrados possam promover uma maior compreensão dos padrões de uso dessas substâncias no sexo feminino para que haja uma maior sensibilidade de gênero em sua prevenção.

REFERÊNCIAS

Almeida AS, Guedes PMM, Nogueira JÁ, França UM, Silva ACO. Investigação de risco em hospital de João Pessoa – PB. Rev. Eletr. Enf. 2009; 11(2):383-389.

Andrade Filho A, Campolina D, Dias MB. Toxicologia na prática clínica. Belo Horizonte: Folium; 2001. 368 p.

Andrade MF, Andrade RCG, Santos V. Prescrição de psicotrópicos: avaliação das informações contidas em receitas e notificações. Rev. Bras. Cienc. Farm. 2004; 40(4):471-479, 2004.

Araújo TM, Pinho OS, Almeida MMG. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. Abreviado Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 2005; 5(3):337-348, 2005.

Barros JAC. Políticas farmacêuticas: a serviço dos interesses da saúde? Brasília, DF: UNESCO; 2004. 264 p.

Bellasalma ACM. Família e tentativa de suicídio: um estudo em Maringá (PR). [Trabalho de Conclusão de Curso]. Maringá: Universidade Estadual de Maringá; 2000. Especialização em Saúde Mental

Bernardes SS, Turini CA, Matsuo T. Perfil das tentativas de suicídio por sobredose intencional de medicamentos atendidas por um Centro de Controle de Intoxicações do Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26(7):1366-1372.

Botega NJ, Cano FO, Kohn SC, Knoll AL, Pereira WAB, Bonardi CM. Tentativa de suicídio e adesão ao tratamento: um estudo descritivo em hospital geral. *J. Bras. Psiquiatr*. 1995; 44: 19-25.

Botega NJ, Rapelli CB, Freitas GVS. Perspectiva psiquiátrica. In: Werlang BSG, Botega NJ (Org.). *Comportamento suicida*. Porto Alegre: ArtMed; 2004. p. 107-121.

Botega N, Silveira GM. General practitioners attitudes towards depression: a study in primary care setting in Brazil. *Int. J. Soc. Psychiatry*. 1996; 42(3):230-237.

Centro Brasileiro de Informação de Medicamentos Psicotrópicos. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Departamento de Psicofarmacologia. Haja ansiedade. Haja insônia. *Bol. CEBRID*. 2003; (47). [acesso 1 nov. 2010]. Disponível em: <<http://www.saude.inf.br/cebrid/boletimcebrid47.htm>>.

Cunha MF. Adesão e não adesão ao tratamento psiquiátrico para depressão. [Dissertação]. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia; 2006.

De Leo D. Prefácio. In: Botega N J, Werlang BG (Org.). *Comportamento suicida*. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 13-14.

Dias JC, Pinto IM. Substancias psicoativas: classificação, mecanismos de ação e efeitos sobre o organismo. In: Silveira DX, Moreira FG. *Panorama atual de drogas e dependências*. São Paulo: Atheneu; 2006. p. 39-52.

Fernandes LC. Caracterização e análise da farmácia caseira ou estoque domiciliar de medicamentos. [Dissertação]. Porto Alegre: UFRGS. Faculdade de Farmácia; 2000. Mestrado.

Laranjeira R, Nicastri S. Abuso e dependência de álcool e drogas. In: Almeida D, Laranjeira E. *Manual de psiquiatria*. São Paulo: Guanabara Koogan; 1996.

Lieberman R, Poland S, Cassel R. Best practices in suicide intervention. In: Thomas A, Grimes J (Ed.). *Best practices in school psychology V*. Washington, DC: National Association of School Psychologists; 2008. p. 1457-1472.

Margonato FB, Thomson Z, Paoliello MMB. Determinantes nas intoxicações medicamentosas agudas na zona urbana de um município do Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2008; 24(2): 333-341.

Moreno MEL, Clemente EL, Pinero MJA, Martinez MRM, Alonso FG, Rodríguez FJA. Influencia del género del paciente en el manejo de cuadros ansioso/depresivos. *Aten Primaria*. 2000; 26(8):554-558.

Nordon DG, Akamine K, Novo NF, Hübner CK. Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na atenção primária. *Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul.* 2009; 31(3):152-158.

OMS-Organização Mundial de Saúde. Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde, OPAS, Unicamp; 2006.

Pereira JR, Soares L, Hoepfner L, Kruger KE, Gutierrez ML, Tonini KC, Devegili DA, Rocha ER, Verdi F, Dalfovo D, Olsen K, Mendes T, Deretti R, Soares V, Lobermeyer C, Moreira J, Ferreira J, Francisco A. Riscos da automedicação: tratando o problema com conhecimento. 2009. [acesso 20 out. 2010]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/premio_medica/pdfs/trabalhos/mencoes/januarina_ramos_trabalho_completo.pdf>.

Rabelo JF. Uso de medicamentos psicoativos: um estudo com jovens que tentaram suicídio em Maringá-Pr. [Dissertação]. Maringá: Universidade Estadual de Maringá, 2008. Mestrado em Enfermagem.

Reis AMM. A morbimortalidade relacionada a medicamentos. 2008. [acesso 5 out. 2010]. Disponível em: <<http://www.portalfarmacia.com.br/farmacia/artigos/116/a-morbimortalidade-relacionada-a-medicamentos>>.

Rios DP, Bastos FM, Cunha LC, Valadares MC. Tentativa de suicídio com o uso de medicamentos registrados pelo CIT-GO nos anos de 2003 e 2004. *Rev. Eletr. Farm.* 2005; 2(1):6-14.

Rodrigues MAP, Facchini LA, Lima MS. Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidade do Sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública.* 2006; 40(1):107-114.

Rodrigues JC. A entrevista clínica no contexto do risco de suicídio. [Dissertação]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2009. Mestrado.

Santos AS, Lovisi G, Legay L, Abelha L. Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2009; 25(9): 2064-2074.

Silva, L.F. Saúde das mulheres o gênero, determinante cultural de saúde. *Rev. Epidemiol.* 1999; 13(supl. 5):31-34.

Sinitox. Sistema Nacional de Informações Tóxico-farmacológicas. Casos registrados de intoxicação humana por agente tóxico e circunstância. 2008. [acesso 1 nov. 2010]. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/sinitox_novo/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?tpl=home>.

Trevisan EPT, Tavares EO, Marangoni SR, Bellasalma ACM, Oliveira MLF. Características de tentativas de suicídio por agentes químicos em mulheres: contribuição para a assistência de enfermagem. In: 6º Seminário de Cuidado Humano em Enfermagem; 2010; Curitiba. Curitiba: UFPR, 2010. p. 263-265.

Werneck GL, Hasselmann MH, Phebo LB, Vieira DE, Gomes VLO. Tentativas de suicídio em um hospital geral no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2006; 22(10):2201-2206.

WHO-World report on violence and health: summary. Geneva: World Health Organization; 2002.

6. ARTIGO 3

CONTEXTOS DE VULNERABILIDADE PARA A TENTATIVA DE SUICÍDIO EM MULHERES USUÁRIAS DE MEDICAMENTOS PSICOATIVOS.

VULNERABILITY CONTEXTS FOR WOMEN WHO ATTEMPTED SUICIDE USING PSYCHOACTIVE DRUGS.

CONTEXTOS DE VULNERABILIDAD PARA LA TENTATIVA DE SUICIDIO EN MUJERES USUARIAS DE MEDICAMENTOS PSICOACTIVOS.

RESUMO

Objetivo: Identificar contextos de vulnerabilidade em mulheres que tentaram suicídio com medicamentos psicoativos. **Metodologia:** Estudo descritivo exploratório, utilizando o referencial teórico analítico da vulnerabilidade, com avaliação de uma série de casos de 20 mulheres, atendidas em um centro de informação e assistência toxicológica do Paraná, no ano de 2010. Foi utilizado um roteiro de entrevista semi-estruturado, aplicado em visita domiciliar e os resultados analisados por estatística descritiva simples. **Resultados:** O componente individual de vulnerabilidade indicou que, embora qualificadas para o trabalho, a maioria das mulheres exercia apenas atividades no lar; o componente social evidenciou a convivência destas com a violência, principalmente inserida no ambiente familiar; e o componente programático apontou estoque de medicamentos psicoativos no domicílio, associado à ausência de tratamento multiprofissional adequado. **Conclusão:** A convivência das mulheres com elementos estressores de vida, associados à disponibilidade de psicoativos e assistência à saúde inadequada, confere maior susceptibilidade à tentativa de suicídio.

Palavras-chave: Análise de Vulnerabilidade. Mulheres. Psicotrópicos. Uso de Medicamentos.

ABSTRACT

Objective: Identifying the vulnerability contexts for women who attempted suicide using psychoactive drugs. **Methodology:** Exploratory descriptive study using the analytical theoretical referential about vulnerability, evaluating a series of 20 cases of women assisted in a toxicological information and assistance centre in Paraná in the year 2010. A semi-structured interview script was used and the results were analyzed with simple descriptive statics. **Results:** The individual vulnerability component revealed that most women worked only at home, even with professional qualifications; the social component indicated violence in the women`s lives, specially in their family environment, and the pragmatic component lead to the psychoactive drug storage at home plus the lack of suitable multiprofessional treatment. **Conclusion:** Women living with stressing elements together with the easy access to psychoactive drugs and not suitable health assistance give them more vulnerability to suicide attempt.

Keywords: Vulnerability analyzis. Women. Psychotropics. Drug use.

RESUMEN

Objetivo: Identificar contextos de vulnerabilidad en mujeres que han intentado suicidio con medicamentos psicoactivos. **Metodología:** Estudio descriptivo exploratorio, utilizando un referencial teórico analítico de vulnerabilidad, con evaluación de una serie de casos de 20 mujeres, atendidas en un centro de información y asistencia toxicológica del Estado de Paraná, del año 2010. Ha sido utilizado una guía de entrevista semiestructurada, aplicada en visita domiciliar y los resultados analizados por estadística descriptiva simple. **Resultados:** El componente individual de vulnerabilidad ha indicado que, aunque cualificadas para el trabajo, la mayoría de las mujeres ha ejercido apenas actividades del hogar; el componente social ha evidenciado la convivencia de ellas con la violencia, principalmente relacionadas al ambiente familiar; y el componente programático ha señalado la existencia de medicamentos psicoactivos en el domicilio, asociado con la ausencia de tratamiento multiprofesional adecuado. **Conclusión:** La convivencia de estas mujeres con elementos estresantes de la vida, asociados a la disponibilidad de psicoactivos y asistencia a la salud inadecuada, confiere mayor susceptibilidad a la tentativa de suicidio.

Palabras claves: Análisis de Vulnerabilidad. Mujeres. Psicotrópicos. Uso de Medicamentos.

