

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

ROGER FLORES CECCON

**MULHERES QUE VIVEM COM HIV: VIOLÊNCIA DE GÊNERO E IDEAÇÃO
SUICIDA**

**Porto Alegre
2013**

ROGER FLORES CECCON

**MULHERES QUE VIVEM COM HIV: VIOLÊNCIA DE GÊNERO E IDEAÇÃO
SUICIDA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Promoção, educação e vigilância em saúde e enfermagem

Orientadora: Prof^a. Dra. Stela Nazareth Meneghel

**Porto Alegre
2013**

CIP - Catalogação na Publicação

FLORES CECCON, ROGER
MULHERES QUE VIVEM COM HIV: VIOLÊNCIA DE GÊNERO E
IDEAÇÃO SUICIDA / ROGER FLORES CECCON. -- 2013.
95 f.

Orientadora: STELA NAZARETH MENEGHEL.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2013.

1. HIV. 2. AIDS. 3. GÊNERO. 4. VIOLÊNCIA CONTRA A
MULHER. 5. IDEAÇÃO SUICIDA. I. NAZARETH MENEGHEL,
STELA, orient. II. Título.

ROGER FLORES CECCON

Mulheres que Vivem com HIV: Violência de Gênero e Ideação Suicida

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 28 de maio de 2013.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Stela Nazareth Meneghel

Presidente da Banca – Orientadora

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira

Membro da banca

USP



Profa. Dra. Daniela Riva Knauth

Membro da banca

UFRGS



Profa. Dra. Dora Lúcia Leidens Correa de Oliveira

Membro da banca

PPGENF/UFRGS

AGRADECIMENTOS

Este trabalho foi arquitetado em conjunto e contém contribuições de pessoas especiais, que me cercam. Agradeço a todas, cada qual com imenso carinho. Nada teria acontecido - e nem precisaria acontecer - se não fossem vocês, me germinando com as sementes da vida. É com satisfação que expresso meus mais sinceros agradecimentos:

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul e ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem, que me proporcionaram um ensino público de qualidade.

À minha orientadora Stela Nazareth Meneghel, que me brindou com um vasto conhecimento, humildade e afeto, e me proporcionou momentos especiais.

Aos meus pais Giovani e Neiva e à minha irmã Rocheli, por terem contribuído de forma substancial na minha formação.

À minha noiva Daiane, pelos momentos de amor, companheirismo e incentivo.

À minha avó materna, Palmena Flores (*in memoriam*), uma senhorinha meiga e de cabelos brancos, que já se foi, mas ainda me olha e com certeza queria dividir comigo este feito.

Aos meus sogros Paulo e Vera e à minha cunha Tuane, que me aconselharam e me acolheram como um filho.

À Lilian Hesler, companheira em todos os momentos do mestrado.

Aos amigos e colegas do grupo de pesquisa, onde trocamos experiências enriquecedoras.

À Vania Naomi Hirakata, pelo auxílio na análise estatística dos dados.

Aos amigos Zé Augusto e Magnus, companheiros de apartamento e de filosofias cotidianas de vida.

Aos professores e funcionários da escola de Enfermagem da UFRGS.

Aos amigos e colegas do mestrado e doutorado.

Aos trabalhadores e clientes do SAE.

*Aprendo mais com abelhas do que com aeroplanos.
É um olhar pra baixo que eu nasci tendo.
É um olhar para ser menor, para o
insignificante que eu me criei tendo.
O ser que na sociedade é chutado como uma
barata - cresce de importância para o meu olho.
Ainda não entendi porque herdei esse olhar para baixo.
Sempre imagino que venha de ancestralidades machucadas.
Fui criado no mato e aprendi a gostar das
coisinhas do chão –
antes que das coisas celestiais.
Pessoas pertencidas de abandono me comovem:
tanto quanto as soberbas coisas ínfimas.*

*Este é um caderno de haver frases nele.
Um rio passa perto.
Estou sentado no barranco do rio.
Emas no pátio engolem cobras.
Uma formiga está de boca aberta para a tarde.
As quatro patas da formiga tentam abraçar o sol.
Na verdade, não sei se são as patas da formiga
que tentam abraçar o sol
Ou se são minhas frases que desejam fazer esse trabalho.
Agora uma brasa me garça.
E os arrebóis latejam.*

Manoel de Barros

RESUMO

A violência de gênero e a ideação suicida são eventos sociais de elevada incidência e constituem importantes problemas de saúde pública. Este estudo tem como objetivo estudar a violência de gênero e a ideação suicida em mulheres que vivem com hiv usuárias de um Serviço de Atenção Especializada em DST/aids de um município de médio porte do Rio Grande do Sul. Este é um estudo transversal cuja amostra foi constituída por 161 mulheres que vivem com hiv. Elas responderam um questionário aplicado por meio de entrevistas realizadas pelo pesquisador. A violência de gênero foi investigada por meio da versão brasileira reduzida do instrumento *World Health Organization Violence Against Women* e, para a ideação suicida, foi utilizado o Questionário de Ideação Suicida. A análise estatística foi realizada com o software *Statistical Package Social Sciences*. Verificou-se a presença de associações entre variáveis utilizando o teste Qui-Quadrado, Correlação de Pearson e Regressão de Poisson. A prevalência da violência de gênero foi de 72,7% e da ideação suicida de 50,9%. Neste estudo, as variáveis que estiveram associadas à violência e à ideação suicida foram praticamente as mesmas. Houve relação com a idade precoce da primeira relação sexual, maior número de filhos, baixas condições financeiras e maior tempo de vida com hiv. Além disso, as mulheres que sofreram violência de gênero apresentaram risco cinco vezes maior de manifestar ideação suicida. Neste trabalho observou-se alta prevalência de violência de gênero e de ideação suicida entre mulheres com hiv, e recomenda-se investigações desses temas nas histórias de vida das mulheres para que se possa propiciar acolhimento e cuidado como parte integrante das políticas voltadas às pessoas que vivem com hiv e da atenção integral à saúde das mulheres.

Palavras-Chave: Hiv. Aids. Gênero. Violência contra a mulher. Ideação Suicida.

ABSTRACT

Gender violence and suicidal ideation are social events of high incidence and are important public health problems. This study aims to study gender violence and suicidal ideation in women living with HIV attending in a Service of Specialized Care in hiv/aids from a medium-sized city of Rio Grande do Sul. This is a cross-sectional study whose sample consisted of 161 women living with hiv. They answered a questionnaire through interviews conducted by the researcher. Gender violence was investigated by means of the Brazilian version of the instrument reduced World Health Organization Violence Against Women, and for suicidal ideation we used the Suicidal Ideation Questionnaire. The statistical analysis was performed with the Statistical Package Social Sciences software. Verified the presence of associations between variables using the Chi-Square test, Pearson Correlation and Poisson Regression. The prevalence for gender violence was of 72.7% and for suicidal ideation of 50.9%. In this study, the variables that were associated with violence and suicidal ideation were practically the same. There was a relationship with early age at first intercourse, higher number of children, few financial conditions and longer time life with hiv. In addition, women who suffer gender violence have fivefold greater risk of manifesting suicidal ideation. In this study, a high prevalence of gender violence and suicidal ideation among women with hiv, and it is recommended that investigations of these themes in the life stories of women so that they can provide shelter and care as an integral part of policies aimed at people who living with hiv and comprehensive health care for women.

Key-Words: Hiv. Sida. Gender. Violence against women. Suicidal Ideation

RESUMEN

La violencia de género y la ideación suicida son eventos sociales de alta incidencia y son importantes problemas de salud pública. Este estudio tiene como objetivo estudiar la violencia de género y la ideación suicida en las mujeres que viven con el hiv asistir a un Servicio de Atención Especializada en hiv/sida de un municipio de tamaño medio de Rio Grande do Sul. Se trata de un estudio transversal que muestra consistió en 161 mujeres que viven con el hiv. Respondieron un cuestionario a través de entrevistas realizadas por el investigador. La violencia de género fue investigado por medio de la versión brasileña del instrumento reducido Violencia Organización Mundial de la Salud contra la mujer y para la ideación suicida, se utilizó el Cuestionario de ideación suicida. El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico Ciencias Sociales. Verificada la presencia de asociaciones entre variables mediante la prueba de chi-cuadrado, correlación de Pearson y la regresión de Poisson. La prevalencia de la violencia de género fue de 72.7% y 50.9% de la ideación suicida. En este estudio, las variables que se asociaron con la violencia y la ideación suicida fueron prácticamente iguales. Hubo una relación con la edad temprana en la primera relación, mayor número de hijos, algunas condiciones financieras y de mayor duración con el vih. Además, las mujeres que sufren violencia de género tienen cinco veces más riesgo de manifestar ideas suicidas. En este estudio, se recomienda una alta prevalencia de la violencia de género y la ideación suicida entre las mujeres con hiv, y que las investigaciones de estos temas en las historias de vida de las mujeres para que puedan brindar refugio y cuidado como parte integrante de las políticas dirigidas a las personas que viven con el hiv y la atención integral de salud para las mujeres.

Palabras-Clave: Hiv. Sida. Género. Violencia contra la mujer. Ideación suicida.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Prevalência de violência (psicológica, física e sexual) sofrida pelas mulheres que vivem com hiv. Cruz Alta, 2013.....	47
Tabela 2 - Características sociodemográficas, sexuais, reprodutivas e clínicas Das mulheres que sofreram e não sofreram violência. Cruz Alta, 2013..	49
Tabela 3 - Razão de prevalência para violência de gênero entre mulheres que vivem com hiv. Cruz Alta, 2013.....	50
Tabela 4 - Características sociodemográficas, sexuais, reprodutivas, clínicas e violência entre mulheres que manifestaram e não manifestaram ideação suicida. Cruz Alta, 2013.....	52
Tabela 5 - Coeficiente de correlação de Pearson entre as características sociodemográficas, sexuais, reprodutivas e clínicas das mulheres que vivem com hiv com violência e ideação suicida. Cruz Alta, 2013...	53
Tabela 6 - Razão de prevalência para ideação suicida entre mulheres que vivem com hiv. Cruz Alta, 2013.....	54

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Tipos de violência de gênero sofrida por mulheres que vivem com hiv. Cruz Alta, 2013.....	48
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
OMS	Organização Mundial da Saúde
SAE	Serviço de Assistência Especializada em DST/HIV/AIDS
DST	Doença Sexualmente Transmissível
WHO VAW	World Health Organization Violence Against Women
QIS	Questionário de Ideação Suicida
SPSS	Statistical Package Social Sciences

SUMÁRIO

1 CONVERSAS INICIAIS	14
2 INTRODUÇÃO	16
3 Objetivos	24
3.1 Objetivo Geral	24
3.2 Objetivos Específicos	24
4 REVISÃO DE LITERATURA	25
4.1 Hiv no Feminino: Questões de Gênero	26
4.2 Aids, gênero e feminização.....	29
4.3 Hiv e violência de gênero.....	33
4.4 Hiv e Ideação suicida	36
5 MÉTODO	39
5.1 Tipo de Estudo	39
5.2 Campo de Estudo	39
5.3 População e Amostra	40
5.4 Critérios de Inclusão e Exclusão.....	41
5.5 Coleta dos Dados	41
5.6 O instrumento de pesquisa	42
5.7 Análise Estatística dos Dados	43
5.7.1 Plano de análise 1: violência de gênero.....	44
5.7.2 Plano de análise 2: ideação suicida.....	44
5.8 Considerações Éticas.....	45
6 RESULTADOS	47
6.1 Características sociodemográficas, sexuais, reprodutivas e clínicas.....	47
6.2 Violência de gênero.....	47
6.3 Plano de análise 1: violência de gênero.....	49
6.4 Ideação suicida	52
6.5 Plano de análise 2: ideação suicida.....	52
7 DISCUSSÃO	56
7.1 Violência de gênero	56
7.2 Ideação suicida	58
7.3 Condições associadas à violência de gênero e à ideação suicida.....	60
7.3.1 Idade da primeira relação sexual.....	60

7.3.2	Maior número de filhos.....	62
7.3.3	Renda.....	64
7.3.4	Maior tempo de vida com hiv.....	66
7.3.5	Violência e ideação suicida	68
8	CONCLUSÃO	71
	REFERÊNCIAS	72
	APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados	87
	ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.....	90
	APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	91
	APÊNDICE C – Carta Convite.....	92
	APÊNDICE D - Autorização.....	93
	APÊNDICE E – Termo de compromisso de utilização de dados.....	94

1 CONVERSAS INICIAIS

“... neste mundo, só os seres que caíram no último degrau da humilhação, abaixo da mendicância, não somente sem consideração social, mas desprovidos da primeira dignidade humana, a razão - só esses têm de fato a possibilidade de dizer a verdade. (...) Verdades puras, sem mistura, luminosas, profundas, essenciais. (Simone Weil, 1987)”

Para nós autores, este trabalho é mais que uma pesquisa científica. Ele é fruto da luta por uma causa. Resultado das inquietudes que nos atormentam, que nos movem, que nos questionam. É a essência dos *laços* que nos uniram nos últimos dois anos.

Esta dissertação foi gestada em espaços informais, em conversas amistosas, onde Lilian Hesler e eu sentíamos o sublime saber de Stela Meneghel, nossa mãe-amiga-orientadora. Eram em bares, cafés, corredores, viagens, caronas, caminhadas, aviões, aeroportos, livrarias e ônibus – e não necessariamente em salas de aula – onde evoluímos dez anos ou mais. Era falando de poesia, literatura, cinema, música, política, educação, família, gênero e violência que versamos este trabalho. Foi como o poeta Vinícius de Moraes – respeitadas as devidas proporções – compunha suas belas canções: em bares do Rio de Janeiro.

A construção deste trabalho passou pela nossa (re)construção. Construções e reconstruções contínuas. Um paralelo uniforme, de caminhadas mútuas, em que nenhum e nem outro se constituiriam sozinhos. Eu diria que nossa formação passa pelas palavras de Baremlitt, ao falar do pensamento de Deleuze e de Guattari: é uma máquina fundamentalmente energética, destinada a vibrar e a fazer vibrar aqueles que dela se aproximam e a engajá-los em um movimento produtivo, que não passa exatamente pelas ideias nem pelas palavras, mas pelos afetos. Por afetar e ser afetado. Passa pela capacidade de vibrar em consonância, pela capacidade de despertar o entusiasmo, a vontade de viver, a vontade de criar.

Meu trabalho com pessoas que vivem com hiv iniciou em 2005, despido de dispositivos que pudessem me alertar às condições em que se encontravam. Elas tinham hiv e isso me bastava. Interessavam-me apenas os exames mensais e seus medicamentos. Eu era um pseudoenfermeiroclínico na plena juventude pueril dos 18 anos de idade. Era um entre tantos outros.

Modificou-se a caminhada. O mestrado, e em especial esta pesquisa, me despertou um instrumento que adormecia: a escuta. Apesar de ser um estudo quantitativo, me dispus, neste trabalho, a ouvir e a contar histórias. Emergi profundamente em todas, em especial de mulheres e de trabalhadores. Meu foco era produzir sensibilidades. Sensibilizei-me completamente aos poucos.

Entre as mulheres entrevistadas, grande parte eu conhecia. Ou assim imaginava. Agora as tinha diante de mim. Não me interessava seus remédios, eu queria mais.

Era janeiro e fazia um calor deletério, escaldante, típico verão gaúcho. Calor que, ao ouvi-las, me provocava arrepio, como diria Caetano Veloso. As histórias sutilmente surgiram, produzidas à medida que nos propúnhamos a um diálogo sincero. Eu fitava seus olhos. Fui me desconstruindo, e os fantasmas, todos, foram embora. Os meus e os delas. Após conversarmos, aliviava-nos a alma. Por vezes choramos, sorrimos e nos abraçamos. Em todas nos sentimos.

Percebi histórias semelhantes. O tabu e o medo da aids, que habita o pensamento das pessoas, não ocupavam tamanha importância na vida daquelas mulheres. Não que não fosse um dilema. Era. Mas as consequências dos outros problemas eram tão mais urgentes que a aids condicionava-se a ser “apenas” uma situação. Nessa andança, encontrei mulheres aos pedaços, solitárias, numa caminhada aos prantos pelas vicissitudes da vida. Eram mulheres pobres, discriminadas, violentadas, sucumbidas e desgastadas, em que o suicídio parecia uma saída honrosa. Apesar de tudo, percebi a gana de viver.

Essas mulheres – de Atenas – que me tocaram profundamente, passam pelas palavras de Chico Buarque, que *quando amadas, se perfumam. Se banham com leite, se arrumam. Suas melenas. Quando fustigadas não choram. Se ajoelham, pedem, imploram. Mais duras penas; cadenas. Para mim, elas não têm gosto ou vontade, nem defeito, nem qualidade. Tem medo apenas.*

Enfim, não conseguimos, no desdobrar desta dissertação, mostrar todas as nossas indignações. Esforçamos-nos para visibilizar e proporcionar ao leitor o panorama de problemas que muitas mulheres enfrentam, em especial as que vivem com hiv. Esperamos ter contribuído para esse campo que ainda precisa (e muito!) ser desbravado.

2 INTRODUÇÃO

“(..) vivo com hiv há quatro anos. Fiquei sete anos casada, meu marido bebia e usava drogas, amanhecia na rua, me batia. Me separei. Ele começou a fazer chantagem, que ia me matar, matar minha filha que tinha dois anos e minha mãe se eu não voltasse pra ele. Cheguei a tentar o suicídio cortando os pulsos. A última vez que tentei enchi 12 seringas de insulina e tomei com remédio antidepressivo. (mulher que vive com hiv)”

A epígrafe que inicia esta introdução traz em si uma trama de vulnerabilidades as quais as mulheres que vivem com hiv estão expostas, acarretando sofrimento, preconceito e subordinação. Este texto não foi tão além, ele debruçou-se apenas sobre a dinâmica complexa que marca negativamente a vida de muitas mulheres: o intercurso ‘*hiv, violência e ideação suicida*’, à luz de questões relacionadas a gênero. Trata-se de um estudo transversal em que se pesquisou histórias de violências e ideações suicidas em mulheres que vivem com hiv e que, apesar de ser realizado em um município de médio porte, acreditamos que os resultados possam ser úteis a outras realidades.

Esta dissertação investiga as condições em que vivem (ou sobrevivem) mulheres que sofrem com uma doença envolta por uma carga social carregada de estigma. Talvez se possa fazer uma analogia entre a aids e antigas epidemias, como a peste retratada no livro *Diário do Ano da Peste*, do escritor inglês Daniel Defoe. A aids representa, portanto, além do sofrimento físico, uma complexa vivência que pode apresentar múltiplos efeitos, entre eles a violência.

A violência é um conceito polissêmico e tem sido usado por pensadores e pesquisadores de diferentes áreas, especialmente a partir da modernidade. Indica desde formas cruéis de tortura e assassinatos até aspectos sutis e de difícil constatação, considerados opressivos na vida moderna cotidiana e nas relações sociais (d'OLIVEIRA, 2000). Domenach (1981) chama a atenção para o fato de a violência só recentemente ter se tornado um problema central nas sociedades, apesar de estar presente em toda a história da humanidade. Esse fato é associado à modernidade, que almeja cidadania e liberdade para todos. Para esse autor, a violência consiste na relação entre dois sujeitos, em que um quer limitar ou cercear a

liberdade do outro. A violência é determinada por relações de forças interpessoais, em que a diferença é transformada em relação hierárquica, com fins de dominação, exploração e opressão. Ainda, é uma ação que trata o ser humano não como *sujeito*, mas como *coisa* (CHAUÍ, 1999).

Desde o início da década de 1980, a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece a violência como um importante problema de saúde pública. É definida como todo ato ligado ao uso de força física ou poder contra si próprio, outra pessoa, grupo ou comunidade, que resulte lesão, morte, dano psicológico, deficiência ou privação (KRUG et al., 2002). Estima-se que, a cada ano, 1,6 milhão de pessoas no mundo morrem por consequência de violência autoinfligida, interpessoal ou coletiva (SCHRAIBER et al., 2006). A violência é uma violação de direitos humanos, necessitando intervenções específicas para reduzir sua frequência, articulando esferas de assistência, pesquisa e conhecimento (WHO, 2006).

As violências contra as mulheres têm estado presente nas sociedades desde longa data. Porém, só recentemente esses comportamentos passaram a ser vistos como violências, em grande parte devido ao empenho do movimento feminista. Até então, eram percebidas como decorrência das atitudes “normais” nas relações entre homem e mulher e, como se tratava de um assunto do âmbito privado, não podia haver interferência de estranhos (d'OLIVEIRA, 2000).

Portanto, os primeiros trabalhos que denunciaram as violências entre parceiros trataram-na como violência contra a mulher. Com o advento dos estudos de gênero, ela passou a ser denominada “violência de gênero”, embora incluía não apenas as violências perpetradas contra mulheres. Assumiremos neste trabalho o conceito de violência de gênero, considerando que ela é produzida pelas desigualdades entre os sexos, que estabelecem um sistema hierárquico de poder, em que as mulheres se encontram no pólo mais fraco (MENEGHEL et al., 2003).

As formas como homens e mulheres se relacionam são pautadas pelas normas e papéis designados socialmente como “masculinos” ou “femininos”. As sociedades patriarcais organizam-se a partir do princípio de que as mulheres estão hierarquicamente subordinadas aos homens e aos mais velhos. Cabe destacar que o patriarcado não designa o poder do pai, mas o poder dos homens, ou do masculino, enquanto categoria social. Para Pateman (1993), o poder dos homens sobre as mulheres abarca todos os aspectos da vida, sendo que a sociedade como

um todo é patriarcal e as mulheres são submetidas aos homens na esfera pública e privada.

A perspectiva teórica do patriarcado foi adotada pelos primeiros grupos feministas e pelos movimentos sociais de mulheres, que utilizaram a categoria “patriarcado” para explicar a violência como um instrumento de dominação masculina sobre as mulheres, tanto no nível dos *macro* poderes (aparelhos ideológicos do Estado e estruturas de classe), quanto dos *micro* poderes (na convivência íntima e cotidiana). O conceito de patriarcado foi tomado de Max Weber, que o empregava para nomear um sistema de dominação dos pais ou senhores da casa, sendo ampliado para explicar a subordinação das mulheres pelos homens na sociedade (SILVA, 2008).

Historicamente, a diferença biológica foi utilizada para justificar a dominação masculina, restringir a autonomia das mulheres e confiná-las ao espaço doméstico. A maternidade, a família e o casamento foram impostos como destino feminino, e a mulher que recusasse tais condições era discriminada e transformada em desviante das normas sociais vigentes (DAHROUGE et al., 2010).

A divisão sexual de papéis na sociedade construiu a mulher enquanto ser subordinado, ou melhor, como define Saffioti (1992), em dominada-explorada, com a marca da naturalização, do inquestionável, já que dado pela natureza. Ainda hoje, os espaços e processos de socialização reforçam os estereótipos de gênero como próprios da natureza feminina, apoiando-se na determinação biológica, de modo que a diferença é naturalizada e transformada em desigualdade.

Nas sociedades patriarcais, as relações entre homens e mulheres estão fundamentadas em assimetrias de poder com base nas construções do ser *homem* e do ser *mulher* (CARABAJAL; FERNANDEZ, 2010). As relações de gênero se estabelecem dentro de um sistema hierárquico, ordenando privilégio, hegemonia e supremacia ao homem (CARTY et al., 2011). O modo masculino, que é associado à produção da existência, é diferente do feminino. Além disso, as atividades localizam-se em espaços distintos, que condicionam a mulher à “esfera de sobrevivência doméstica” e o homem à “esfera de transcendência pública” (NARVAZ; KOLLER, 2006).

Historicamente, os movimentos feministas foram importantes na visibilização da violência e na gênese dos estudos de gênero, podendo-se assinalar três momentos: (1) os feminismos do século XIX, em que as reivindicações eram pelo

direito ao voto, ao trabalho remunerado, à cidadania e à igualdade, (2) o movimento que teve início com as reivindicações feministas dos anos 1960 nos Estados Unidos e Europa e em 1970 no Brasil, que lutavam por igualdade de direitos, salários e autonomia e (3) um terceiro momento ocorreu quando feministas negras e indígenas começaram a reivindicar a importância de lutas específicas, assinalando que não há homogeneidade na categoria “mulher”. Surgiu o chamado “feminismo da diferença”, amparado no culturalismo, trazendo à tona demandas específicas das mulheres negras, indígenas, pobres e excluídas, proeminentes no terceiro mundo (PEDRO, 2005).