1. INTRODUÇÃO

A partir do trabalho de Mann, Tarantola e Netter (1992), no âmbito das intervenções preventivas da Aids, surgiu a tentativa de discutir o estatuto comportamental da idéia de risco, por meio do conceito de vulnerabilidade, termo já utilizado pela Saúde Pública brasileira desde os anos 80, como critério para estabelecimento de prioridades no enfrentamento de quadros de morbidade.

Este conceito, novamente alavancado, designa, em termos gerais, as condições de maior ou menor fragilidade de grupos populacionais, de modo a incluir dimensões sociais, políticas e econômicas na análise da etiologia e do enfrentamento dos agravos, além dos aspectos individuais - biológicos, comportamentais e de 'estilo de vida'. Com isso, buscou-se fornecer elementos para a avaliação objetiva das diferentes chances de exposição de todo indivíduo a determinado fator de risco, dado o conjunto formado por certas características individuais e sociais de seu cotidiano, julgadas relevantes para a sua maior exposição ou menor chance de proteção (AYRES et al., 2006; OLIVEIRA, 2004; MANN; TARANTOLA; NETTER, 1992).

Vulnerabilidade pode ser definida como a condição daquele que está a margem do processo social e resulta em

[...] uma conjunção de fatores individuais (biológicos, cognitivos e comportamentais), programáticos (programas de prevenção, educação, controle e assistência, bem como vontade política), sociais (relacionados às questões econômicas e sociais) e culturais (submissão a padrões e crenças morais, hierarquias, relações de poder, questões de gênero), interdependentes e mutuamente influenciáveis, assumindo pesos e significados diversos que variam no decorrer do tempo e determinam o grau de susceptibilidade de indivíduos e grupos em relação a questões de saúde (GUILHEM, AZEVEDO, 2008, p. 230).

Dentro do contexto do comportamento suicida, pode-se apropriar deste referencial para análise da susceptibilidade feminina às tentativas de suicídio, uma vez que as condições culturais, econômicas e políticas precisam ser consideradas quando se deseja compreender as razões pelas quais as pessoas se expõem a um agravo de longa duração ou a eventos não condizentes à qualidade de vida (PAZ; SANTOS; EIDT, 2006).

As estatísticas em relação ao suicídio vêm aumentando em todo o mundo, estabelecendo-o entre as três causas de morte em pessoas na faixa etária de 15 a 35 anos. O Brasil está situado entre os dez países com o maior número de suicídios, embora o coeficiente de mortalidade por suicídio ainda seja relativamente baixo. Porém, dados dos anos de 1994 a 2004, apontam que algumas regiões brasileiras já apresentam taxas comparáveis aos países

apontados com frequência média a elevada de casos, como as regiões Centro-Oeste e Sul (OMS, 2006).

Estima-se que as tentativas de suicídio superem o número de suicídios em pelo menos dez vezes. Além das questões relacionadas ao sofrimento de quem tenta se suicidar ou dos seus parentes e amigos, outras avaliações devem ser consideradas para avaliar o impacto social dessas ocorrências, como os custos de ordem social e econômica que o suicídio representa para uma nação. Cerca de 1,4% do ônus global ocasionado por doenças no ano 2002 foi devido a TS, e acredita-se que chegará a 2,4% em 2020 (OMS, 2006; BAPTISTA; BORGES, 2005).

A tentativa de suicídio pode ser considerada o fator de risco mais previsível para o suicídio. Estudos demonstram que cerca de 30 a 40% das pessoas que tentam o suicídio e não recebem atendimento repetem a tentativa no período de um ano (QUENTAL, 2010; BOTEGA; MAURO; CAIS, 2004).

Ocorre com uma frequência duas vezes mais elevada sexo feminino e representa uma classe de fenômeno distinta do suicídio. Geralmente, mulheres que tentam o suicídio estão num processo de crise, buscando comunicar os seus sofrimentos às pessoas de seu contexto conjugal, familiar e profissional, e necessitam de uma atenção imediata para tentar interromper este processo. Dessa maneira, é possível compreender a preferência das mulheres por meios considerados de baixa letalidade e que permitem atendimento para reversão do quadro, como os medicamentos (QUENTAL, 2010; LOPES, 2007; VANSAN, 1999).

No que tange a utilização de medicamentos como método para a tentativa de suicídio, os medicamentos psicoativos, que constituem-se, na atualidade, como o recurso terapêutico mais utilizado para tratar a tristeza, o desamparo, a solidão, a insegurança, ou a ‘ausência de felicidade’, são comumente utilizados pelas mulheres (FERRAZA; LUZIO; ROCHA, 2007). No ano 2000, estes medicamentos foram responsáveis por 13,6% das receitas médicas expedidas e um estudo realizado em 2008, com objetivo de caracterizar tentativas de suicídio em mulheres, evidenciou que cerca de 75% dos medicamentos utilizados eram psicoativos (TREVISAN et al., 2010; CARLINI; NAPPO, 2003).

Medicamentos psicoativos são substâncias que agem predominantemente no sistema nervoso central e têm a capacidade de afetar diversas atividades cerebrais, como o sono, a cognição, o humor, as emoções e os comportamentos, e são sujeitos à controle especial pela vigilância sanitária brasileira, dispensados apenas sob exclusiva prescrição médica (MASTROIANNI; NOTO; GALDURÓZ, 2008; DIAS; PINTO, 2006).

Diante do exposto, acredita-se que a adoção do conceito de vulnerabilidade permite ampliar a discussão sobre a determinação das tentativas de suicídio, com a inclusão dos valores sociais, culturais, políticos e econômicos que influenciam sua ocorrência entre o segmento feminino e sobre a participação dos medicamentos psicoativos, enquanto principais representantes da medicalização atual da sociedade nesse processo. Portanto, o objetivo principal do presente estudo é identificar os contextos de vulnerabilidade individual, social e programática em mulheres que tentaram suicídio com medicamentos psicoativos.

2. MÉTODOS

Estudo do tipo quantitativo, descritivo e exploratório, com avaliação de uma série de casos de mulheres que tentaram suicídio utilizando medicamentos psicoativos, a partir do referencial teórico e analítico da vulnerabilidade.

O estudo de série de casos é utilizado para grupos com 10 ou mais pessoas, com uma doença ou um problema em particular, sendo comum a análise retrospectiva da vida do indivíduo (CROSTA et al., 2005).

O referencial analítico da vulnerabilidade propõe uma estrutura interpretativa que busca articular o indivíduo num determinado contexto social, regido por políticas sociais e de saúde, a partir da análise de três planos interdependentes de determinação de maior ou menor vulnerabilidade de indivíduos e de coletividades ao adoecimento pelo agravo analisado: o comportamento pessoal, ou vulnerabilidade individual; o contexto social, ou vulnerabilidade social; e as ações governamentais para enfrentar a doença, ou vulnerabilidade programática (OLIVEIRA, 2004; MANN; TARANTOLA, NETTER, 1992).

Foram incluídas no estudo 41 mulheres, com idade acima de 18 anos, residentes no município de Maringá – Paraná, cujos casos foram registrados no Centro de Controle de Intoxicações do Hospital Universitário Regional de Maringá - CCI/HUM, no período de fevereiro a julho de 2010.

A fonte de dados utilizada foi a Ficha de Notificação e Atendimento do CCI/ HUM – Ficha OT, cujo preenchimento é realizado para todos os casos de intoxicação atendidos no serviço e contém informações de identificação do paciente, da ocorrência toxicológica, do tratamento realizado, da evolução clínica e do desfecho do caso.

Como instrumento de coleta de dados, foi construído um roteiro de entrevista semi-estruturado, cujos itens foram utilizados para operacionalizar os componentes de análise da

vulnerabilidade. Neste estudo foram analisados os itens dos blocos caracterização da mulher; a família e seus indicadores sociais; o medicamento psicoativo e o evento suicida; e contextos de vulnerabilidade e o evento suicida.

Foi realizada visita domiciliar para a entrevista das mulheres selecionadas, obedecendo o período mínimo de trinta dias após registro do caso no CCI/HUM e a alta hospitalar da mulher. Um cuidado importante efetuado foi oferecer acompanhamento psicológico gratuito no CCI/HUM às mulheres entrevistadas.

Os dados quantitativos originários do roteiro de entrevista foram inseridos no *Software* Excel 2003 para análise e tabulação, e submetidos à estatística descritiva por frequência simples. Os dados qualitativos das questões abertas do roteiro e dos registros da ocorrência toxicológica na Ficha OT, foram utilizados para corroborar, exemplificar ou complementar os dados quantitativos, favorecendo à contextualização dos eventos.

Para análise da vulnerabilidade individual das mulheres foram escolhidas as variáveis faixa etária, escolaridade, situação ocupacional e renda familiar. Para análise da vulnerabilidade social, selecionou-se as variáveis histórico de perda recente (luto), situações estressoras vivenciadas enquanto criança ou adolescente, satisfação com relacionamento conjugal e ciúme existente no relacionamento; histórico de violência, agressor e se houve denúncia; e histórico de preconceito. Para analisar a vulnerabilidade programática das mulheres, foram escolhidas as variáveis referentes ao acesso ao medicamento utilizado na TS, a quantidade disponível e o tratamento realizado pela mulher, em correlação com as demais variáveis. (Quadro 1)

O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (COPEP) e aprovado conforme parecer 035/2010. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) em duas vias, ficando uma via com o pesquisador e outra com a mulher entrevistada.

Componente analítico	Contextos de vulnerabilidade	
	Grupos analíticos	Elementos
Individual (pessoal)	<i>Idade e educação</i>	Faixa etária Estado civil Escolaridade (anos de estudo)
	<i>Trabalho</i>	Situação ocupacional Renda familiar
Social	<i>Família</i>	Droga abuso na família Conflito familiar frequente Transtorno mental na família Tentativa de suicídio na família
	<i>Violências</i>	Episódios negativos vivenciados enquanto criança/ adolescente Situação de violência enquanto adulta, agressor e denúncia Preconceito e discriminação
	<i>Questões Afetivo-Sociais</i>	Perda recente (luto) Satisfação com relacionamento afetivo Ciúme no relacionamento
Programático (político-institucional)	<i>Acessibilidade</i>	Acesso à atenção em saúde Prescrição e quantidade de medicamento disponível
	<i>Vínculo com profissionais</i>	Acompanhamento em saúde mental
	<i>Resolutividade e autonomia</i>	Recorrência de tentativa de suicídio

Quadro 1: Classificação dos contextos de vulnerabilidade segundo componentes analíticos.

O quadro 1 discrimina os contextos de vulnerabilidade para cada componente, agrupando os elementos de vulnerabilidade segundo grupos analíticos escolhidos pelas pesquisadoras, baseado no referencial de Mann, Tarantola, Netter (1992).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Vinte mulheres integraram a série de casos e foram entrevistadas em suas residências, local onde aconteceram a maioria das tentativas de suicídio e considerado o principal espaço de vida e de vulnerabilidade delas.