O movimento feminista foi fundamental para visibilizar a violência de gênero no mundo ocidental. No Brasil, intelectuais e militantes feministas, sob a influência de maio de 68, iniciaram a discussão sobre os problemas enfrentados pelas mulheres. Uma das primeiras ações desses coletivos foi a campanha “Quem ama não mata”, provocada pelo assassinato misógino de Angela Diniz, uma socialite carioca, e pela defesa do seu agressor, que usou a justificativa até então socialmente aceita, de que matou em defesa da honra. Um dos primeiros temas focalizados pelo movimento feminista foi, portanto, a violência doméstica e conjugal perpetradas por maridos e companheiros (VERARDO, 1995).

A violência de gênero contra a mulher é definida como agressão física, sexual, psicológica, econômica e patrimonial, inclusive ameaças, coerção ou privação arbitrária de liberdade, assim como castigos, maus tratos, pornografia e incesto, que tenham como causa as desigualdades de gênero. Apresenta-se sob muitas formas, como estupros, feminicídios, crimes de guerra, prostituição forçada, abusos, tráfico de mulheres e mutilação genital. Quando ocorre em ambiente doméstico, apresenta características específicas, e, na maioria das vezes, é perpetrado pelo parceiro, ex-parceiro, familiares ou conhecidos (OEA, 1994).

A violência de gênero produz efeitos na qualidade de vida, nas relações pessoais e na saúde física e mental das mulheres (d’OLIVEIRA, 2000; SCHRAIBER et al., 2002), acarretando inúmeras consequências, como sintomas ginecológicos (inflamações pélvicas crônicas, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), abortos), físicos (dores de cabeça, artrites, doenças cardíacas), relacionais (transtornos familiares e sociais) e emocionais (depressão, distúrbios do sono, abusos de drogas e álcool, ansiedade, distúrbios psíquicos, ideação, tentativas e

suicídio) (CASIQUE; FUREGATO, 2006; ABRAMSKY et al., 2011). Assim, se fazem necessárias ações intersetoriais de prevenção e políticas de saúde específicas.

Ao longo dos anos, foram criadas políticas públicas de saúde para acolher e cuidar de mulheres que sofriam diferentes tipos de violência (MARINHEIRO; VIEIRA, 2006). Entretanto, a maioria dos profissionais não vê as desigualdades entre homens e mulheres como um problema, pois tratam as consequências e pouco fazem em termos de prevenção da violência (HEIDI et al., 2011). Assim, os profissionais de saúde, muitas vezes, atuam apenas nos efeitos tardios das violências, ignorando ou não percebendo a existência de agressão e desqualificando a queixa da vítima (d'OLIVEIRA, 2000).

Para que a violência de gênero seja identificada pelos serviços de saúde é necessário incluir, como rotina, perguntas sobre a existência de violência nas relações entre os parceiros (MENEGHEL et al., 2005; MACMILLAN et al., 2009; RABIN et al., 2009). Entretanto, essa iniciativa pode ter o efeito de, quando identificada a violência, ser rejeitada, porque é um fato social e não uma doença, eximindo a responsabilidade do serviço. Por outro lado, ela pode ser percebida como patologia, o que também a reduz ao corpo individual e expropria da mulher o juízo final sobre o caso, cabendo ao profissional arbitrar as formas de cuidado que devem ser tomadas. Portanto, não basta apenas o reconhecimento da violência, é necessária a compreensão sensível do contexto de vida das mulheres para proporcionar ações preventivas adequadas e redes de apoio e proteção (RABIN et al., 2009).

As violências também têm se mostrado um fator de vulnerabilidade para a aquisição de hiv/aids (SCHRAIBER et al., 2007; BARROS et al., 2011; CAMPBELL, 2002). A aids é considerada um fenômeno social de elevada incidência e um importante problema de saúde pública, tendo apresentado aumento entre as mulheres nos últimos anos, o que as torna vulneráveis à infecção. Estima-se que, no mundo, existam 40 milhões de pessoas vivendo com hiv, quatro milhões de novos casos e 2,8 milhões de mortes por ano (JUNP, 2006).

A história da epidemia da aids mostra que, durante os primeiros anos, as mulheres não faziam parte dos chamados "grupos de risco", constituído principalmente por usuários de drogas injetáveis e homossexuais masculinos (PARKER; GALVÃO, 1996). Esse fato pode ter contribuído para que a aids tenha sido reconhecida como a "epidemia da imoralidade", já que inicialmente estava

associada a pessoas e a comportamentos considerados desviantes. "Epidemia da imoralidade" é um conceito desenvolvido por Guilhem (2005) sobre a percepção social do hiv vinculada a metáforas, como a "peste *gay*". A história *moral* da aids permitiu a construção da noção de que essa seria uma "doença estrangeira", do "outro", dos que não seguiam uma conduta moralmente aceitável (KNAUTH, 1997).

Com o passar dos anos, a vulnerabilidade social e biológica, a invisibilização da possibilidade das mulheres adquirirem a doença, as iniquidades de gênero, as diferenças de valores sociais, de poder, de oportunidades e de comportamento entre homens e mulheres contribuíram para o crescimento das taxas de aids no sexo feminino. Ainda, o baixo poder de negociação sexual, a submissão aos homens e o ônus da responsabilização reprodutiva tornaram as mulheres mais propensas a terem relações sexuais desprotegidas, aumentando a vulnerabilidade ao hiv (SANTOS et al., 2009). Essa vulnerabilidade remete às formas como homens e mulheres se relacionam na sociedade, à dinâmica de poder das relações e aos papéis de gênero, que contribuíram para a conformação do atual perfil da epidemia (KARAMGI et al., 2006).

Nesse contexto, a violência de gênero pode estar presente na vida das mulheres antes ou após a contaminação com o vírus, como um fator de vulnerabilidade ao hiv, assim como o hiv pode potencializar a violência (RACHEL, 2010). Estudo na África do Sul observou que mulheres vítimas de violência ou em relacionamentos desiguais são mais vulneráveis ao hiv em comparação à mulheres que vivem em relações igualitárias. Uma em cada sete infecções poderiam ter sido evitadas se as mulheres não fossem submetidas à violência, e uma proporção semelhante se não estivessem em desigualdade de poder nos relacionamentos (JEWKES et al., 2010).

Estudo brasileiro estimou que 72% das mulheres que vivem com hiv sofrem algum tipo de violência de gênero, sendo 63% violência psicológica, 52% física e 28% sexual. Violências físicas e sexuais, geralmente superpostas, corresponderam a 56% do total (SCHRAIBER et al., 2007; BARROS et al., 2011).

Diante desse panorama, viver com hiv e ser mulher potencializa a vulnerabilidade à violência, discriminação, segregação, falta de recursos sociais e financeiros, conflitos nas relações afetivas e problemas com a sexualidade (GALVÃO et al., 2004; VLAHOV et al., 1998). A vulnerabilidade das mulheres com hiv à violência de gênero aumenta quando há revelação diagnóstica positiva ao

parceiro, sexo por obrigação marital e violência sexual, uma vez que, geralmente, ocorrem sem uso de preservativos e podem causar lesões genitais ou anais que favorecem a infecção (DECKER et al., 2009).

Além da violência de gênero, esta pesquisa pretendeu explorar a presença de ideação suicida entre mulheres que vivem com hiv. Estima-se que, ser mulher em sociedades patriarcais, viver com hiv e sofrer violência de gênero esteja associado à ideação suicida, havendo, porém, poucos relatos na literatura que descrevam tal situação.

A análise da relação entre indivíduos e sociedade indica que o suicídio não se explica apenas por aspectos individuais e psicológicos, mas também é um fato social. As causas do suicídio não estão, portanto, apenas nos indivíduos, mas estende-se ao contexto social que estão inseridos (SILVA, 2012).

Os elevados índices de ideação, tentativas e suicídio caracterizam a violência autoinfligida como um importante problema de saúde pública. As causas do suicídio são diversas, e podem resultar de problemas de relacionamento, doenças crônicas, sofrimento emocional, violências, desemprego, perdas econômicas, desigualdades de gênero e outras (OMS, 2002; MARX, 2006).

Com relação ao suicídio de mulheres, associa-se sua ocorrência com situações de perda, frustração e sofrimento emocional. Para mulheres que vivem com hiv, acrescenta-se o impacto psicológico e social causado pela doença, a ocorrência de violência de gênero, a má qualidade de vida, os traumas físicos e psíquicos que a doença acarreta e o medo constante da morte (CASSORLA; SMEKE, 1994).

O suicídio feminino no Brasil apresenta incidência de 7/100 mil entre adultas jovens e aumenta para 10/100 mil na meia-idade e velhice, o que pode ser considerado um patamar médio pela OMS, com tendência de aumento entre mulheres de 20 a 49 anos (WHO, 2002; SCHMITT et al., 2008). Esses dados chamam atenção porque indicam o agravamento do problema do suicídio em mulheres, que historicamente apresentavam baixa incidência no Brasil e em países ocidentais. Quanto à ideação suicida, a prevalência encontrada em estudo brasileiro não difere de pesquisas realizadas na Europa, Estados Unidos e Austrália, cujas estimativas encontram-se entre 10% e 18% (BOTEAGA et al., 2009).

Harris e Barraclough (1997) estabeleceram o hiv e a violência de gênero como fator de vulnerabilidade para o suicídio. Porém, devido o advento da terapia

antirretroviral, essa relação pode ter sido modificada (GARCIA-MORENO et al., 2005). Assim, tendo em vista a necessidade de estratégias de prevenção do suicídio de mulheres que vivem com hiv e que são vítimas de violência, é essencial obter informações sobre o risco ao comportamento suicida, buscando entendê-lo em sua abrangência (ROCKETT et al., 2007).

Com a finalidade de (re)pensar as condições em que vivem as mulheres com hiv, optou-se em elencar condições que consideramos de maior vulnerabilidade: (a) ser mulher, (b) viver com hiv, (c) sofrer violência de gênero e (d) manifestar ideação suicida. Esta investigação não focou a patologia ou a clínica da doença, sendo que as mulheres não foram rotuladas como “portadoras” ou “detentoras” de um vírus, e sim compreendidas a partir de sua singularidade.

Este estudo, e o município escolhido para sua realização, justificam-se pela alta taxa de incidência de aids registrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, de Mortalidade, de Controle de Exames Laboratoriais e de Medicamentos. O município estudado está em sétimo lugar entre as 100 cidades com mais de 50 mil habitantes em casos de aids no Brasil (BRASIL, 2010).

Estima-se que seja alta a prevalência de violência de gênero e de ideação suicida entre mulheres com hiv, principalmente pelas condições em que vivem, pelas desigualdades de gênero e pelo impacto psicológico e social produzido pela doença. Supõe-se também que a violência de gênero seja um fator de vulnerabilidade para ideação suicida entre mulheres com hiv.

As questões norteadoras que orientam o estudo são: Quais são as características sociodemográficas, sexuais, reprodutivas e clínicas das mulheres que vivem com hiv? Qual a prevalência de violência de gênero perpetrada contra essas mulheres? Qual a frequência de ideação suicida entre mulheres que vivem com hiv? Todas essas questões buscam explorar a relação entre viver com hiv, sofrer violências baseadas em gênero e manifestar ideação suicida.

3 Objetivos

3.1 Objetivo Geral

- Estudar a violência de gênero e a ideação suicida em mulheres que vivem com hiv usuárias de um serviço de referência para hiv/aids de um município de médio porte no Rio Grande do Sul.

3.2 Objetivos Específicos

- Descrever as características sociodemográficas, sexuais, reprodutivas e clínicas das mulheres que vivem com hiv.
- Verificar a prevalência e os tipos de violência de gênero perpetrada contra mulheres que vivem com hiv.
- Identificar a prevalência de ideação suicida nas mulheres que vivem com hiv.
- Verificar a existência de correlação entre violência de gênero e ideação suicida em mulheres que vivem com hiv.

4 REVISÃO DE LITERATURA

Este estudo pauta-se em três aportes teórico-conceituais, que são explorados no decorrer da pesquisa e dialogam com os dados empíricos obtidos nas entrevistas: gênero, violência e ideação suicida.

Usaremos o conceito de *vulnerabilidade* para fazer referência à suscetibilidade individual e social das mulheres ao hiv, à violência e à ideação suicida. O conceito de vulnerabilidade desloca a suscetibilidade feminina do nível individual para o contexto social e, nesta pesquisa, seu uso é útil por articular as três categorias de análise: hiv, violência e ideação suicida.