Quando verificado a frequência de transtorno mental diagnosticado no grupo de mulheres, um número expressivo (18) apresentava algum tipo de transtorno e comorbidades, sendo que a depressão foi diagnosticada em 17 mulheres, associada à dependência de drogas, à esquizofrenia, ao transtorno bipolar e ao transtorno do pânico em cinco casos.

Evidenciar contextos de vulnerabilidade para as tentativas de suicídio em mulheres permite focalizar as relações desiguais entre os gêneros, além das disparidades socioeconômicas e dos aspectos biológicos e genéticos do suicídio, e ampliar o conceito do transtorno mental como único fator causal do evento suicida.

Nos últimos anos, a epidemiologia psiquiátrica tem verificado associação entre transtornos mentais comuns e variáveis relativas às condições de vida e à estrutura ocupacional como fatores determinantes de tentativas de suicídio, principalmente em mulheres, que são submetidas, com maior frequência que os homens, ao estigma, a maus-tratos no domicílio e ao preconceito social, que podem levar ao “transtorno mental” e, conseqüentemente, ao comportamento suicida. Nesse caso, o discurso de transtorno mental silencia outros discursos e influencia a prática profissional e o acolhimento da mulher nos serviços de saúde (PACHECO et al., 2010).

O componente individual de vulnerabilidade das mulheres, a partir dos grupos analíticos Idade, Educação e Trabalho, indicou que a maioria das mulheres era casada, com idades entre 22 e 39 anos (11 – 55%), sendo a idade mínima encontrada de 22 anos e a máxima de 56 anos. (Tabela 1)

Quanto à escolaridade, nove respondentes (45%) informaram ter frequentado a escola por um período entre nove e onze anos e seis (30%) entre cinco e oito anos, sendo o grupo considerado qualificado, em termos de instrução formal, para o trabalho. No entanto, verificou-se que dez mulheres não tinham vínculo formal de trabalho, sendo classificadas como trabalhadoras do lar (IBGE, 2000), e uma mulher estava desempregada. (Tabela 1)

Tabela 1: Contextos de vulnerabilidade individual das mulheres que tentaram suicídio com medicamentos psicoativos. Maringá -Paraná, 2010.

Variáveis	N	%
Faixa etária (anos)		
22 a 29	6	30
30 a 39	5	25
40 a 49	8	40
50 a 59	1	5
Estado civil		
Casada	12	60
Solteira	3	15
União estável	2	10
Divorciada	1	5
Viúva	2	10
Escolaridade (anos de estudo)		
Nenhum	1	5
5 a 8	6	30
9 a 11	9	45
11 ou mais	4	20
Situação ocupacional		
Do lar	10	50
Trabalhando	9	45
Desempregada	1	5
Renda familiar (salários mínimos)		
Até um	1	5
Um a três	9	45
Três a cinco	3	15
Cinco a dez	4	20
>10	1	5
Não sabe*	2	10

Nota: * Em um caso a renda provém do pai, que mora em outra cidade, e no outro provém de 'poupança'.

A indicação da renda mensal das famílias das mulheres estudadas apontou dez famílias com renda mensal de até três salários mínimos, inserindo-as acima da linha da pobreza. Por outro lado, as famílias eram nucleares e a análise da composição familiar apontou a densidade de 3,2 pessoas por domicílio, indicando a renda *per capita* de aproximadamente um salário mínimo/pessoa, caracterizando-as como de baixa vulnerabilidade segundo critérios econômicos.

Considerando os elementos de vulnerabilidade individual para as tentativas de suicídio já dimensionados em outros estudos, a faixa etária da maioria das mulheres as enquadrava como mais vulneráveis individualmente, pois mulheres adultas são mais susceptíveis à intoxicação intencional por sobre-dose de medicamentos (SINITOX, 2008). Também, verificou-se que, um número relevante de mulheres não participavam do mercado formal de trabalho (10), embora a maioria tenha escolaridade entre nove e onze anos de estudo, podendo

indicar um baixo nível de autonomia e empoderamento dessas mulheres (SOUZA; MINAYO; CAVALCANTE, 2006; WERNECK, 2006).

O número de estudos que realizam a avaliação de aspectos decorrentes da inserção da mulher no mercado de trabalho, como fatores associados, determinantes ou contribuintes para a ocorrência de transtorno mental comum, aumentou nos últimos anos. A responsabilidade das mulheres, enquanto mães, esposas, provedoras do lar e da unidade familiar, além do trabalho formal, insere sobre estas uma carga social muito grande, o que faz com que, muitas vezes secundarizem o autocuidado e as suas necessidades em saúde (BRASIL, 2009; ARAUJO; PINHO; ALMEIDA, 2005).

No entanto, a diminuição da pobreza, com aumento da autonomia e consequente empoderamento das mulheres, está intimamente associado à vinculação da mulher no mercado de trabalho e à políticas de equidade de gênero, ou seja permitir à mulher trabalhar com políticas públicas adequadas para proteção ao trabalho das mulheres (LAVINAS, 2010).

No que se refere à vulnerabilidade social, neste estudo determinada pelo contexto social onde a mulher vive, foram analisados os grupos analíticos Violências, em todas as suas formas, e Questões Afetivo-Sociais, vinculadas ao luto, à satisfação ou insatisfação afetiva, tendo como interface a família e o ambiente familiar, considerando que a interação familiar repercute nos aspectos sociais mais amplos do cotidiano das mulheres.

Considerando os itens do grupo analítico Violências como parâmetros para a vulnerabilidade social, grande parte das mulheres (8) relataram já terem sido vítimas de violências, em todas as suas formas, durante a infância e adolescência, fato que se estendeu na vida adulta de 13 mulheres. Destas, o principal agressor foi o marido (9), e em alguns casos, além da violência conjugal, houve também a violência por parte dos pais, dos filhos e do sogro. Porém, a denúncia após a violência sofrida, foi realizada por apenas quatro mulheres, sendo que em um caso, a mulher denunciou somente a violência por parte do pai e do sogro, e não denunciou o marido, pois referiu 'ainda gostar dele'. (Quadro 2)

Os comportamentos expressos no ato violento pautado no gênero incluem agressões físicas (tapas, chutes e espancamentos), abusos psicológicos (intimidação, constante desvalorização e humilhação) e diferentes comportamentos controladores (isolamento familiar e social, ciúmes, monitoramento da vida cotidiana da mulher, restrição ao acesso a informações e assistência, restrição ao acesso a seus bens materiais), todos relatados em maior ou menor grau pelas mulheres da série de casos. Sabe-se, ainda, que as mulheres que são alvo de agressão física, geralmente, passam por reiterados atos de agressão ao longo dos anos, fato este observado na vida de algumas mulheres deste estudo (TIMM, 2008).

O processo histórico de submissão e opressão ao qual foram, e ainda estão submetidas, as mulheres se consolida em um cenário marcado, tradicionalmente, por relações de poder hierárquicas e assimétricas de diferentes ordens e intensidades. A partir dessa constatação pode-se concluir que a desigualdade de gênero se traduz no fator desencadeante da vulnerabilidade conjugal, que marca as situações cotidianas de submissão da mulher aos padrões masculinos nas relações afetivo-sexuais (GUILHEM, AZEVEDO, 2008).

Pesquisa realizada em 2001 apontou que o marido ou parceiro íntimo é o principal responsável pela violência doméstica, em sua maior parte com agressões físicas. Mesmo com percentuais alarmantes, pode-se inferir que os índices de violência contra mulheres estejam subnotificados, e estima-se que os registros não representem mais do que 5 a 10% da incidência real, ou seja, a situação é ainda mais grave (SEGATO, 2003; FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2001).

A situação opressiva vivida por muitas mulheres, que não raro se silenciam por causa do medo ou vergonha, ou até mesmo por achar ‘natural’ determinadas atitudes dos parceiros, tais como: manifestações de ciúmes, deveres sexuais, desqualificação, não reconhecimento do trabalho doméstico, entre outros, reforçando os dados encontrados, onde houve denúncia em apenas quatro casos. Este silêncio foi vivenciado por algumas mulheres desta série de casos, que, mesmo após a violência, não denunciaram o agressor (BRASIL, 2009).

Nove mulheres já haviam sido vítimas de preconceito e discriminação devido ao analfabetismo, aparência física, baixo nível social, problemas neurológicos ou por serem mães solteiras, sendo que, em alguns casos, os comportamentos preconceituosos e a violência moral eram exercidos dentro do ambiente familiar. (Quadro 2)

Na análise dos itens do grupo família, sete mulheres relataram a utilização de drogas de abuso por algum membro da família, sendo que em um caso a utilização era feita pela própria mulher e, no tocante aos conflitos familiares, estes foram relatados como frequentes por dez mulheres. (Quadro 2)

A ideação e o comportamento suicida são influenciados pelo processo saúde-doença da família. Os conflitos familiares, a quebra de vínculos, as privações econômicas e sociais são fatores que influenciam a tentativa de suicídio e têm grande relação com os padrões familiares e com eventos traumáticos da infância, sendo que sua consequência afeta posteriormente a vida. Alguns dos aspectos são histórias de suicídio ou tentativas suicidas na família, brigas frequentes entre familiares – com tensão e agressão – e rigidez familiar (SOUZA et al., 2007).

Nesta série de casos, o contexto familiar das mulheres se mostrou marcado por eventos de desestruturação, tais como uso de drogas, histórico de tentativa de suicídio de outros membros e transtorno mental na família e conflitos familiares frequentes, além da violência, presente em todas as suas formas. A existência de transtorno mental em algum membro da família, citado por 13 mulheres, e o histórico de tentativa de suicídio no ambiente familiar (6), indicam a sobrecarga emocional no cotidiano dessas mulheres, pois, geralmente, a mulher é a principal cuidadora da família.

Por outro lado, conviver em uma família que possui um usuário de drogas de abuso é um desafio para mulheres, pois esta realidade pode desenvolver competências para lidar com situações estressantes e soluções de problemas ou impedir o seu desenvolvimento familiar saudável. As drogas e a violência no ambiente familiar refletem em situações de estresse e circunstâncias de risco, que em muitas vezes extrapola o âmbito da vivência familiar atingindo também a comunidade em que esta família está inserida. Além disso, o uso de drogas, presente na vida e no cotidiano de muitas mulheres está associado ao medo e à ameaça vivida, pois o contexto de vida é marcado pelo preconceito, estigma, discriminação e exclusão (SILVA; VARGENS, 2009; FLIGE et al., 2004).