Entende-se vulnerabilidade como o conjunto de fatores de natureza biológica, econômica, social e cultural cuja presença amplia ou reduz o risco ou a proteção da pessoa frente a uma doença ou agravo. A vulnerabilidade também faz referência às suscetibilidades, à estruturação de programas de saúde, aos aspectos comportamentais, culturais, econômicos e políticos (AYRES; FRANÇA-JÚNIOR et. al, 2003). A vulnerabilidade de gênero é considerada a situação provocada pelas desigualdades de poder entre aqueles que o detêm, no caso os homens, e aquelas que não possuem, neste outro as mulheres (GUILHEM, 2005; PALMA; MATTOS, 2001).

O conceito de vulnerabilidade é oriundo do Direito e designa, em sua origem, grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadania (ALVES, 1994). A expressão adentrou no campo da saúde a partir da publicação, nos Estados Unidos, do livro *Aids in the World*, e pode ser considerada o resultado do processo de interseções entre o ativismo diante da epidemia da aids e o movimento dos Direitos Humanos (MANN; TARANTOLA, 1993).

A adoção do conceito de vulnerabilidade, no caso da epidemia da aids, superou o estigma existente nos conceitos de grupos de risco, e passou da noção de risco individual a uma nova compreensão de vulnerabilidade social. As condições de vulnerabilidade são situações marcadas por desigualdade, exclusão social e desrespeito aos direitos humanos, que acabam por diminuir a capacidade da mulher em se proteger (VILLELA, 2005). A noção de que uma pessoa está em risco de se infectar pelo hiv apenas por ter se colocado em uma situação de maior perigo é

reducionista, pois remete à ideia de responsabilidade exclusivamente individual (CARVALHÃES; FILHO, 2012).

Para discorrer sobre os marcos teóricos que fundamentam esta dissertação, a revisão está dividida em quatro capítulos. O capítulo que inicia esta revisão – *hiv no feminino: questões de gênero* – explica como o gênero é um elemento transversal e situa o estudo nessa perspectiva, além de problematizar questões chave para entender a dinâmica da vulnerabilidade ao hiv, à violência e à ideação suicida. O segundo capítulo, denominado *Aids, gênero e feminização* contextualiza a epidemia desde sua descoberta, centrando-se no aumento das taxas em mulheres nos últimos anos. O terceiro e quarto capítulo abordam aspectos conceituais da violência de gênero e da ideação suicida, principalmente em mulheres que vivem com hiv.

4.1 Hiv no Feminino: Questões de Gênero

Este capítulo, que aborda aspectos relativos à interface *hiv e gênero*, foi construído para responder questões que consideramos relevantes: Qual a determinação do gênero para a infecção do hiv? E como se expressa a vulnerabilidade de gênero em relação ao hiv?

Para respondermos estas questões, nos embasamos no pressuposto de que as relações de gênero e a organização patriarcal da sociedade contribuem para a vulnerabilização feminina ao hiv. Partimos da constatação de que as mulheres, em uma sociedade hierarquizada, não detêm poder sobre sua sexualidade, cabendo ao homem decidir como será o sexo entre o casal: quando, como, quantas vezes, com ou sem preservativo. Assim, as desigualdades de gênero constituem um dos fatores que contribuem para a as altas cifras da epidemia (BERES, 1997).

Neste trabalho, o conceito de gênero é utilizado para designar as relações sociais entre os sexos. Gênero é um modo de indicar as construções sociais das identidades e subjetividades, recusando o essencialismo biológico que atribui ao sexo as diferenças entre homens e mulheres (SCOTT, 1989).

Gênero é uma importante categoria para investigar a construção social do feminino e do masculino e as características normativas socialmente *impostas* por sociedades patriarcais. Para as mulheres, é ensinado a serem femininas, sensíveis, carinhosas, delicadas e submissas; já aos homens é exigida a manutenção de uma masculinidade dominadora e agressiva. Essa socialização gera desigualdades e

iniquidades de gênero e contribui para vulnerabilizar as mulheres, inclusive ao HIV. As iniquidades de gênero, entendidas como desigualdades desnecessárias e injustas entre homens e mulheres, são responsáveis pela manutenção das mulheres em desvantagem econômica, social e de acesso a serviços (VILELLA, 1999; VERMELHO et al., 1999).

O patriarcado se organiza e se sustenta a partir de uma estrutura social de poder sobre os corpos, sobre a sexualidade e sobre as condutas sexuais femininas (SAFFIOTI, 2004). Um poder, segundo Foucault (1980), exercido como prática social, historicamente constituído, com múltiplas formas de exercício e legitimação. A ordem patriarcal de gênero produz dominação, exploração e opressão das mulheres em um modelo hierárquico que concede direitos sexuais aos homens (PATEMAN, 1993).

A ideologia de gênero é tão forte que também é assumida e exercida pelas mulheres, que não se vêem como dominadas-exploradas (SAFFIOTI, 2004). Além do mais, a ideologia naturaliza os papéis sexuais atribuídos aos gêneros, que passam a ser vistos como biológicos, e qualquer mudança nas normas de gênero é considerada *anormal* ou patológica, em um contexto onde as mulheres são vigiadas para não transgredir (NOLASCO, 1993).

Mulheres que vivem em grandes centros urbanos têm rompido com as regras de gênero, ingressando no mercado de trabalho e exercendo a sexualidade de modo mais autônomo. Mesmo assim, elas não se identificam com outras em situações de vulnerabilidade e lhes dirigem ações ou discursos “dominadores, masculinos e patriarcais”. É o que se observa, por exemplo, com operadoras que atendem mulheres em situações de desvantagem em serviços sociais, judiciais, policiais e de saúde (NOLASCO, 1993; MENEGHEL et al., 2011).

As mulheres são socializadas em modelos que normatizam os papéis de gênero e estão impregnadas de mitos, como os ideais do amor romântico, o casamento como sinônimo de sucesso e a responsabilidade pelo êxito da relação conjugal, condutas que as vulnerabilizam e as expõem a riscos (CARVALHO, 2006; COSTA, 1998).

O mito do amor romântico aprisiona a mulher no papel de esposa, mãe e cuidadora, como se essas ações fossem elementos obrigatórios para a realização pessoal, fadando à derrota aquelas que não cumprem esse destino (COSTA, 1998; GORRESE; VABLONSKI, 2002). Para Morin (1970), a sociedade fornece às

mulheres os modelos de conduta para a vida e ensina que ser submissa é algo positivo.

O mito do amor romântico tem sido criticado pelos movimentos feministas, e a ideologia subjacente é apontada como responsável por levar as mulheres a acreditarem que a felicidade é sinônimo de casamento, mesmo quando produz opressão e violência. Em sociedades patriarcais, a mulher é propriedade do marido, e o contrato sexual pressupõe a fidelidade feminina, a aceitação das normas de gênero e o cumprimento dos papéis sexuais (PATEMAN, 1993). A obediência e o não questionamento das condutas masculinas geram baixa autonomia para a negociação sexual, incluindo o uso do preservativo.

A negociação sexual para o uso do preservativo é uma prática que pressupõe igualdade entre as partes, que se dá através do diálogo e do consenso em relação ao método contraceptivo. A desvantagem feminina é verificada quando o principal meio de prevenção é o uso do preservativo masculino, porque a maioria dos casais, principalmente os que estão em união estável, não fazem uso (VILELLA, 1999).

Várias justificativas são usadas para o não uso do preservativo pelos homens, uma vez que não é uma escolha individual da mulher, mas que depende da aceitação masculina. Dentre os argumentos está a suposição de que não é preciso usá-lo em relações estáveis, a exigência de uma prova de amor da mulher e a justificativa de que inibe o prazer sexual masculino. Outro fato refere-se à noção de que a contracepção é um dever feminino, e por último a constatação de que muitas doenças sexualmente transmissíveis passam despercebidas no homem, que se exime de sua responsabilidade na aquisição de uma DST (BARBOSA, 1999; SANTOS; IRIART, 2007).

A iniciativa do uso do preservativo na relação sexual é atribuída ao homem, e difundiu-se a ideia de que se a mulher assume essa função é vista como *fácil*, *sem valor* ou *infiel*. A exigência feminina ao uso do preservativo associa-se à infidelidade da mulher, e o questionamento da relação sobre a fidelidade pode gerar violência (VILELLA, 1999; VERMELHO et al., 1999).

O medo de suscitar desconfiança limita as mulheres na adoção de medidas preventivas, em que a preocupação de preservar o relacionamento, não gerar conflitos e sustentar uma identidade social é mais importante do que o cuidado com a própria saúde. Neste caso, essa *falsa moral* é necessária ao homem e nefasta à mulher, que necessita sustentar a imagem não sexualizada de mãe e esposa fiel

(HEBLING; GUIMARAES, 2004; CARVALHO, 2006). Os acordos conjugais tornam-se mais importantes do que o autocuidado, de modo que a prevenção e o relacionamento conjugal operam em contraposição (SANTOS, 2002).

Às mulheres de classes sociais menos favorecidas, acrescenta-se a insegurança pela dependência econômica dos parceiros afetivos. Portanto, na terceira década da epidemia, é a mulher heterossexual, jovem, casada e de baixa renda quem protagoniza as maiores prevalências da infecção (VERMELHO et al., 1999).

A aids, desde seu início, é uma doença ligada à sexualidade. Assim, a feminização do agravo remete à ideia de doença de *mulher promíscua*, em que ela é a culpada de ter adquirido uma infecção, em uma representação na qual o sexo é proibido e a doença é uma punição. Este estigma tem sido atribuído às mulheres que se “expõe” sexualmente e para as que não seguem as condutas socialmente estabelecidas, servindo de ameaça ao modelo de família tradicional. Além disso, as mais pobres e com menor escolaridade não possuem informações adequadas e ficam dependentes das representações e conceitos que circulam entre a população (BERRER, 1997; HEIBORN, 1996)

As mulheres que possuem papel social de esposa não se sentem em perigo de contrair hiv, e a doença continua sendo do "outro", do promíscuo, da prostituta, do homossexual e do usuário de droga. Elas procuram se diferenciar desse "outro", legitimando a ausência do risco no fato de terem um companheiro fixo e ignorando intencionalmente as práticas extraconjugais do parceiro (KNAUTH, 1999; KRISHNAN et al., 2008; TOMAZELLI et al., 2003). Esse fato pode ter contribuído para o aumento das taxas de hiv em mulheres nos últimos anos, especialmente as casadas ou em relacionamentos estáveis.

4.2 Aids, gênero e feminização

Este estudo, por pesquisar mulheres que vivem com hiv, analisa a influência do gênero na epidemia e na sua feminização. Este capítulo discorre sobre aspectos relativos à mudança do quadro epidemiológico após a constatação das mulheres como sujeitos em vulnerabilidade, inicialmente invisibilizadas na categoria “outros” (BASTOS, 2006).

A aids, após sua identificação, em 1981, tornou-se uma nova doença maldita, na medida em que estava relacionada à sexualidade e à comportamentos considerados transgressores (CDC, 2001). A epidemia faz lembrar um texto de Walter Benjamin, cuja obra não guarda qualquer relação direta com a aids, mesmo porque Benjamin morreu no contexto da perseguição nazista durante a Segunda Guerra Mundial, décadas antes do aparecimento da epidemia. Em seu texto, Benjamin analisa um quadro do pintor Paul Klee e afirma que a história dos vencidos está por ser escrita, pois ela é apenas um resíduo da história arrogante dos vencedores. Sem dúvida é isso que acontece com milhares de mulheres que vivem com hiv (BASTOS, 2006).

Enquanto a aids estava sendo identificada nas cidades de Los Angeles, São Francisco e Nova York, na África ela simplesmente não existia aos olhos do mundo. Entretanto, a epidemia teve sua origem no continente africano, passando despercebida ao longo da década de 1970 por não atingir países ricos, o que ocasionou agravamento e difusão da infecção (BASTOS, 2006).

O mundo ocidental “esqueceu” a África, e atualmente o continente apresenta as maiores taxas de aids, com 25% da população contaminada e 76% do total de casos em mulheres (OMS, 2013). A cultura patriarcal é o cimento de sustentação das desigualdades e vulnerabiliza ainda mais as mulheres, que apresentam taxas duas a três vezes maiores que os homens. Elas não tem acesso à medicação, vivem a prática de violações sexuais e em vários países circula a recomendação de que para curar-se da aids basta manter relação sexual com uma mulher virgem (SIMBAYI et al., 2007).