Variáveis		N
<i>Episódios negativos enquanto criança/ adolescente</i>	Violências	8
	Trabalho infantil	1
	Nenhuma	11
<i>Situação de violência enquanto adulta</i>	Sim	13
	Não	7
<i>Agressor (n=13)</i>	Marido	9
	Colegas de trabalho	2
	Chefe	1
	Pai/Mãe	1
<i>Denúncia após violência (n=13)</i>	Sim	4
	Não	9
<i>Preconceito e discriminação</i>	Sim	9
	Não	11
<i>Droga de abuso na família</i>	Sim	7
	Não	13
<i>Conflito familiar frequente</i>	Sim	10
	Não	10
<i>Transtorno mental na família</i>	Sim	13
	Não	4
	Não sabe	3
<i>Histórico de tentativa de suicídio na família</i>	Sim	6
	Não	14

Quadro 2: Contextos de vulnerabilidade social das mulheres que tentaram suicídio: violências e família. Maringá –Paraná, 2010.

A identificação de contextos para o grupo analítico Questões Afetivo-Sociais, indicou que nove mulheres haviam vivenciado algum tipo de perda no último ano, seja ela o falecimento de alguém próximo de sua vida ou a separação conjugal, e ainda se encontravam em luto. (Quadro 3)

Quando questionadas sobre a satisfação com o relacionamento afetivo/amoroso atual, que poderia significar um apoio para o enfrentamento, inclusive, do luto, 13 mulheres informaram vínculo amoroso, porém seis relataram a insatisfação conjugal (6), sendo que, destas, duas mencionaram a vontade de separação e atribuíram à dependência econômica do marido como fator de impedimento. (Quadro 3)

O ciúme, existente em sete relacionamentos, foi considerado excessivo pela mulher e presentes tanto na mulher quanto em seu companheiro e desponta como a principal causa aparente da violência, assim como o alcoolismo ou estar alcoolizado no momento da agressão, razões que se destacam, em respostas espontâneas sobre o que acreditam ter causado a violência sofrida, superando em larga escala as demais menções (SEGATO, 2003; FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2001). (Quadro 3)

Variáveis		N
<i>Perda recente (luto)</i>	Sim	9
	Não	11
<i>Satisfação com o relacionamento afetivo</i>	Satisfeita	7
	Insatisfeita	6
	Sem vínculo amoroso	7
<i>Ciúme no relacionamento</i>	Sim	7
	Não	6
	Sem vínculo amoroso	7

Quadro 3: Contextos de vulnerabilidade social das mulheres que tentaram suicídio: questões afetivo-sociais. Maringá -Paraná, 2010.

O componente programático, delimitado pelos grupos analíticos Acessibilidade à Saúde, Vínculo com Profissionais de Saúde e Garantia de Resolutividade e Autonomia diante do agravo, indicou que a maioria das mulheres (19) adquiriu o medicamento psicoativo utilizado para a tentativa de suicídio mediante prescrição e consulta médica, sendo a aquisição ilegal (sem receita médica) referida apenas por uma mulher, que adquiriu o medicamento para emagrecer após indicação de uma amiga. (Quadro 4)

Os medicamentos foram prescritos para utilização para 30 dias (9) até 120 dias (2). Em dois casos, em que a tentativa de suicídio foi com medicamento psicoativo de outra pessoa (mãe e irmã), a mulher não soube dizer a quantidade prescrita para o familiar. (Quadro 4)

Quanto ao local de armazenamento dos medicamentos no domicílio, estudo de Durso et al. (2003), indicou a cozinha como a dependência mais citada para armazenamento de medicamentos, seguida do quarto e do banheiro; porém os produtos eram facilmente encontrados em todos os ambientes da casa, demonstrando que a casa nem sempre pode ser considerada um ambiente saudável. O armazenamento e uso inadequado destes produtos têm colaborado para a ocorrência de casos graves e até fatais de intoxicação e, considerando-se os possíveis perigos do ambiente domiciliar, os profissionais da saúde devem estar aptos para fornecer orientações preventivas às famílias, visto que a maioria dos acidentes ocorre no lar.

Por outro lado, as consequências da utilização não dependem somente da dispensação do medicamento, mas também do seu contexto de uso, ou seja, da frequência, quantidade, circunstâncias e objetivos para o seu uso pelo indivíduo. Os brasileiros estão entre os que mais consomem medicamentos de uso controlado em todo o mundo. Dentre os medicamentos mais utilizados destacam-se os antidepressivos e os benzodiazepínicos, sendo que a aquisição dos medicamentos controlados aumentou e tem-se observado a utilização desses medicamentos para fins recreacionais (ANVISA, 2006).

Nesta série de casos, embora a maioria das mulheres tenha adquirido os medicamentos mediante prescrição médica, sabe-se que o tipo de orientação dada ao paciente a respeito desses medicamentos geralmente é limitada apenas a dosagem adequada para os efeitos terapêuticos, aumentando os riscos de consumo inadequado. A disponibilidade de informações é um fator protetor para prevenir e interromper consequências geradas pelo uso inadequado de medicamentos (OLIVEIRA; VILLAR, 2005).

A prática do uso racional de medicamentos, entretanto, ainda não faz parte do cotidiano dos serviços de saúde. A utilização indiscriminada, muitas vezes decorrente de prescrição médica inadequada, de falta de acesso a informações corretas e da influência da propaganda, representa uma ameaça à qualificação da assistência e à prestação de atendimento integral e de qualidade à saúde do paciente (NASCIMENTO, 2006).

O acesso e adesão ao tratamento pelas mulheres também é um grave problema no grupo estudado, uma vez que, mesmo após a tentativa de suicídio, seis mulheres permaneciam sem acompanhamento médico periódico e, aquelas que o faziam, não eram atendidas em um contexto multiprofissional, com acompanhamento psicológico. (Quadro 4)

Variáveis		N
<i>Acesso à atenção em saúde</i>	Consulta médica	19
	Outros	1
<i>Quantidade de medicamento disponível</i>	30 dias	9
	60 dias	5
	90 dias	1
	120 dias	2
	Indeterminado	1
	Não sabe	2
<i>Acompanhamento em saúde mental</i>	Psiquiátrico	10
	Psicológico e psiquiátrico	3
	Psicológico	1
	Nenhum	6
<i>Recorrência de tentativa de suicídio</i>	Sim	11
	Não	9

Quadro 4: Contextos de vulnerabilidade programática das mulheres. Maringá - Paraná, 2010.

Não obstante, são diversos os fatores que influenciam na adesão ao tratamento medicamentoso. Muitas vezes, ao perceber a diminuição dos sintomas que o incomodavam ou incomodavam sua família, o usuário interrompe o uso da medicação. Esse tipo de conduta é evidenciada principalmente em indivíduos que utilizam medicamentos psicoativos mas desejam diminuir o tempo de uso devido às proibições de hábitos geradas pelo uso contínuo e ao estigma do uso do medicamento ‘tarja preta’ (MOREIRA; ANDRADE, 2003).

4. CONCLUSÃO

A análise do componente individual da vulnerabilidade indicou que, embora qualificadas para o trabalho, a maioria das mulheres exercia apenas atividades no lar. O componente social evidenciou a convivência das mulheres investigadas com eventos estressores de vida, principalmente inseridos no ambiente familiar e o componente programático apontou grandes quantidades de medicamentos disponibilizados no ambiente doméstico e a inexistência de tratamento multiprofissional adequado em alguns casos.

Considerando que a unidade analítica destes contextos está constituída no indivíduo-coletivo, a abordagem utilizada no presente estudo pode ampliar a atuação em saúde e gerar reflexões que podem ser úteis para a formulação de políticas de saúde a partir das necessidades da coletividade e não somente do indivíduo.

Apesar de inegáveis avanços na produção de serviços e dos princípios de universalidade e equidade que regem o SUS, ainda se observam importantes desigualdades na

oferta de recursos e serviços, principalmente na saúde mental. Questiona-se, portanto, se a estratégia de atenção em saúde mental está estruturada para atender à essa demanda de mulheres e identificar os contextos desfavoráveis ao qual estão inseridas.

O acesso ao tratamento em saúde mental, geralmente vinculados somente à consulta médica, limita e dificulta um atendimento integral, além de promover a medicalização de uma sociedade que vê nos medicamentos um alívio para seu sofrimento, conformando o círculo vicioso da tentativa de suicídio.

Melhorar o sistema de saúde, para que possa garantir o acesso precoce a avaliações clínicas adequadas, aumentar a segurança e a efetividade dos tratamentos para os transtornos mentais com alto risco de suicídio, além de projetos educativos, com o intuito de aumentar o conhecimento público e profissional dos fatores causais e correlacionados ao suicídio, são alguns dos pontos que deveriam ser considerados na assistência integral à essas mulheres.

Quanto à assistência farmacêutica, o momento da dispensação de medicamentos, que consiste no seu fornecimento com orientações apropriadas para sua utilização e armazenamento, representa uma oportunidade que contribui para seu uso racional, sendo uma das últimas possibilidades, ainda dentro do sistema de saúde, para a identificação, correção ou redução de possíveis riscos associados à terapêutica medicamentosa (MARIN et al., 2003).

No que se refere à enfermagem, a interação enfermeira-paciente é de vital importância em casos de tentativa de suicídio e a competência profissional deve ir além dos cuidados básicos e específicos das enfermidades físicas. Assim, a enfermeira atua como intermediadora no processo de cuidado à mulher em sofrimento psíquico, estabelecendo uma relação de suporte à ela e sua família. Quando este vínculo é fortalecido, as possibilidades de recuperação e retorno à vida normal dessas mulheres é proporcionalmente maior, que sentem-se cuidadas e estimuladas a superar este acontecimento.

REFERÊNCIAS

Anvisa. Parcerias para diminuir o mau uso de medicamentos. Rev. Saúde Pública. 2006; 40(1):191-194.

Araújo TM, Pinho OS, Almeida MMG. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2005; 5(3):337-348.

Ayres JRCM, Calazans GJ, Saletti Filho HC, França-Júnior I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006.

Baptista MN, Borges A. Suicídio: aspectos epidemiológicos em Limeira e adjacências no período de 1998 a 2002. *Estud. Psicol.* 2005; 22(4):425-431.

Botega NJ, Mauro MLF, Cais CFS. Estudo multicêntrico de intervenção no comportamento suicida. In: Werlang BG, Botega NJ (Org.). Comportamento suicida. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 123-140.

Brasil. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Plano integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de Aids e outras DST. Brasília, DF; 2009.

Carlini ELA, Nappo SA. The pharmacovigilance of psychoactive medications in Brazil. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2003; 25(4): 200-205.

Crosta F, Nishiwaki-Dantas MC, Silvino W, Dantas PEC. Diversidade e frequência dos desenhos de estudos científicos nos Arquivos Brasileiros de Oftalmologia 1993 a 2002. *Arq. Bras. Oftalmol.* 2005; 68(3):1827.

Dias JC, Pinto IM. Substâncias Psicoativas: classificação, mecanismos de ação e efeitos sobre o organismo. In: Silveira DX, Moreira FG. Panorama atual de drogas e dependências. São Paulo: Atheneu; 2006.

Durso C, Oliveira MLF, Ballani TSL, Furlan J, Oliveira C. Casa Saudável? – Investigando a presença de produtos no ambiente domiciliar. *Rev. Ciência, Cuidado Saúde.* 2003; 2:190-191.

Guilhem D, Azevedo AF. Bioética e gênero: moralidades e vulnerabilidade feminina no contexto da AIDS. *Rev. Bioét.* 2008; 16(2):229-240.

Ferrazza DA, Luzio CA, Rocha LC. A banalização da prescrição de psicofármacos na rede pública de Saúde Mental: observações na perspectiva dos direitos humanos. 2007. [acesso 5 nov. 2010]. Disponível em: <http://www.faac.unesp.br/direitos-humanos/Anais_III_Encontro/arquivos/trab/pdf/2/2.pdf>.

Figlie N, Fontes A, Moraes E, Paya R. Filhos de dependentes químicos com fatores de risco bio-psicossociais: necessitam de um lar especial? *Rev. Psiquiatr. Clin.* 2004; 31:53-62.

Fundação Perseu Abramo. Violência contra a mulher. Brasil, 2001. [acesso 20 out. 2010]. Disponível em: <http://www.especiais.com.br/pesquisa_abramo.pdf>.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2000. [acesso 1 nov. 2010]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/educacao/censo2000_educ.pdf>.

Lavinas L. Acabar com a miséria é exequível, com um empurrão das mulheres. Folha de São Paulo 2010 nov. 14.

Lopes FH. Medicina, educação e gênero: as diferenciações sexuais do suicídio nos discursos médicos do século XIX. *Educar*. 2007; 29:241-257.

Mann JM, Tarantola DJM, Netter TW. *Aids in the world: the global aids policy*. Boston: Mass; 1992.

Marin N, Luiza VL, Osorio-de-Castro CGS, Machado-dos-Santos S. *Assistência farmacêutica para gerentes municipais*. Rio de Janeiro: OPAS; 2003.

Moreira MIB, Andrade AN. Ouvindo loucos: construindo possibilidades de viver com autonomia. *Psic., Saúde & Doenças*. 2003; 4(2):249-266.

Mastroianni PC, Noto AR, Galduróz JCF. Propagandas de medicamentos psicoativos: análise das informações científicas. *Rev. Saúde Pública*. 2008; 42(3):529-535.

Nascimento AC. *Ao persistirem os sintomas, o médico deverá ser consultado: isto é regulação?* 2003. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro: 2003. Mestrado.

Oliveira MLF. *Vulnerabilidade e cuidado na utilização de agrotóxicos por agricultores familiares*. 2004. [Tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2004. Doutorado

Oliveira MR, Villar MA. Factores de riesgo para el consumo de alcohol en escolares de 10 a 18 años, de establecimientos educativos fiscales en la ciudad de La Paz - Bolivia (2003-2004). *Rev. Latino-am. Enfermagem*. 2005; 13(número especial):880-887.

OMS-Organização Mundial de Saúde. *Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, OPAS, Unicamp; 2006.

Pacheco JS, Damasceno AKC, Souza AMA, Brito MEM. Tentativa de suicídio em mulheres por queimaduras. *Rev. Rene*. 2010; 11(2):152-160.

Paz A, Santos BL, Eidt O. Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde. *Acta Paul. Enferm*. 2006; 19(3):338-342.

Quental IA. *Tentativas de suicídio: construindo dispositivos de prevenção. Um desafio para o SUS*. [acesso 15 out. 2010]. Disponível em: <<http://prevencaodosuicidio.ea.ufrgs.br/uploaded/Quental.pdf>>.

Segato RL. *Las estructuras elementares de la violencia*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes; 2003.

Silva CM, Vargens OMC. A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2009; 43(2): 401-406

Sinitox. *Sistema Nacional de Informações Tóxico-farmacológicas. Casos registrados de intoxicação humana por agente tóxico e circunstância*. 2008. [acesso 01 nov. 2010]. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/sinitox_novo/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?tpl=home>.

Souza VLJE, Silva DSM, Lira SVG, Abreu RNDC, Pinheiro MCD. Relato de dois casos de intoxicação intencional em adolescentes. *Ciênc. Cuid. Saúde*. 2007; 6(3):291-299.

Souza ER, Minayo MCS, Cavalcante FG. The impact of suicide on morbidity and mortality in the population of Itaboraí. *Ciênc. Saúde Colet*. 2006; 11:409-418.

Timm FB. Violência conjugal: uma perspectiva da psicologia feminista no enfrentamento às situações de violência contra mulheres. [Dissertação]. Brasília, DF: Universidade Católica de Brasília; 2008. Mestrado em Psicologia.

Trevisan EPT, Tavares EO, Marangoni SR, Bellasalma ACM, Oliveira MLF. Características de tentativas de suicídio por agentes químicos em mulheres: Contribuição para a assistência de enfermagem. In: 6º Seminário de Cuidado Humano em Enfermagem; 2010; Curitiba. Curitiba: UFPR, 2010. p. 263-265.

Vansan GA. Aspectos epidemiológicos comparativos entre tentativas de suicídio e suicídios no Município de Ribeirão Preto. *J. Bras. Psiquiatr*. 1999; 48:209-215.

Werneck GL, Hasselmann MH, Phebo LB, Vieira DE, Gomes VLO. Tentativas de suicídio em um hospital geral no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2006; 22(10):2201-2206.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A tentativa de suicídio em mulheres é um fenômeno complexo que merece ser estudado em sua diversidade, e a abordagem multidimensional deste problema de saúde pública torna-se importante ferramenta para a prevenção e aplicação de medidas efetivas e específicas a esta população.

Levando-se em conta que a operacionalização do conceito de vulnerabilidade pode contribuir para a compreensão da diversidade, o presente estudo permitiu avançar nos contextos de vida aos quais 20 mulheres que tentaram suicídio estão inseridas, evidenciando a convivência destas com fatores potencialmente determinantes ou facilitadores deste ato. A unidade analítica do conceito de vulnerabilidade, constituída no indivíduo-coletivo, permite ampliar a atuação em saúde e gerar reflexões que podem ser úteis para a formulação de políticas de saúde a partir das necessidades da coletividade e não somente do indivíduo.

Os medicamentos psicoativos, de grande magnitude como agentes das tentativas de suicídio, eram, em sua maioria, de uso próprio da mulher, com prescrição médica em grande quantidade e estocados em locais inadequados nos domicílios, e com a adesão ao tratamento (dose, horário, precauções) sob o controle da própria mulher que tentou suicídio, parecendo conformar um círculo vicioso que permeia a tentativa de suicídio com uso de medicamentos.

Relacionado aos indicadores clássicos da vulnerabilidade social, ligados ao contexto sociodemográfico - pobreza, escolaridade e raça -, as mulheres desta série de casos apresentaram baixa vulnerabilidade. No entanto, observou-se alta vulnerabilidade social no que se refere aos eventos estressores de vida e à ausência de fatores protetivos para o suicídio, resultando em situações complexas que envolvem o ambiente familiar como um todo e culmina em uma maior susceptibilidade às tentativas de suicídio.

Tal fato pode ser observado na análise do ambiente familiar, onde observou-se a interação da vida em família com o comportamento suicida: treze mulheres informaram a existência de algum tipo de transtorno mental e seis indicaram histórico de tentativa de suicídio; sete referiram a utilização de drogas de abuso por algum membro da família e dez informaram que os conflitos familiares eram frequentes; treze mulheres já haviam sido vítimas de violência, geralmente efetuada pelo cônjuge.

Algumas diretrizes para o enfrentamento deste problema seriam desenvolver estratégias de promoção da qualidade de vida, educação, proteção e recuperação da saúde; promover a sensibilização da sociedade e dos profissionais de saúde de que as tentativas de suicídio podem ser prevenidas; e organizar a linha de cuidado integral para o evento suicida

(promoção, prevenção, tratamento e recuperação), em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso dessas mulheres às diferentes modalidades terapêuticas.

Os achados deste estudo sugerem que a atuação dos profissionais de saúde na prevenção das tentativas de suicídio deve considerar que tais pessoas estão inseridas dentro de um contexto familiar e social, além dos fatores biológicos próprios da ansiedade e da depressão. Fortalecer a atuação e promover o empoderamento destas mulheres frente a tais contextos pode ser uma eficiente estratégia de enfrentamento deste problema.

Dentro de um contexto multiprofissional, os enfermeiros, que geralmente estabelecem um vínculo mais próximo com o paciente, devem estabelecer com as pessoas em risco de suicídio ou pós-tentativa de suicídio um cuidado de forma humana e integral, sem exclusão do cuidado emocional, para que a assistência efetuada seja completa e de qualidade.

Embora se reconheçam os limites deste estudo, que trata-se de uma população específica e com características próprias, os dados obtidos podem ser utilizados na elaboração de propostas para evitar a recorrência das tentativas de suicídio nas mulheres. Tais dados apontam a necessidade da melhoria do atendimento à essas mulheres, seja no âmbito dos serviços de saúde e/ou da ampliação da rede de apoio social.

Os resultados, indicando que os eventos estressores vivenciados no ambiente familiar conferem a essas mulheres uma alta vulnerabilidade à tentativa de suicídio, apontam a necessidade de realização de outros estudos, onde a família da mulher que tenta suicídio seja o principal foco de análise.

REFERÊNCIAS

ABASSE, M. L. F. et al. Análise epidemiológica da morbimortalidade por suicídio entre adolescentes em Minas Gerais, Brasil. **Cienc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 407-416, 2009.

ARRAIS, P. S. D. **Epidemiologia do consumo de medicamentos e eventos adversos no município de Fortaleza- CE**. 2004. 227 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)- Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2004.

BOTEGA, N. J.; RAPELLI, C. B.; FREITAS, G. V. S. Perspectiva psiquiátrica. In: WERLANG, B. S. G.; BOTEGA, N. J. (Org.). **Comportamento suicida**. Porto Alegre: ArtMed, 2004. p. 107-121.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196-CNS-MS**, de 16 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Parcerias para diminuir o mau uso de medicamentos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 191-194, 2006.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de Aids e outras DST**. Brasília, DF, 2009.

CALVINHO, M. S. E.; RAMOS, N. Diversas faces do poder sobre as mulheres: o caso da violência conjugal. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO: CORPO, VIOLÊNCIA E PODER, 8., 2008, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: UFSC, 2008. Disponível em: <<http://www.fazendogenero8.ufsc.br/lancamento.html>>. Acesso em: 1 jul. 2009.