A epidemia representa um fenômeno global e complexo, cuja ocorrência depende de comportamentos individuais e coletivos. A aids está entre as maiores enfermidades emergentes do mundo, pela magnitude, letalidade e consequências à saúde física e emocional. Com o seu surgimento, houve uma volta ao conservadorismo e foram propostos um cabedal de normas e procedimentos morais para regular a conduta individual das pessoas, que tem se mantido, mesmo não se configurando uma prática eficiente para controlar a doença (BRITO et al., 2005).

Apesar dos altos investimentos econômicos e sociais para combater a epidemia, a incidência permanece elevada. Em 2011, 42 milhões de pessoas viviam com hiv no mundo e, desde sua descoberta, 25 milhões morreram. Em 2007, a

prevalência se estabilizou, embora a um nível elevado; o número anual de novas infecções caiu de três milhões em 2001 para 2,7 milhões em 2007 (OMS, 2013).

No Brasil, no ano de 2010, foram identificados 608.230 casos de aids, com incidência de 18 casos por 100 mil habitantes e com maior prevalência na região sul do país. Estima-se que 90% das pessoas que vivem com hiv não sabem que estão contaminadas (BRASIL, 2010).

No início da epidemia, os casos caracterizavam-se por atingirem pessoas do sexo masculino, de elevado nível socioeconômico e com transmissão homossexual e sanguínea. Entretanto, a epidemia modificou-se, aumentando a incidência entre heterossexuais, populações pobres, com menos escolaridade e mulheres (BASTOS; SZWARCOWALD, 2000; FONSECA et al., 2002).

As desigualdades sociais resultaram na propagação da infecção e revelaram uma epidemia de múltiplas dimensões, passando por transformações em seu perfil epidemiológico. De doença inicialmente restrita a grandes metrópoles e marcadamente masculina, ocorre hoje um processo de *heterossexualização, interiorização, pauperização e feminização*. O aumento da transmissão por contato heterossexual resultou em crescimento de casos em mulheres, caracterizando-se como um importante fenômeno para o atual momento da epidemia e um importante problema de saúde pública (BRITO et al., 2005).

Durante os primeiros anos, as mulheres não faziam parte dos chamados *grupos de risco*, deslocamento discursivo da noção epidemiológica de *fator de risco*, que gerou estigmatização e baixa eficácia de ações preventivas, centradas em campanhas de proteção para populações específicas (AYRES et al., 1999). Posteriormente, foi adotada a categoria *comportamentos de risco*, fazendo referência às pessoas que se expõem voluntariamente à doença, não condizendo com a situação em que as mulheres se encontram, já que grande parte delas não possui autonomia nas decisões sexuais (BARBOSA, 2005; AQUINO, 2006; PARKER; GALVÃO, 1996).

Estudos têm sido desenvolvidos para compreender os desafios que a aids impõe em relação às mulheres. Por ser uma doença que incide sobre a sexualidade - dimensão historicamente sacralizada e moralizada - sua abordagem preventiva está cindida entre a prevenção e a normalização excessiva ou ideologizada das condutas sexuais (KENDALL, 1995).

No Brasil, há mais casos entre homens, mas essa diferença vem diminuindo nos últimos anos (BRASIL, 2011). A vulnerabilidade feminina ganhou visibilidade a partir da década de 1990, uma vez que, em 1985, a razão de masculinidade era de 26 homens para cada mulher, diminuindo para 1,5 em 2005 (BRASIL, 2006; SANTOS; IRIART, 2007). No mundo, há 16 milhões de mulheres com hiv, o que representa 50% das infecções, na maior parte em países subdesenvolvidos. Na África SubSahariana, estão concentradas 76% de todas as mulheres que vivem com hiv do mundo, e o sexo feminino representa mais da metade dos casos da região. Altas taxas também são encontradas na Ásia e no Caribe, e há maior prevalência entre mulheres negras e com pouca escolaridade em todos os lugares do mundo (OMS, 2013).

O aumento da aids em mulheres – principalmente aquelas em relacionamento estável – pode ser explicado pela ideia inicial de que a doença atingia apenas homossexuais, prostitutas e usuários de drogas injetáveis, o que resultou na crença de que as mulheres estavam protegidas (SOARES, 1999). A alta incidência resulta de fatores que aumentam a vulnerabilidade feminina: estrutura social patriarcal, que pressupõe que um homem pode se relacionar ao mesmo tempo com várias mulheres; menor acesso à educação, que leva a escassas oportunidades de emprego às mulheres; padrões culturais e religiosos tradicionais, que interferem negativamente na adoção de medidas preventivas e na autonomia sexual e reprodutiva; insuficiência de políticas públicas que efetivem os direitos das mulheres, expandindo o foco para além da saúde reprodutiva; violência de gênero; e presença de DSTs, muitas vezes assintomáticas e facilitadoras da contaminação (SIMÕES-BARBOSA, 1999; SILVA et al., 2005; SILVEIRA et al., 2002).

A aids ocupa um lugar no imaginário feminino, causando preocupação e medo de contrair a doença. No entanto, os riscos são minimizados, face a necessidade de enfrentar outras condições desfavoráveis e emergentes. Violência, desemprego, necessidade de segurança, pobreza e dificuldade no acesso a bens e serviços são alguns problemas que acabam superando a preocupação de contrair hiv. Portanto, quanto maior o número de situações desfavoráveis, maior é a vulnerabilidade feminina à doença. No caso das profissionais do sexo, a promessa do pagamento supera o medo da doença e o uso da camisinha, além da violência a que estão expostas, inclusive a de serem forçadas a fazer sexo sem preservativo.

Outro exemplo são as adolescentes submetidas a abuso sexual, situação em que não há negociação para o uso do preservativo (SANTOS; IRIART, 2007).

Fernandes et al. (2000), ao estudarem os conhecimentos e práticas de mulheres brasileiras com relação à prevenção da aids, verificaram que a maioria nunca usou preservativo, indicando o desempoderamento que as leva a nem cogitarem a possibilidade do seu uso. Ainda, os meios de comunicação poderiam ser úteis na divulgação dos aspectos relativos à doença, à *feminização* e às práticas preventivas, tendo em vista que muitos aspectos relativos à epidemia não alcançam a população. Para realizar tais ações, as mídias precisariam operar afinadas ao discurso de igualdade e equidade de gênero, o que não acontece.

4.3 Hiv e violência de gênero

Antes de discorrermos sobre violência de gênero e hiv cabe ressaltarmos alguns questionamentos que consideramos importantes: O fato da mulher viver com hiv a torna mais vulnerável a sofrer violência? Ou a violência é um fator que levou à exposição ao hiv? Vamos inicialmente reconhecer o contexto histórico e político da visibilização da violência de gênero contra a mulher como um problema de saúde pública.

Em 1980 a OMS reconheceu a violência como um problema de saúde pública e em 1994 foi assinada a Convenção Interamericana para Prevenir, Sancionar e Erradicar a Violência Contra a Mulher, conhecida como Convenção de Belém do Pará (SAGOT; CARCEDO, 2006). A partir dessa convenção, começaram a ser formuladas políticas públicas para o enfrentamento da violência, bem como leis específicas para punir os agressores em vários países da América Latina.

No Brasil, a visibilização da violência contra a mulher foi elaborada em meio a uma experiência política inovadora, em que, ao lado de práticas de sensibilização, militantes feministas atendiam mulheres que sofriam violências no SOS-Mulher nas cidades de São Paulo e Campinas (GREGORI, 1993).

As primeiras feministas pensaram a violência a partir da compreensão da opressão sofrida pelas mulheres no âmbito do patriarcalismo. A condição feminina era pensada ainda dentro de pressupostos universalizantes, em que a opressão é uma situação que afeta as mulheres pelas circunstâncias de seu sexo, independentemente do contexto histórico ou cultural. De qualquer modo, o

movimento feminista tornou pública a relação entre homens e mulheres como resultante de uma estrutura de dominação (SARTI, 2004; PISCITELLI, 1997).

A ideologia de gênero cimenta as relações desiguais entre os sexos na cultura e na sociedade, mas nem sempre é suficiente para garantir a obediência das mulheres aos ditames do patriarcado, havendo a necessidade de fazer uso da violência quando as mulheres não se comportam. MacKinnon (1989) interpreta este fenômeno como uma autorização para os homens cometerem violência, na medida em que apenas os excessos sofrem sanções penais e que há uma autorização social para punir as mulheres que não se comportam de acordo com as regras.

A violência de gênero é considerada a ação ou conduta que causa morte, dano ou sofrimento psicológico, físico ou sexual à mulher, tanto no âmbito público como no privado. Independentemente do tipo de violência praticada, ela tem como base as desigualdades de gênero (CLADEN, 2000). Mesmo as agressões que partem das mulheres têm sua origem nessa desigualdade, apresentam frequência menor e são reativos à diferença de poder ou à violência sofrida.

Saffioti (1995) sugere que a violência contra a mulher está dentro de um modelo de dominação masculina, pois é determinada pela desigualdade de poder estrutural entre os sexos. Além do mais, a direcionalidade da violência é majoritariamente de homens contra as mulheres.

No exercício da função patriarcal, os homens determinam a conduta das mulheres, recebendo autorização e tolerância da sociedade para punir com violência o que se apresenta como desvio das normas de conduta entre os sexos. O poder patriarcal é exercido duramente, principalmente sobre mulheres que não se enquadram nos comportamentos determinados por esse poder (SAFFIOTI, 2001).

A violência de gênero ocorre em praticamente todos os países e culturas. Uma em cada três mulheres no mundo sofrem violência, são obrigadas a manterem relações sexuais indesejadas ou são submetidas a algum outro tipo de abuso (CHARLES, 2000; BIGLIA, SAN-MARTIN, 2007). Na sociedade, a mulher é constituída como sujeito heterônimo, e, portanto, não *com os outros*, mas *para e pelos outros*, o que contribui para a gênese das violências (CHAUÍ, 1999).

A violência de gênero é potencializada por uma série de mandatos, entre eles a conduta heteronormativa, a negação da sexualidade feminina e a imposição do cuidado dos filhos, idosos, doentes e portadores de necessidades, sem remuneração. Estudos (KRUG et al., 2003; PALTIEL, 1993; DEVRIES et al., 2011)

relataram elevada prevalência de violência de gênero em diferentes lugares do mundo, com prevalências que variam entre 20% e 75%. No Brasil, estudos encontraram prevalências de 50% de violência de gênero na população geral (BARROS et al., 2011; SCHRAIBER et al., 2007; SCHRAIBER et al., 2007)

O uso de definições específicas para a violência de gênero é justificado, uma vez que conceituações muito amplas apresentam o risco de não diferenciar a violência explícita de violações dos direitos humanos em geral, como discriminações e pobreza, igualmente importantes, mas que já possuem termos próprios para designá-lo (HEISE, 1994). Além do mais, a tipificação ajuda a esclarecer às mulheres que comportamentos aceitos socialmente como “naturais” constituem violências e alertar a sociedade para a necessidade de judicializar e punir esses atos (OPAS, 1998).

Algumas situações aumentam as chances da mulher sofrer violência, entre elas o fato de viver com hiv. Essa vulnerabilidade aumenta quando é descoberta a positividade ao hiv, pois a divulgação ao companheiro aumenta os conflitos entre o casal, havendo, em muitas situações, culpabilização da mulher pela doença e desqualificação do comportamento sexual da parceira (CARVALHAES; FILHO, 2012; KARAMAGI et al., 2006; KISHOR; JOHNSON, 2004).

No Quênia, 40% das mulheres que sofreram violência foram infectadas pelo hiv, e a maior parte das infecções esteve relacionada à violência (FONK et al., 2005). Nos Estados Unidos, foi observada forte associação entre sofrer violência e adquirir hiv (SAREEN et al., 2009). Estudo realizado na Índia constatou que mulheres que vivem com hiv têm quatro vezes mais de chance de sofrer violência (SILVERMAN et al., 2008), e um estudo brasileiro estimou prevalência de 72% de violência de gênero entre mulheres que vivem hiv, sendo 63% violência psicológica, 52% violência física e 28% violência sexual (BARROS et al., 2011; SAREEN et al., 2009).