CAMPOS, F. I. (Org.). **Vidas interrompidas**. Vitória: DIO, 2009.

CARLINI E. L. A.; NAPPO, S. A. The pharmacovigilance of psychoactive medications in Brazil. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 200-205, 2003.

CESAR, J. A. et al. Hospitalizações em menores de um ano pertencentes a duas coortes de base populacional no Sul do Brasil: tendências e diferenciais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 67-71, 1996.

CROSTA, F. et al. Diversidade e frequência dos desenhos de estudos científicos nos Arquivos Brasileiros de Oftalmologia 1993 a 2002. **Arq. Bras. Oftalmol.**, São Paulo, v. 68, n. 3, p. 18-27, 2005.

DAL PIZZOL, T. S. et al. Uso não-médico de medicamentos psicoativos entre escolares do ensino fundamental e médio no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 109-115, 2006.

DIAS, J. C.; PINTO, I. M. Substâncias psicoativas: classificação, mecanismos de ação e efeitos sobre o organismo. In: SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. **Panorama atual de drogas e dependências**. 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 39-49.

DUTRA E. Comportamentos autodestrutivos em crianças e adolescentes: orientações que podem ajudar a identificar e prevenir. In: HUTZ, C. S. (Org.). **Situações de risco e vulnerabilidade na infância e na adolescência**: aspectos teóricos e estratégias de intervenção. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p. 55-87.

FLETCHER R. H.; FLETCHER S.W.; WAGNER E.H. **Epidemiologia clínica**: elementos essenciais. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 1996.

GANDOLFI, E.; ANDRADE, M. G. G. Eventos toxicológicos relacionados a medicamentos no Estado de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 6, p. 1056-1064, 2006.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1991.

GUILHEM, D. **Escravas do risco**: bioética, mulheres e Aids. 2000. 260 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde)-Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2000.

KOHLRAUSCH, E. et al. Atendimento ao comportamento suicida: concepções de enfermeiras de unidades de saúde. **Cienc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 7, n. 4, p. 468-475, 2008.

LOPES, F. H. Medicina, educação e gênero: as diferenciações sexuais do suicídio nos discursos médicos do século XIX. **Educar rev.**, Curitiba, n. 29, p. 241-257, 2007.

LOPES, W. O.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. **Cienc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 7, n. 2, p. 241-247, 2008.

MANN, J. M.; TARANTOLA, D. J. M.; NETTER, T. W. **Aids in the world**: the global aids policy. Boston: Mass, 1992.

MELEIRO, A.; BAHLS, S. O comportamento suicida. In: MELEIRO, A.; TENG, C. T.; WANG, Y. A. **Suicídio**: estudos fundamentais. São Paulo: Segmento Farma, 2004. p. 13-36.

NASCIMENTO, M. C. **Medicamentos**: ameaça ou apoio à saúde? Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 2000. (Série Estudos em saúde coletiva, n. 199).

NUGENT, R. Quiénes son los jóvenes. In: ASHFORD, D. L. et al. **La juventud mundial 2006**. Washington, DC: Population Reference Bureau, 2006.

OLIVEIRA A. F.; PELLOSO S. M. Paradoxo e conflitos frente ao direito de ser mulher. **Acta Sci., Health Sci.**, Maringá, v. 26, n. 2, p. 279-286, 2004.

OLIVEIRA, M. L. F. **Vulnerabilidade e cuidado na utilização de agrotóxicos por agricultores familiares**. 2004. 157 f. Tese (Doutorado)-Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

OMS-Organização Mundial de Saúde. **Prevenção do suicídio**: um recurso para conselheiros. Genebra: OMS, 2006a.

OMS-Organização Mundial de Saúde. **Prevenção do suicídio**: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde, OPAS, Unicamp, 2006b.

- PALMA, A.; MATTOS, U. A. O. Contribuições da Ciência pós-normal à Saúde Pública e a questão da vulnerabilidade social. *Hist. Cienc. Saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 567-590, 2001.
- RABELO, J. F. **Uso de medicamentos psicoativos**: um estudo com jovens que tentaram suicídio em Maringá- Pr. 2008. 115 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2008.
- RIOS, D. P. et al. Tentativa de suicídio com o uso de medicamentos registrados pelo CIT-GO nos anos de 2003 e 2004. **Rev. Elet. de Farm.**, Goiânia, v. 2, n. 1, p. 6-14, 2005.
- RODRIGUES, M. A. P.; FACCHINI, L. A.; LIMA, M. S. Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidade do Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 107-114, 2006.
- SANTOS, A. M. C. C. Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.14, n. 4, p. 1177-1182, 2009.
- SANTOS S. A. et al. Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2064-2074, 2009.
- SILVA, E. B. Des-construindo gênero em ciência e tecnologia. **Cad. Pagu**, Campinas, n. 10, p. 7-20, 1998.
- SILVA, L. F. Saúde das mulheres o gênero, determinante cultural de saúde. **Rev. Epidemiol.**, v. 13, Supl. 5, p. 31-34, 1999. *Arquivos de Medicina*.
- SILVA, C. M.; VARGENS O.M.C. A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 401-406, 2009.
- SOARES, G. A. D.; MIRANDA, D. Gênero e trauma. **Soc. Estado**, Brasília, DF, v. 20, n. 1, p. 135-162, 2005.
- STUART, G. W.; LARAIA, M. T. **Enfermagem psiquiátrica**: princípios e prática. Porto Alegre: ArtMed, 2001.
- TREVISAN, E. P. T. et al. Características de tentativas de suicídio por agentes químicos em mulheres: contribuição para a assistência de enfermagem. In: SEMINÁRIO DE CUIDADO HUMANO EM ENFERMAGEM, 6., 2010, Curitiba. **Anais...** Curitiba: UFPR, 2010. p. 263-265.
- WERNECK, G. L. et al. Tentativas de suicídio em um hospital geral no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 2201-2206, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE 1- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Gostaríamos de convidá-la a participar da pesquisa intitulada: Uso de medicamentos psicoativos: um estudo com mulheres intoxicadas em Maringá – PR, que faz parte do curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá e é orientada pela prof^a Magda Lúcia Félix de Oliveira. O objetivo da pesquisa é estabelecer os contextos de vulnerabilidade em mulheres que se intoxicaram com utilização de medicamentos psicoativos. Para isto a sua participação é muito importante, e ela se daria da seguinte forma: responder às perguntas realizadas mediante um roteiro de entrevista. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações desta entrevista serão utilizadas somente para fins desta pesquisa, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Pretendemos, com esta pesquisa, contribuir para melhorar a qualidade dos serviços prestados à população e criar novas formas de intervenção e abordagem à mulher intoxicada. Caso você tenha mais dúvidas ou necessite maiores esclarecimentos, pode nos contatar nos endereços abaixo ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEM, cujo endereço consta deste documento. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada e entregue a você.

Eu, _____ declaro que fui devidamente esclarecida e concordo em participar VOLUNTARIAMENTE da pesquisa coordenada pela Prof^a Magda Lúcia Félix de Oliveira.

Assinatura ou impressão datiloscópica

Data: ____/____/____

Eu, _____ declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supra-nominado.

Assinatura do pesquisador

Data: ____/____/____

Qualquer dúvida com relação à pesquisa poderá ser esclarecida com o pesquisador, conforme o endereço abaixo:

Nome: Elissa Peron Toledo Trevisan
Telefone: 9102-5323
E-mail: elissap@pop.com.br

Qualquer dúvida ou maiores esclarecimentos procurar um dos membros da equipe do projeto ou o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá – Biblioteca Central – Campus Central – Telefone: (44) 3011-4444 ou mesmo buscar informações no Centro de Controle de Intoxicações do Hospital Universitário de Maringá pelo Telefone: 2101-9431 ou 0800-722-6001.

APÊNDICE 2

Projeto de Pesquisa: Uso de medicamentos psicoativos: um estudo com mulheres que tentaram suicídio em Maringá – PR.

Roteiro para Entrevista

Data: ____/____/20____

Hora início: ____:____

Hora término: ____:____

BLOCO 1

<i>CARACTERIZAÇÃO DA MULHER</i>	
1) Idade: _____ 2) Raça: () Branca () Parda () Preta () Outros _____	
3) Estado Civil: _____ Caso já tenha se casado: Casada há _____ anos.	
4) Escolaridade (anos estudados): _____ 5) Situação ocupacional: _____	
Caso não trabalhe: () Falta de opção () Oposição cônjuge () Não faz questão () Outro _____	
6) Endereço: () Centro () Bairro () Periferia () Rural	
7) Religião: _____ 8) Doenças prévias: _____	

<i>CARACTERIZAÇÃO DA FAMÍLIA</i>				
	9) Sexo	10) Idade	11) Escolaridade	12) Profissão
Cônjuge				
Filho (a) 1				
Filho (a) 2				
Filho (a) 3				
Outros Membros				

BLOCO 2

<i>A FAMÍLIA E SEUS INDICADORES SOCIAIS</i>
--

13) Qual é, aproximadamente, a renda mensal de sua família fazendo cálculo em salários mínimos? (Valor do salário mínimo em fevereiro de 2010 – R\$ 510,00).

- () Até um salário mínimo
 () Um a três salários mínimos
 () Três a cinco salários mínimos
 () Cinco a dez salários mínimos
 () + de dez salários mínimos

14) Quais dos destes itens fazem parte da estrutura de seu domicílio?

() Fogão a lenha	() Computador
() Fogão a gás	() Telefone Fixo
() Energia elétrica	() Celular
() Chuveiro elétrico	() Bicicleta
() Geladeira	() Moto
() Freezer	() Automóvel
() Rádio	() Água encanada

<input type="checkbox"/> TV a cores	<input type="checkbox"/> Rede de esgoto
<input type="checkbox"/> Antena parabólica	<input type="checkbox"/> Banheiro dentro da casa
<input type="checkbox"/> Aparelho de DVD	

15) Quais destes meios de comunicação você tem acesso?

	Não	Habitualmente	De vez em quando	Tipo de programa
Escuta rádio?				
Vê TV?				
Lê jornal ou revistas?				
Internet				
Outros meios de comunicação				

16) Você e/ou sua família possuem algum tipo de lazer?

Sim. Citar _____ Não

17) Seu círculo de amizades é formado por:

Familiares Vizinhos
 Colegas de trabalho Membros da igreja
 Outros _____

18) Participa ativamente de sua religião? Sim Não

Caso afirmativo

18.1 Suas atividades são relacionadas à: grupo de casais grupo de jovens assistencial

19) Alguém da família procurou atendimento em serviço de saúde no último ano?

Sim. Quem e por quê? _____
 Não

20) Qual foi o tipo de atendimento de saúde que procurou?