Poucas mulheres que vivem com hiv identificam a violência que estão sofrendo, o que dificulta o seu reconhecimento. A identificação de atos violentos permite o desenvolvimento de estratégias para fazer cessar a violência. Os profissionais de saúde precisam incorporar a violência nas perguntas que compõem as histórias clínicas das usuárias, sem atemorizar-se, negar os sinais e sintomas ou tratar o assunto como um tema tabu quando as mulheres os procuram. É necessária a detecção da violência de gênero nos serviços de saúde e a proposição de medidas

de acolhimento e cuidado como parte das ações assistenciais (DECKER et al., 2009; JEWKES, 2002; CHOI et al., 1998).

As práticas de saúde são dirigidas principalmente às mulheres que sofreram violência sexual perpetrada por estranhos, ficando veladas as violências cometidas pelo companheiro, familiar ou conhecido. A vítima, ao solicitar auxílio, fica exposta a outras violências, principalmente quando os profissionais não dão credibilidade, minimizam a violência sofrida e não encaminham para escuta psicossocial. Esses fatores dificultam o reconhecimento da violência, pois na maioria das vezes as pessoas não denunciam os agressores e a violência continua invisibilizada (BARROS et al., 2011).

Um estudo etnográfico realizado por Sugg e Inui (1992), que estudou as barreiras para a detecção da violência sofrida por mulheres pelos profissionais de saúde faz uma ilustrativa metáfora sobre o significado de buscar ouvir o problema da violência: para eles, trabalhar com a violência é difícil, porque é como abrir a Caixa de Pandora. Esse mito refere-se a uma caixa que, assim que aberta por Pandora, liberou a doença, a insanidade, o vício e a maldade no mundo, que até então não existiam.

Pandora, figura da mitologia grega, foi criada pelos deuses como resposta ao roubo do fogo por Ptolomeu. Os deuses deram a Pandora diversas virtudes, a curiosidade e uma caixa com recomendações de não abri-la, e a enviaram à terra. Chegando, Pandora não resistiu e abriu a caixa, libertando para sempre o mal. Mas fechou a caixa a tempo de guardar a esperança, que estava no seu fundo, para que a humanidade pudesse lidar com o seu conteúdo. O mito ilustra a dificuldade de abordar um tema que extrapola a área da saúde no interior dos serviços (d'OLIVEIRA, 2000).

4.4 Hiv e Ideação suicida

Um dos eventos relacionados à situação de soropositividade é a ocorrência de ideação, tentativa de suicídio ou suicídio consumado. O suicídio, fato social de elevada incidência, é considerado um tema tabu e um importante problema de saúde pública, sendo entendido como a ação de tirar a vida de maneira voluntária e intencional. Na maioria dos países ocidentais, há maior prevalência de tentativas de

suicídio entre mulheres, enquanto o suicídio consumado acontece mais em homens (CANNETO, 2008).

O padrão epidemiológico predominante do suicídio é o de taxas de mortalidade em torno de três a quatro vezes maiores nos homens, geralmente explicada por argumentos biologicistas, que incluem a maior letalidade dos meios usados. Na Ásia, as taxas de suicídio são similares entre homens e mulheres e, em âmbito mundial, apenas a China e a Índia apresentam mortalidade feminina maior que a masculina (MELLO-SANTOS et al., 2005; DEVRIES et al., 2011; CALLANAN; DAVIS, 2011; OMS, 2002; YIP et al., 2008; ZHANG et al., 2010).

Anualmente, um milhão de pessoas comete suicídio no mundo e ocorrem de 10 a 20 milhões de tentativas. As maiores taxas são encontradas na China, Suíça, França, Bélgica, Áustria e Estados Unidos, com média de 16 suicídios por 100 mil habitantes. Os países islâmicos apresentam as menores taxas, podendo chegar a valores quase nulos, como no Egito. O Brasil apresenta taxa de suicídio de 4,6 óbitos por 100 mil habitantes. Entre os estados brasileiros, as maiores taxas estão no Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná e São Paulo (OMS, 2002).

Estima-se que a maioria dos suicidas pensava no ato previamente, com diferentes graus de intensidade e de planejamento (FAWCETT et al., 1993; KESSLER et al., 1999). A ideação suicida é caracterizada pela perda da vontade de viver, desejo de estar morto ou tirar a própria vida (GILLI-PLANAS et al., 2001). A ideação representa risco de suicídio, que oscila entre baixo e alto, determinado pela frequência e intensidade das ideações. A ideação prediz o ato suicida, e a prevenção inclui não só a detecção precoce desses pensamentos, como também maior entendimento das causas. A intensidade e a duração da ideação suicida, o contexto em que surge e a impossibilidade de desligar-se dela são fatores que potencializam a tentativa de suicídio, que é o principal fator de risco para o suicídio consumado (BARRIOS et al., 2000; WHO, 2002; SUOMINEN et al., 2004; VILHJALMSSON et al., 1998).

Há estudos que demonstram associação entre ideação e tentativa de suicídio, com prevalência de 16% de ideação e 12% de tentativa de suicídio. No Brasil, na cidade de Campinas, uma pesquisa mostrou prevalência de 17% para ideação suicida ao longo da vida e 5% no último ano em pessoas adultas (PIRKIS et al., 2000; KUO et al., 2001; BOTEGA et al., 2005).

Pessoas com ideação suicida são usuárias frequentes de serviços de saúde e mais suscetíveis a internações hospitalares (PIRKIS et al., 2001). Tem-se observado aumento na procura por atendimento de saúde nos meses precedentes a uma tentativa de suicídio (BRUCE et al., 2004; SUOMINEN et al., 2004).

Há evidências de que intervenções específicas, realizadas em serviços de saúde, são efetivas para reduzir a ideação e as tentativas de suicídio. A prevenção fundamenta-se na identificação de *sinais* sugestivos que o indivíduo expressa antes do ato suicida. Assim, a identificação da ideação pode significar possibilidade de prevenção, de caráter individual, para grupos específicos ou para populações (VILHJALMSSON et al., 1998; BREZO et al., 2007).

Poucas pesquisas estudaram os fatores de risco para a ideação suicida. Se o suicídio revela-se um evento complexo, pode-se pensar na amplitude da ideação suicida, principalmente porque a maioria delas constitui “ideações comunicadas” (BARRIOS et al., 2000). A identificação da ideação suicida apresenta limitações, principalmente porque não se trata de um sinal passível de observação direta e objetiva. Pode-se aventar, por exemplo, que as pessoas que sentem e não comunicam a ideação suicida podem ter-se calado por vergonha, medo, valores morais e religiosos (KUO et al., 2001; LONNQVIST, 2000).

A ideação suicida é mais prevalente entre as mulheres e está associada a baixas condições econômicas (WEISSMAN et al., 1999; KUO et al., 2001; SORENSON; GOLDING, 1988), apresentando menor incidência entre negras, viúvas ou separadas. Estudos não encontraram relação com religião e, quando diferentes aspectos de sofrimento psíquico são avaliados, sentimentos de desesperança, tristeza e depressão mostram-se ligados à ideação suicida (GOLDNEY et al., 2003).

Outro fator de risco para o suicídio são as doenças crônicas graves e incapacitantes, como é a aids. A ideação suicida em pessoas com hiv pode apresentar dois picos, o primeiro resultante do medo e da incerteza da revelação diagnóstica positiva para o hiv e o segundo em fases mais tardias da doença, quando começam a ocorrer sintomas incapacitantes, agudizados pela exclusão social que a doença provoca (PIRKIS et al., 2001; BOTEGA et al., 2005; WEISSMAN et al., 1999).

5 MÉTODO

5.1 Tipo de Estudo

Este é um estudo epidemiológico, transversal e de abordagem quantitativa. Utilizou-se o modelo transversal (JEKEL et al., 2005) por entender que estudar a violência de gênero e a ideação suicida em uma amostra de mulheres que vivem com hiv responde o problema de pesquisa e os objetivos inicialmente propostos. Este método objetiva mensurar a prevalência da violência de gênero e da ideação suicida entre mulheres com hiv.

A coleta das informações foi realizada através de um questionário em que se propôs ouvir os relatos da doença, das violências e da ideação suicida, procurando reconhecer e acolher as histórias de vida das mulheres, entendendo-as como singulares e únicas. Esse ato decorre do reconhecimento de que toda a pesquisa é (ou pode ser) um processo em que a entrevista dá voz e tira do anonimato o sujeito que participa. Buscou-se proporcionar, além da produção dos resultados e da pesquisa em si, a interação humana, o contato, o diálogo e a troca de afetos entre pesquisador e pesquisado.

5.2 Campo de Estudo

O estudo foi realizado no Serviço Regional de Assistência Especializada em DST/hiv/aids – (SAE) do município de Cruz Alta, região noroeste do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. O município é considerado de médio porte e possui uma população de 62.825 habitantes, sendo 52% de mulheres e 48% de homens (IBGE, 2012). A economia do município baseia-se em um forte setor primário, através da produção do trigo, soja e milho. A atividade da agricultura é, principalmente, realizada por comunidades familiares, que concentram a maior parte do capital financeiro circulante no município.

Os serviços especializados em hiv/aids realizam ações de prevenção, assistência e tratamento com diferentes configurações institucionais e administrativas: ambulatórios gerais, de especialidades, hospitais, unidades de

saúde e policlínicas, sendo administradas em instância municipal, estadual ou federal (BRASIL, 2010).

O objetivo do SAE é prestar atendimento integral aos usuários, por meio de equipes multiprofissionais compostas por médicos, psicólogos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas e assistentes sociais. Entre as principais atividades destacam-se os cuidados de enfermagem, orientações, apoio psicológico, atendimentos em infectologia, ginecologia, pediatria e odontologia, controle e distribuição de antirretrovirais, orientações farmacêuticas, realização de exames, distribuição de insumos de prevenção e atividades educativas.

O SAE de Cruz Alta é referência em DST/hiv/aids para os municípios da 9ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, perfazendo 12 cidades. A escolha pelo local do estudo considerou as altas taxas de incidência de aids e o processo de feminização da epidemia, estando o município estudado em sétimo lugar entre as 100 cidades com mais de 50 mil habitantes em casos de aids no Brasil (BRASIL, 2010).

Antes da pesquisa de campo foi contatada a coordenadora do SAE e solicitada autorização para a realização do estudo. O processo de negociação para a entrada de campo envolveu momentos de encontros com os profissionais que trabalhavam no SAE, onde foi apresentado o projeto, explicitado os objetivos, as questões éticas, os métodos utilizados e os possíveis benefícios para o serviço, o que proporcionou maior sensibilização dos profissionais e autorização para realizar o estudo.

5.3 População e Amostra

A população do estudo foi constituída por todas as mulheres que vivem com hiv nos municípios da 9ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul e que estavam cadastradas no SAE de Cruz Alta.

O tamanho da amostra foi calculado com o programa *Statdisk*, versão 8.4, considerando um nível de confiança de 95%, margem de erro de 3%, 200 mulheres cadastradas no serviço e uma prevalência de 50% para violência e ideação suicida. De acordo com estes parâmetros calculou-se o tamanho da amostra em 136 mulheres.

Foram encontradas e entrevistadas 161 mulheres que vivem com hiv e que estavam cadastradas no SAE de Cruz Alta no momento da coleta dos dados.

5.4 Critérios de Inclusão e Exclusão

O estudo teve como critérios de inclusão: mulheres que vivem com hiv, com idade maior ou igual a 18 anos de idade e cadastradas no SAE. Como critério de exclusão adotou-se a incapacidade de fornecer informações devido a doenças debilitantes.

5.5 Coleta dos Dados

Para atingir o propósito deste estudo foi aplicado pelo pesquisador um questionário estruturado por meio de entrevistas individuais, sendo abordadas questões relativas às características sociodemográficas, sexuais, reprodutivas e clínicas, além de perguntas sobre a presença de violência de gênero e ideação suicida.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de novembro de 2011 a março 2012, em sala reservada do SAE, em que se assegurou a privacidade e o conforto da entrevistada. Foram priorizados, para a coleta dos dados, momentos de livre demanda, principalmente quando as mulheres procuraram o serviço para consultas médicas, de enfermagem, psicológicas, realização de exames e retirada de medicamentos. O contato inicial com as mulheres foi realizado pelos profissionais que trabalhavam no SAE, sendo explicados os objetivos do estudo e como seriam realizadas as entrevistas.

As entrevistas foram realizadas pelo mestrando que desenvolveu a pesquisa, sendo supervisionado pela orientadora. Antes da coleta de dados, os pesquisadores realizaram grupos de discussão abordando questões relativas ao hiv, à violência de gênero, à ideação suicida, às questões éticas e às dificuldades da pesquisa, o que serviu como sensibilização prévia e subsidiou a construção coletiva do instrumento de coleta dos dados.

5.6 O instrumento de pesquisa

Para investigar as características sociodemográficas, sexuais, reprodutivas e clínicas das mulheres foi criado um instrumento com perguntas elaboradas pelos pesquisadores. As questões sociodemográficas buscaram conhecer a idade, a situação conjugal, a cor da pele, a escolaridade (em anos de estudo), a religião, a renda per capita da família (em salários mínimos) e o número de filhos. Com relação às características sexuais e reprodutivas foram buscadas informações referentes à idade da primeira relação sexual, ao parceiro(a) afetivo-sexual, ao uso de preservativo e aos filhos com hiv. As questões relativas às características clínicas abordaram o tempo de diagnóstico do hiv, o tratamento antirretroviral e as doenças oportunistas.

Para verificar a prevalência e os tipos da violência de gênero foram utilizadas 13 questões extraídas da versão nacional do instrumento *World Health Organization Violence Against Women* (WHO VAW), usado em um estudo multicêntrico internacional coordenado pela OMS entre os anos de 2000 a 2003 (GARCIA-MORENO et al., 2006), e validado no Brasil por Schraiber et al. (2010). O questionário é composto por um núcleo comum de perguntas relativas à violência de gênero.

Foram considerados os atos de violência psicológica, física e sexual sofridos em algum momento da vida. A violência psicológica foi entendida como intimidação, humilhação e desvalorização ocorrida de forma verbal. A violência física foi compreendida como agressões com objetos, empurrões, tapas, beliscões, agressões físicas com lesões temporárias, ameaças ou agressões com uso de arma, agressões físicas com cicatrizes, lesões permanentes e queimaduras. Os abusos sexuais foram entendidos como forçar o ato sexual, prostituição forçada, exploração sexual e outras formas de coação sexual (d'OLIVEIRA, 2000).

Foram abordadas as violências baseadas em gênero perpetradas por qualquer agressor: parceiro ou ex-parceiro íntimo, pessoas estranhas, familiares, conhecidos, amigos, vizinhos, colegas de trabalho ou estudo.

A partir das respostas em cada uma das questões do instrumento foram usados escores validados por Schraiber et al. (2010), considerando que respostas positivas em cada uma das 13 questões relacionadas às violências representaria um

ponto (+1) na contagem desse escore. A violência foi considerada presente a partir de um ponto no escore.

Para identificar a presença de ideação suicida foi utilizado o Questionário de Ideação Suicida (QIS). Esse instrumento é a versão portuguesa do *Suicide Ideation Questionnaire*, elaborado por Raynolds (1991), traduzido em português e adaptado por Ferreira e Castela (1999).

O QIS foi concebido com o objetivo de avaliar uma hierarquia de pensamentos relativos ao suicídio, que oscilam entre pouco e muito graves. O QIS é constituído por 30 itens em uma escala do tipo Likert que abordam a frequência do pensamento suicida em algum momento da vida, sendo disponibilizadas para cada item sete alternativas de resposta e suas respectivas pontuações: (0) Nunca, (1) Quase Nunca, (2) Raramente, (3) Às vezes, (4) Frequentemente, (5) Quase Sempre e (6) Sempre. Foi considerada ideação suicida a pontuação igual ou superior a 41 pontos (RAYNOLDS, 1991).

5.7 Análise Estatística dos Dados

Para o tratamento estatístico, os dados foram inseridos, organizados e analisados no programa *Statistical Package Social Sciences (SPSS)*, versão 20.0 for *Windows*.

Foi realizada análise exploratória e inferência estatística dos dados. A análise exploratória consistiu na descrição dos dados utilizando frequência simples de todas as variáveis. Para a inferência estatística, utilizaram-se procedimentos analíticos para verificar a presença de associações e comparações dos resultados encontrados a partir da amostra estudada, usando como desfecho a violência de gênero e a ideação suicida (BATANERO et al., 1991).

Os dados deste estudo são apresentados através de estatística descritiva, por meio de frequência absoluta e relativa, e estatística analítica, sendo elencados dois planos de análise: (1) foram consideradas como independentes as variáveis relacionadas às características sociodemográficas, sexuais, reprodutivas e clínicas, tendo como desfecho a violência de gênero; e (2) a violência foi considerada variável independente, tendo como desfecho a ideação suicida.

5.7.1 Plano de análise 1: violência de gênero

Considerou-se neste plano, como variáveis independentes, as características sociodemográficas, sexuais, reprodutivas e clínicas das mulheres entrevistadas, tendo como desfecho a violência. Foram consideradas as violências psicológicas, físicas e sexuais sofridas em pelo menos um episódio ao longo da vida.

Para análise dos dados do instrumento WHO VAW, foram utilizadas 13 questões relacionadas à violência (quatro psicológicas, seis físicas e três sexuais), sendo considerado que respostas positivas em cada questão representam um ponto na contagem do escore.

Foi realizada análise descritiva, através de frequência absoluta, frequência relativa, média e desvio padrão das variáveis relacionadas à violência psicológica, física e sexual, sendo posteriormente apresentado um gráfico de sobreposição da frequência dos três tipos de violência (Diagrama de Veen).

Foi realizada associação estatística, através do teste Qui-Quadrado, do teste de Correlação de Pearson e de regressão de Poisson das características sociodemográficas, sexuais, reprodutivas e clínicas das mulheres que sofreram e não sofreram violência, considerando significativo $p < 0,05$.

5.7.2 Plano de análise 2: ideação suicida

Este plano considerou como desfecho a ideação suicida e como variáveis independentes a violência, as características sociodemográficas, sexuais, reprodutivas e clínicas. Para análise do instrumento QIS, cada um dos 30 itens foi cotado respectivamente de 0 a 6. A pontuação total oscila entre 0 e 180, sendo descritos no texto a média e o desvio padrão dos escores encontrados. Ferreira e Castela (1999), no seu trabalho de tradução e adaptação para a população portuguesa, definiram um valor de 23,04 como média para a população feminina. Reynolds (1991) defende que uma pontuação igual ou superior a 41 pontos é indicativo de potencial risco de suicídio, o que foi considerado neste estudo como marcador da ideação suicida.

As variáveis categóricas foram associadas através do teste Qui-Quadrado, e as variáveis contínuas com distribuição normal pelo teste de Correlação de *Pearson*.

A ideação suicida foi associada com a violência e com as características sociodemográficas, sexuais, reprodutivas e clínicas. Foi considerada correlação fraca o coeficiente entre 0,10 a 0,30; moderada entre 0,40 a 0,60; e forte acima de 0,70 (DANCEY; REIDY, 2006).

Por fim, foi realizada regressão de Poisson para estimar as razões de prevalência para ideação suicida, considerando sua importância para a associação entre exposição e desfecho em estudos de corte transversal (COUTINHO et al., 2008). Nesse caso, a medida que expressou o risco para ideação suicida foi a razão de prevalência, que mediu a ideação suicida de acordo com as características das mulheres (SCHIAFINO et al., 2003; BARROS; HIRAKATA, 2003).

As razões de prevalência para ideação suicida, utilizando o modelo de regressão de Poisson, tiveram ajuste robusto da variância, intervalo de confiança de 95% e foi considerado significativo $p < 0,05$. Foram incluídas no modelo de regressão todas as variáveis independentes que apresentaram significância estatística ($p < 0,05$) no teste Qui-Quadrado: violência, tempo de hiv, idade da primeira relação sexual, número de filhos e renda.

5.8 Considerações Éticas

Esta pesquisa foi conduzida segundo a resolução específica do Conselho Nacional de Saúde (196/96) e seu projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob o número 22209.

A ética da pesquisa, de crucial importância neste estudo, considerou: (a) consentimento informado, elaborado com termos e linguagens especiais; (b) explicitação à entrevistada sobre seu direito de interromper a entrevista a qualquer momento, sendo informada, em especial, acerca do momento em que a entrevista iniciaria as questões específicas sobre violência e ideação suicida; (c) garantias prévias de suporte assistencial aos casos identificados que solicitassem assistência; e (d) suporte psicológico e ético aos pesquisadores de campo e às mulheres entrevistadas.

Dentre as mulheres que participaram do estudo, oito foram encaminhadas, após concordância, para acompanhamento psicológico no SAE, visto que apresentavam forte ideação suicida e sofriam violência de gênero.

Todos os cuidados éticos foram respeitados, principalmente o que concerne ao anonimato, confidencialidade e sigilo das informações prestadas, sendo os dados armazenados em local seguro, com acesso às informações limitada aos pesquisadores. A divulgação dos dados será realizada sem identificação dos participantes.

Esta pesquisa possuiu riscos imediatos ou tardios, implicando em sofrimento emocional da entrevistada, uma vez que fez lembrar situações de violência e ideação suicida. Entretanto, o fato de rememorar essas situações e poder ser ouvida produziu efeitos terapêuticos e possibilitou a ressignificação desses fatos pelas mulheres. Conhecer esses eventos, muitas vezes desconhecidos pelos próprios profissionais de saúde, tornou possível pensar e propor estratégias para o enfrentamento do problema e ajudar outras pessoas em situação de violência.

6 RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa enfocam os achados empíricos obtidos nas entrevistas e buscam responder a hipótese inicial do estudo, de que as mulheres que vivem com hiv são vulneráveis à violência e, conseqüentemente, à ideação suicida. Os dados estão apresentados em três blocos: características sociodemográficas, sexuais, reprodutivas e clínicas; violência de gênero; e ideação suicida. A associação estatística entre as variáveis independentes e os desfechos do estudo está apresentada em relação à violência de gênero e à ideação suicida.

6.1 Características sociodemográficas, sexuais, reprodutivas e clínicas

Das mulheres entrevistadas, 38,5% tinha menos de 20 anos de idade ($\bar{x}=18,9\pm7,2$), 38,5% era solteira, 54,0% tinha pele branca e 71,9% referira ter entre 1 e 8 anos de estudo ($\bar{x}=7\pm2,6$). A maior parte era católica (64,0%) e 72,7% possuía baixa renda, recebendo menos de dois salários mínimos ($\bar{x}=1,3\pm0,8$).

A amostra foi composta por mulheres que, em sua maior parte, teve a primeira relação sexual antes dos 15 anos de idade ($\bar{x}=14,3\pm2,2$), 72,7% tinha menos de três filhos ($\bar{x}=1,8\pm0,6$) e 64,6% não tinha companheiro/a com hiv. A maioria não fazia uso de preservativo nas relações sexuais (56,5%) e 95,7% não tinha filhos com hiv. Ao analisar as características clínicas foi possível observar que 54,0% vivia com hiv por mais de cinco anos ($\bar{x}=5,6\pm3,5$), 68,3% fazia uso de terapia medicamentosa com antirretrovirais e 67,1% não desenvolveu doenças oportunistas.

6.2 Violência de gênero

Nesta parte estão elencadas as questões relativas à violência de gênero, sendo enfocada a prevalência, a sobreposição dos diferentes tipos de violência e a associação estatística com as características sociodemográficas, sexuais, reprodutivas e clínicas.

Foi possível observar alta prevalência de violência de gênero entre as mulheres entrevistadas, sendo que o escore médio foi de 6,2 pontos no instrumento WHO VAW, em uma escala que oscila entre zero a 13 pontos. A Tabela 1 apresenta

a prevalência de violência psicológica, física e sexual sofrida pelas mulheres que vivem com hiv.

Tabela 1 - Prevalência de violência (psicológica, física e sexual) sofrida pelas mulheres que vivem com hiv. Cruz Alta, 2013.