Farmácia Consultório de convênio
 Posto de saúde Hospital particular
 Hospital público Outro: _____

21) Pensando nos serviços públicos que sua família dispõe (assistência à saúde, educação, transporte) você diria que:

Sente-se amparada pelo poder público/ atendimento bom
 Sente-se abandonada pelo poder público/atendimento ruim

BLOCO 3

CARACTERIZAÇÃO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

22) Hábitos e vícios:

22.1 Fuma? Sim Não
22.2 Usa bebida alcoólica? Sim Não
22.3 Usa drogas? Sim. Qual? _____ Não
22.4 Exercício físico? Sim. Qual? _____ Não

23) Faz algum tratamento de saúde atualmente? Sim Não**Caso afirmativo**

23.1 Qual? _____

23.2 Há quanto tempo? _____

23.3 Em que local? Unidade básica de saúde Ambulatório de hospital Consultório médico Outro. Especifique: _____**24) Faz uso de algum medicamento continuamente?** Sim Não**Caso afirmativo**

24.1 Utiliza quantos medicamentos:

 1-2 3-4 5-6 mais de 6.

Qual (is): _____

BLOCO 4***O MEDICAMENTO PSICOATIVO E O EVENTO SUICIDA*****25) Descrição da intoxicação acontecida no dia ____/____/____**

26) O medicamento _____ foi disponibilizado em que quantidade a você?-

27) Qual o local de armazenamento desse(s) medicamento(s) no domicílio?

28) Em que situação utilizou este(s) medicamento(s) pela primeira vez?

29) Quem prescreveu o medicamento _____? clínico geral pediatra cardiologista ortopedista ginecologista psiquiatra
 outro _____

30) É a primeira vez que se você se intoxica?

Sim Não

Caso negativo

30.1 Quantas vezes? _____

30.2 Agente utilizado: _____

30.3 Qual a circunstância? _____

31) De quem era o medicamento _____ utilizado na intoxicação?

32) Quem prescreveu o medicamento _____?

clínico geral pediatra cardiologista ortopedista ginecologista psiquia
 outro _____

33) Qual o local de armazenamento desse(s) medicamento(s) no domicílio?

34) Foi a primeira vez que você utilizou esse medicamento?

Sim Não

35) É a primeira vez que se você se intoxica?

Sim Não

Caso negativo

35.1 Quantas vezes? _____

35.2 Agente utilizado: _____

35.3 Qual a circunstância? _____

BLOCO 5

CONTEXTOS DE VULNERABILIDADE E O EVENTO SUICIDA

31) Alguém na família tem transtorno mental?

Depressão Esquizofrenia
 Transtorno bipolar Epilepsia
 Transtornos de ansiedade Outro: _____

32) Há histórico de intoxicações semelhantes à sua na família?

Sim Não

33) Sofreu alguma perda recente no último ano (morte, separação conjugal/amorosa)?

Sim. Qual? _____ Não

34) Na sua família existem conflitos familiares?

() Raramente () Frequentemente

34.1 Tem dificuldade de relacionamento com alguém da família?

() Sim. Quem e que tipo de dificuldade? _____ () Não

34.2 Com relação à sua infância, lembra-se de algum episódio negativo que tenha ocorrido?

() Sim () Não

Caso afirmativo

Relate: _____

34.3 Algum destes itens fez parte da sua vida enquanto criança/adolescente?

() Violência entre pai e mãe

() Trabalho infantil. Idade em que começou trabalhar _____

() Abuso de drogas/álcool por parte de familiares

() Violência infantil

() Abuso sexual

() Outros. Especifique _____

35) Alguém na família utiliza drogas ou faz uso de bebida alcoólica?

() Sim. Quem e qual droga? _____ () Não

36) Com relação ao relacionamento com o marido/ namorado, você diria que está:

() Satisfeita

() Insatisfeita. Por quê? _____

36.1 O ciúme faz parte do relacionamento com seu marido/ namorado? () Sim () Não

Caso afirmativo

36.1.1 Por parte de quem? _____

36.1.2 Você o considera excessivo? () Sim () Não

37) Já sofreu algum tipo de violência (física, sexual, psicológica, verbal, ocupacional)?

() Sim. Qual? _____ () Não

Caso afirmativo

37.1 Por parte de quem?

() Cônjuge/ Namorado () Filhos () Pai/ Mãe () Outro _____

37.2 Que atitude tomou?

() Conversou com o agressor

() Procurou serviço médico/ hospitalar

() Procurou serviço de auxílio/ denúncia () Nenhuma

() Relatou a amigos/ parentes

() Outro _____

38) Sente-se sozinha, desamparada?

() Sim. () Não Por quê? _____

39) Sente-se inferiorizada pelo fato de ser mulher?

() Sim () Não Por quê? _____

39.1 Já sofreu algum tipo de preconceito?

() Sim () Não

Caso afirmativo

Relate: _____

40) Com relação ao seu trabalho, gosta/sente prazer no que faz?

() Sim. () Não. Por quê? _____

OBSERVAÇÕES DO ENTREVISTADOR

Espaço para comentários gerais do pesquisador de campo.

ANEXOS

ANEXO 1



Universidade Estadual de Maringá

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

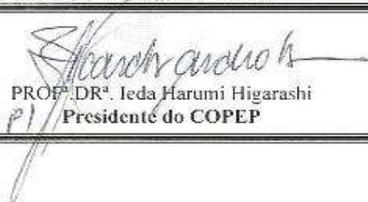
Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Registrado na CONEP em 10/02/1998



CAAE Nº. 0023.0.093.000-10

PARECER Nº. 035/2010

Pesquisador(a) Responsável: Magda Lucia Félix de Oliveira	
Centro/Departamento: CCS/Departamento de Enfermagem	
Título do projeto: Uso de medicamentos psicoativos: um estudo com mulheres que tentaram suicídio em Maringá-PR	
<p>Considerações:</p> <p>Trata-se de um Projeto que tem como Objetivo Geral analisar os contextos de vulnerabilidade das mulheres que tentaram suicídio com utilização de medicamentos psicoativos. E tem como Objetivos Específicos a caracterização das mulheres segundo variáveis sócio demográficas, econômicas e de saúde; verificar a finalidade de uso, acesso e a disponibilidade dos medicamentos psicoativos utilizados na tentativa de suicídio; levantar o número de tentativas de suicídio entre as mulheres; descrever a ocorrência toxicológica envolvida na tentativa de suicídio e identificar a vulnerabilidade individual, social e programática nas mulheres que tentaram o suicídio. Será um estudo descritivo exploratório com delineamento de uma série de casos. Os casos estudados serão de pacientes do Centro de Controle de Intoxicações do HU/UEM, após atendimento na Unidade de Pronto Socorro. Todos os casos serão de 78 mulheres acima de 18 anos e residentes no Município de Maringá-PR. e o período será de fevereiro a julho de 2010. Como fontes de dados serão utilizados a Ficha de Notificação e Atendimento do CCI/HUM e a Ficha de Atendimento do PS. Roteiro de entrevista está presente como apêndice. Visita domiciliar será realizada com técnica de abordagem, com entrevista para todas as mulheres que aceitarem participar da pesquisa, sendo que o trabalho de campo será realizado pela própria pesquisadora para uniformização dos registros. O valor do Projeto será de R\$ 617,20 e serão de responsabilidade dos pesquisadores. O TCLE está de acordo com a Resolução 196/96 - CNS. Presente ainda no Projeto a Autorização do Superintendente do HU/UEM</p> <p>Parecer: Após análise do Projeto, somos de parecer pela APROVAÇÃO.</p>	
Situação: APROVADO	
CONEP: (X) para registro () para análise e parecer Data: 12/3/10.	
O pesquisador deverá apresentar Relatório Final para este Comitê em: Setembro de 2010.	
O protocolo foi apreciado de acordo com a Resolução nº. 196/96 e complementares do CNS/MS, na 19ª reunião do COPEP em 12/3/2010.	 PROF. DRª. Ieda Harumi Higarashi Presidente do COPEP

ANEXO 2

FICHA DE NOTIFICAÇÃO E DE ATENDIMENTO
CENTROS DE ASSISTÊNCIA TOXICOLÓGICA

RG: _____

OCORRÊNCIA TOXICOLÓGICA

CENTRO: _____ NÚMERO: _____ DATA: ____/____/____ HORA: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____ Vítima: Humana Animal Informação
 Idade: | | | | H | D | M | A Sexo: Masc. Fem. Ignorado Gestante: 1º Trim. 2º Trim. 3º Trim. Trim. Desc.
 Data de Nascimento: | | | | | | Não Não se aplica Ignorado
 Espécie (se Animal): _____
 Peso: | | | | | Kg Profissão/Ocupacional: _____
 Endereço: _____ Telefone: _____
 UF: _____ Município: _____ Bairro: _____ CEP: _____
 Cartão SUS: _____ Nome da mãe (se menor): _____

IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE

Nome: _____ UF: _____ Município: _____
 Instituição: _____ Bairro: _____
 Endereço: _____ Tel: _____ Ramal: _____
 Categoria: Próprio Médico Parente Enfermeiro Ign. Outro Prof. Saúde: _____ Outro: _____

ATENDIMENTO		TIPO DE OCORRÊNCIA	CIRCUNSTÂNCIA	
TELEFÔNICO	HOSPITALAR			
<input type="checkbox"/> Hosp./Clínicas	<input type="checkbox"/> PS	<input type="checkbox"/> Intoxicação	<input type="checkbox"/> Acidente Individual	<input type="checkbox"/> Abstinência
<input type="checkbox"/> CS/UBS	<input type="checkbox"/> Enfermaria	<input type="checkbox"/> Exposição	<input type="checkbox"/> Acidente Coletivo	<input type="checkbox"/> Abuso
<input type="checkbox"/> Consult./Ambul.	<input type="checkbox"/> Ambulatório	<input type="checkbox"/> Reação Adversa	<input type="checkbox"/> Acidente Ambiental	<input type="checkbox"/> Ingestão de Alimentos
<input type="checkbox"/> Local Trabalho	<input type="checkbox"/> UTI	<input type="checkbox"/> Diagnóstico Diferencial	<input type="checkbox"/> Ocupacional	<input type="checkbox"/> Tent. Suicídio
<input type="checkbox"/> Outros CIT	<input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Uso Terapêutico	<input type="checkbox"/> Tent. Aborto
<input type="checkbox"/> Outros Serv. Públicos: _____		<input type="checkbox"/> Ignorada	<input type="checkbox"/> Prescr. Médica Inadequada	<input type="checkbox"/> Violência/Homicídio
<input type="checkbox"/> Residência			<input type="checkbox"/> Erro de Administração	<input type="checkbox"/> Uso Indevido
<input type="checkbox"/> Outro: _____			<input type="checkbox"/> Auto Medicação	<input type="checkbox"/> Ignorada
<input type="checkbox"/> Ignorado				<input type="checkbox"/> Outra: _____

EXPOSIÇÃO		
ZONA	VIA	TIPO SUPERVISÃO
<input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Outra: _____ <input type="checkbox"/> Ignorada	<input type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> Aguda - única
LOCAL	<input type="checkbox"/> Cutânea	<input type="checkbox"/> Aguda - repetida
<input type="checkbox"/> Residência	<input type="checkbox"/> Respiratória	<input type="checkbox"/> Crônica
<input type="checkbox"/> Amb. Trabalho	<input type="checkbox"/> Parenteral	<input type="checkbox"/> Aguda sobre crônica
<input type="checkbox"/> Trajeto de Trabalho	<input type="checkbox"/> Nasal	<input type="checkbox"/> Ignorada
<input type="checkbox"/> Serviço de Saúde	<input type="checkbox"/> Ocular	
<input type="checkbox"/> Escola/Creche	<input type="checkbox"/> Retal	
<input type="checkbox"/> Ambiente Externo	<input type="checkbox"/> Vaginal	
<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Mordedura/Picada	
<input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Ignorada	
	<input type="checkbox"/> Outra: _____	
UF: _____		Tempo decorrido da exposição: N H D M A
Município: _____		Duração da exposição: N H D M A
Bairro: _____		
Endereço: _____		



Universidade Estadual de Maringá
 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DE MARINGÁ
 CENTRO DE CONTROLE DE INTOXICAÇÕES



PROTOCOLO COMPLEMENTAR ÀS OCORRÊNCIAS TOXICOLÓGICAS

Data: ____ / ____ / ____

Plantonista: _____

IDENTIFICAÇÃO

Nome	Escolaridade
------	--------------

Apresentação do agente tóxico

- | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Comprimido | <input type="checkbox"/> Cápsula | <input type="checkbox"/> Líquido/xarope |
| <input type="checkbox"/> Supositório | <input type="checkbox"/> Pomada/creme | <input type="checkbox"/> Granulado/pó |
| <input type="checkbox"/> Spray | <input type="checkbox"/> Outro _____ | <input type="checkbox"/> Ignorado |

Local de armazenamento/"guarda": _____

DADOS DA INTOXICAÇÃO

Município de tratamento: _____ Data do acidente: ____ / ____ / ____ às ____ : ____ hs

Tempo decorrido entre:- acidente e início dos sintomas: _____
 acidente e o tratamento: _____

Local e circunstância do acidente : _____

Intoxicação anterior: sim - Nº vezes: _____ Não Ignorado

TRATAMENTO PRÉVIO EM OUTRO SERVIÇO (LOCAL E TRATAMENTO)

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS

AGENTE TÓXICO			
<input type="checkbox"/> 01 Medicamentos	<input type="checkbox"/> 06 Domissanitários	<input type="checkbox"/> 11 Plantas	<input type="checkbox"/> 16 Outros An. Peç./Venenosos
<input type="checkbox"/> 02 Agrotóxicos/Usos Agrícola	<input type="checkbox"/> 07 Cosméticos	<input type="checkbox"/> 12 Alimentos	<input type="checkbox"/> 17 Animais Não Peçonhentos
<input type="checkbox"/> 03 Agrotóxicos/Usos Doméstico	<input type="checkbox"/> 08 Produtos Quím. Industriais	<input type="checkbox"/> 13 An. Peçonhentos/Serpentes	<input type="checkbox"/> 99 Desconhecido
<input type="checkbox"/> 04 Produtos Veterinários	<input type="checkbox"/> 09 Metais	<input type="checkbox"/> 14 An. Peçonhentos/Aranhas	<input type="checkbox"/> 88 Outro: _____
<input type="checkbox"/> 05 Raticidas	<input type="checkbox"/> 10 Drogas de Abuso	<input type="checkbox"/> 15 An. Peçonhentos/Escurpiões	
NOME COMERCIAL/ESPÉCIE	DOSE/QUANTIDADE	CLASSIFICAÇÃO	CLANDESTINO
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
_____	_____	_____	
_____	_____	_____	

A - Tratamento Inicial				B - Tratamento Proposto				C - Tratamento Realizado				
	A	B	C		A	B	C		A	B	C	
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nenhum	<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Carvão Ativado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Observação Clínica	<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Catárticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamento Sintomático	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diurese Forçada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tratamento de Suporte	<input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemodiálise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Descontam. Cutânea/Mucosa	<input type="checkbox"/> 17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemoperfusão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Descontaminação Ocular	<input type="checkbox"/> 18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exsanguíneo Transfusão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diluição	<input type="checkbox"/> 19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Retirada Endoscópica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Demulcentes	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intervenção Cirúrgica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neutralização	<input type="checkbox"/> 21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antídoto: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Emese	<input type="checkbox"/> 22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lavagem Gástrica	<input type="checkbox"/> 88	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Outro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lavagem Intestinal	<input type="checkbox"/> 99	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ignorado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RESUMO (SUPERVISÃO)	
Manifestação Clínica:	<input type="checkbox"/> 1 SIM <input type="checkbox"/> 2 NÃO <input type="checkbox"/> 9 IGNORADA
Internação:	<input type="checkbox"/> 1 SIM <input type="checkbox"/> 2 NÃO <input type="checkbox"/> 9 IGNORADA
Análise Toxicológica:	<input type="checkbox"/> 1 SIM <input type="checkbox"/> 2 NÃO <input type="checkbox"/> 9 IGNORADA Especificar: _____
Evolução:	<input type="checkbox"/> 1 CURA <input type="checkbox"/> 2 CURA NÃO CONFIRMADA <input type="checkbox"/> 3 SEQÜELA <input type="checkbox"/> 4 ÓBITO <input type="checkbox"/> 5 ÓBITO OUTRA CAUSA
	<input type="checkbox"/> 8 OUTRO: _____ <input type="checkbox"/> 9 IGNORADA
Diagnóstico Definitivo: _____	C.I.D. 10: _____

AVALIAÇÃO (SUPERVISÃO)		
<input type="checkbox"/> 1 Nenhum	<input type="checkbox"/> 3 Envenenamento Não Excluído	<input type="checkbox"/> 5 Envenenamento Moderado
<input type="checkbox"/> 2 Provavelmente Não Tóxico	<input type="checkbox"/> 4 Envenenamento Leve	<input type="checkbox"/> 6 Envenenamento Grave

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO	RESPONSÁVEL PELA REVISÃO
Nome	Nome
Assinatura	Assinatura

SINAIS E SINTOMAS OBSERVADOS

APARELHO CARDIO-CIRCULATÓRIO			
<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Arritmia cardíaca	<input type="checkbox"/> Outro: _____
<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial		<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial	
SISTEMA NERVOSO CENTRAL/PERIFÉRICO			
<input type="checkbox"/> Cefaléia		<input type="checkbox"/> Agitação/irritabilidade	<input type="checkbox"/> Miose
<input type="checkbox"/> Tremor		<input type="checkbox"/> Incoordenação motora	<input type="checkbox"/> Midriase
<input type="checkbox"/> Convulsão		<input type="checkbox"/> Vertigens/tontura	<input type="checkbox"/> Sudorese
<input type="checkbox"/> Formigamento/parestesia		<input type="checkbox"/> Diminuição de força muscular	
<input type="checkbox"/> Mialgia/Cãimbra		<input type="checkbox"/> Sonolência	
<input type="checkbox"/> Sonolência		<input type="checkbox"/> Outro: _____	
APARELHO DIGESTÓRIO			
<input type="checkbox"/> Cólica		<input type="checkbox"/> Vômito	
<input type="checkbox"/> Diarréia		<input type="checkbox"/> Sialorréia	
<input type="checkbox"/> Náusea		<input type="checkbox"/> Epigastralgia	
		<input type="checkbox"/> Outro: _____	
APARELHO RESPIRATÓRIO			
<input type="checkbox"/> Bradipnéia		<input type="checkbox"/> Tríquiapnéia	
<input type="checkbox"/> Dispnéia		<input type="checkbox"/> Tosse	
<input type="checkbox"/> Edema pulmonar		<input type="checkbox"/> Depressão respiratória	
<input type="checkbox"/> Aumento da secreção brônquica		<input type="checkbox"/> Outro: _____	
APARELHO URINÁRIO			
<input type="checkbox"/> Diminuição do fluxo (oligúria/anúria)		<input type="checkbox"/> Edema	
<input type="checkbox"/> Urina escura (hematúria/mioglobínúria)		<input type="checkbox"/> Outro: _____	
OUTROS SINAIS E SINTOMAS			
<input type="checkbox"/> Lesão mucosa/pele		<input type="checkbox"/> Dor local	
<input type="checkbox"/> Febre		<input type="checkbox"/> Outro: _____	
<input type="checkbox"/> Assintomático		<input type="checkbox"/> Sintomas ignorados	

PATOLOGIA ASSOCIADA

- | | | | |
|---|--|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hipertensão | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Ignorado | <input type="checkbox"/> Nenhuma |
| <input type="checkbox"/> Transtorno mental: _____ | <input type="checkbox"/> Doenças respiratórias | <input type="checkbox"/> Outra | |

TRATAMENTO EFETUADO (APÓS INFORMAÇÃO)

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CASO DE INTOXICAÇÃO INFANTIL			
Presença de adulto/responsável no momento do acidente:			
<input type="checkbox"/> Sim - Quem? _____	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado	
Local da ocorrência: _____			
Sorris domiciliares: <input type="checkbox"/> Sim Quem prestou? _____ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado			
Procedimentos: _____			

*** CASOS DE ACIDENTE DE TRABALHO**Comunicação de acidente de trabalho (CAT): Sim Não IgnoradoUso de equipamento de proteção individual (EPI): Sim Não Ignorado

Atividade: _____ Tempo de trabalho na atividade: _____

CASOS DE TENTATIVAS DE SUICÍDIOTentativas anteriores: Sim Não Quantas? _____Tratamento: Psicológico Psiquiátrico Outro: _____Uso contínuo de medicamento: Sim Especificação? _____ Não Ignorado**AGROTÓXICO DE USO AGRÍCOLA/PRODUTO VETERINÁRIO**

Tipo de lavoura: _____

Utilização do produto veterinário:

 Bovino Suíno Ovino Equino Animais domésticos Ignorado Outros: _____**PLANTA**

Nome dado pelo paciente / acompanhante à planta: _____

Onde a planta estava localizada:

 Sala Cozinha Quarto Jardim público Garagem Jardim residencial Outros: _____ Ignorado**EVOLUÇÃO / OBSERVAÇÕES / COMPLICAÇÕES**