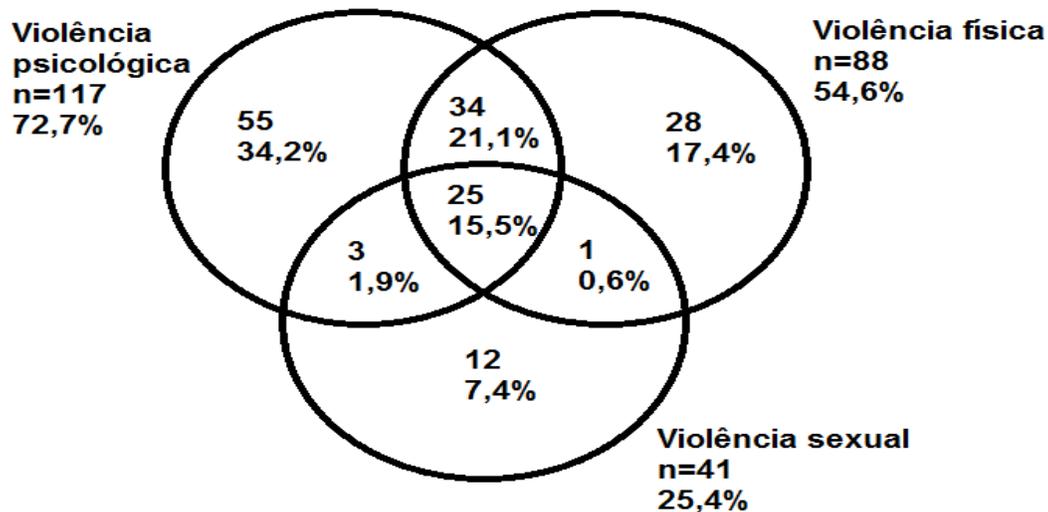
Violência sofrida na vida	n	%
Violência psicológica		
Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma	114	70,8
Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas	114	70,8
Fez coisas para assustá-la ou intimidá-la de propósito	117	72,7
Ameaçou machucá-la ou alguém de quem você gosta	112	69,6
Violência física		
Deu-lhe um tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la	88	54,6
Empurrou-a ou deu-lhe um tranco/chacoalhão	86	53,4
Machucou-a com um soco ou com algum objeto	72	44,7
Estrangulou ou queimou você de propósito	68	42,2
Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você	59	36,6
Violência sexual		
Forçou-a fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria	41	25,4
Você teve relação sexual porque estava com medo do que ele pudesse fazer	37	23,0
Forçou-a a uma prática sexual degradante ou humilhante	29	18,0

Fonte: Dados da pesquisa.

De acordo com a Tabela 1, percebeu-se que a prevalência de violência de gênero foi alta, visto que 72,7% das mulheres sofreram violência psicológica, 54,6% violência física e 25,4% violência sexual, com predomínio de relação sexual forçada.

A Figura 3 apresenta a prevalência sobreposta da violência psicológica, física e sexual através do diagrama de Venn.

Figura 3 - Tipos de violência de gênero sofrida por mulheres que vivem com hiv. Cruz Alta, 2013.



Fonte: Dados da pesquisa.

De acordo com a Figura 3, observou-se que grande parte das mulheres sofreu mais de um tipo de violência, sendo que 15,5% relataram os três tipos de violência. Ainda, 59,0% das mulheres sofreram violência exclusiva, e a psicológica apresentou a maior prevalência, seguida da física e da sexual.

6.3 Plano de análise 1: violência de gênero

Este plano de análise considerou, como variáveis independentes, as características sociodemográficas, sexuais, reprodutivas e clínicas das mulheres entrevistadas, tendo como desfecho a violência de gênero. Na Tabela 2, a amostra foi dividida em dois grupos (com e sem violência), sendo apresentadas as características de acordo com o desfecho. A associação estatística entre os grupos foi realizada através do teste Qui-Quadrado e a razão de prevalência para a violência foi obtida através da regressão de Poisson.

Tabela 2 - Características sociodemográficas, sexuais, reprodutivas e clínicas das mulheres que sofreram e não sofreram violência de gênero. Cruz Alta, 2013.

Características/Violência	Sim (n=117)		Não (n=44)		p
	n	%	n	%	
Características sociodemográficas					
Idade (anos)					0,469
< 20	29	24,7	10	22,8	
20 – 39	48	41,0	17	38,6	
40 - 70	40	34,1	17	38,6	
Estado civil					0,484
Casada	17	14,5	8	18,1	
Solteira	41	35,0	15	34,1	
Outra	59	50,5	21	47,8	
Cor da pele					0,865
Branca	61	52,1	26	59,0	
Negra	56	47,9	18	41,0	
Anos de estudo					0,453
Analfabeta	20	17,1	5	11,4	
1 – 8	78	66,7	30	68,1	
9 – 11	17	14,5	8	18,2	
12 e mais	2	1,7	1	2,3	
Religião					0,521
Católica	75	64,2	19	43,2	
Evangélica	12	5,9	16	36,4	
Outra	30	29,9	9	20,4	
Renda (salários mínimos)					0,167
≤ 2	104	88,7	38	86,4	
> 2	13	11,3	6	13,6	
Filhos					0,058
≤ 3	98	83,8	42	95,5	
> 3	19	16,2	2	4,5	
Características sexuais e reprodutivas					
Idade da primeira relação sexual					<0,001
≤ 15 anos	72	61,6	2	4,5	
> 15 anos	45	38,4	42	95,5	
Companheiro com hiv					0,846
Sim	41	35,0	16	36,3	
Não	76	65,0	28	63,7	
Uso de camisinha					0,582
Sim	60	51,2	20	45,5	
Não	57	48,8	24	54,5	
Filho com hiv					0,282
Sim	4	3,4	3	6,8	
Não	113	96,6	41	93,2	
Características clínicas					
Tempo de hiv (anos)					<0,001
≤5	37	31,6	37	84,0	
> 5	80	68,4	7	16,0	
Tratamento antiretroviral					0,885
Sim	81	69,2	29	65,9	
Não	36	30,8	15	34,1	
Doença oportunista					0,566
Sim	41	35,0	12	27,3	
Não	76	65,0	32	72,7	

Fonte: Dados da pesquisa.

As mulheres que sofreram violências eram jovens ($\bar{x}=33,2\pm 15,1$ anos) e 47,9% eram negras, mostrando sobreprevalência de violência nessa população, visto que no Rio Grande do Sul a população negra é de 15% (IBGE, 2012). A maioria das mulheres violentadas (66,7%) possuía apenas o ensino fundamental, era católica e recebia menos que dois salários mínimos ($\bar{x}=1,1\pm 0,4$). Quanto à vida sexual e reprodutiva, a maior parte teve a iniciação sexual antes dos 15 anos ($\bar{x}=14,1\pm 2,5$) e não costumava usar camisinha. Além do mais, a maioria possuía hiv há mais de cinco anos ($\bar{x}=7,9\pm 2,3$), fazia tratamento e apresentou doenças oportunistas. Maior número de filhos, início precoce da primeira relação sexual e maior tempo de hiv estiveram associados significativamente com a violência de gênero.

A Tabela 3 apresenta as razões de prevalência para a violência de gênero obtida através da regressão de Poisson. As variáveis que apresentaram significância no teste Qui-Quadrado entraram no modelo de regressão: tempo de hiv, idade da primeira relação sexual e número de filhos.

Tabela 3 - Razão de prevalência para violência de gênero entre mulheres que vivem com hiv. Cruz Alta, 2013.

Variável	RP	(IC 95%)	p
Tempo de hiv			<0,001
< 5 anos	1	-	
> 5 anos	1,02	(1,01; 1,03)	
Idade da primeira relação sexual			0,014
> 15 anos	1	-	
< 15 anos	1,01	(1,00;1,04)	
Filhos			0,531
< 3	1	-	
> 3	1,01	(0,96; 1,07)	

Fonte: Dados da pesquisa.

Viver a mais tempo com hiv e manter relação sexual antes dos 15 anos estiveram significativamente associados à violência de gênero. O maior número de filhos perdeu significância no modelo de regressão.

6.4 Ideação suicida

Neste bloco é identificada a presença de ideação suicida e apresentada a associação com as características sociodemográficas, sexuais, reprodutivas, clínicas e violência de gênero. Foi possível evidenciar que 50,9% das mulheres entrevistadas apresentaram ideação suicida, com média de 65,4 pontos na escala do QIS.

6.5 Plano de análise 2: ideação suicida

Este plano de análise teve como desfecho a ideação suicida e como variáveis independentes a violência de gênero, as características sociodemográficas, sexuais, reprodutivas e clínicas. A Tabela 4 apresenta as características das mulheres com e sem ideação suicida.

Tabela 4 - Características sociodemográficas, sexuais, reprodutivas, clínicas e violência entre mulheres que manifestaram e não manifestaram ideação suicida. Cruz Alta, 2013.

Características/Ideação Suicida	Sim (n=82)		Não (n=79)		p
	n	%	n	%	
Características sociodemográficas					
Idade (anos)					0,195
< 20	3	3,6	59	74,7	
20 – 39	40	48,8	18	22,8	
40 - 70	39	47,5	2	2,5	
Estado civil					0,376
Casada	13	15,9	11	13,9	
Solteira	31	37,8	25	31,6	
Outra	38	46,3	43	54,5	
Cor da pele					0,766
Branca	44	53,6	38	48,1	
Negra	38	46,4	41	51,9	
Anos de estudo					0,735
Analfabeta	10	12,2	13	16,5	
1 – 8	59	71,9	55	69,6	
9 – 11	13	15,9	11	13,9	
12 e mais	0	0	0	0	
Religião					0,525
Católica	50	61,0	53	67,1	
Evangélica	14	17,0	14	17,7	
Outra	18	22,0	12	15,2	
Renda (salários mínimos)					0,003
≤ 2	75	91,3	62	78,5	
> 2	7	8,7	17	21,5	
Filhos					< 0,001
≤ 3	65	79,2	77	97,4	
>3	17	20,8	2	2,6	
Características sexuais e reprodutivas					
Idade da primeira relação sexual					< 0,001
≤ 15 anos	58	70,7	23	29,1	
> 15 anos	24	29,3	56	70,9	
Companheiro com HIV					0,992
Sim	29	35,3	28	35,4	
Não	53	64,7	51	64,6	
Uso de camisinha					0,455
Sim	38	46,3	32	40,5	
Não	44	53,7	47	59,5	
Filho com hiv					0,226
Sim	2	2,4	5	6,3	
Não	80	97,6	74	93,7	
Características clínicas					
Tempo de hiv (anos)					<0,001
≤ 5	19	23,2	55	69,6	
> 5	63	76,8	24	30,4	
Tratamento anti retroviral					0,742
Sim	57	69,5	53	67,1	
Não	25	30,5	26	32,9	
Doença oportunistas					0,998
Sim	27	32,9	26	33,0	
Não	55	67,1	53	67,0	
Violência de gênero					
Violência					<0,001
Sim	78	95,1	40	50,6	
Não	4	4,9	39	49,4	

Fonte: Dados da pesquisa

A maioria das mulheres com ideação suicida era jovem ($\bar{x}=37,9\pm 15,2$), solteira e 47% era negra. A maior parte apresentava baixa escolaridade ($\bar{x}=7,0\pm 3,4$ anos de estudo), era católica, tinha baixa renda ($\bar{x}=1,2\pm 0,5$ salários mínimos) e dois filhos em média ($\bar{x}=2,2\pm 1,0$). Foi possível observar início precoce das relações sexuais ($\bar{x}=14,4\pm 2,6$), não uso de preservativo e longo tempo de hiv ($\bar{x}=8,9\pm 3,7$). A maioria das mulheres que manifestaram ideação suicida sofreu violência de gênero, e entre essas mulheres apenas quatro não sofreram violência. Baixa renda, maior número de filhos, início precoce da primeira relação sexual, maior tempo de hiv e violência de gênero são fatores estatisticamente associados com a ideação suicida.

A tabela 5 apresenta a associação bivariada, através do Coeficiente de Correlação de *Pearson*, entre violência e ideação suicida com as características sociodemográficas, sexuais, reprodutivas e clínicas. Considerou-se, em um primeiro momento, a violência como desfecho e, em seguida, como variável independente, apresentando como desfecho a ideação suicida.

Tabela 5 - Coeficiente de correlação de *Pearson* entre as características sociodemográficas, sexuais, reprodutivas e clínicas das mulheres que vivem com hiv, violência e ideação suicida. Cruz Alta, 2013.

Variável / Desfecho	Violência		Ideação Suicida	
	r	p	r	p
Idade	-0,066	0,408	-0,073	0,358
Anos de estudo	-0,037	0,644	-0,010	0,896
Renda per capita (em salários mínimos)	-0,25	0,160	-0,487	0,018
Número de filhos	0,146	0,065	0,339	<0,001
Idade da primeira relação sexual	-0,407	<0,001	-0,532	<0,001
Tempo que vive com HIV (em anos)	0,472	<0,001	0,431	<0,001
Violência (pontuação WHO VAW)	1	-	0,744	<0,001

Fonte: Dados da pesquisa.

Para a violência de gênero, foi possível observar correlação negativa moderada com a idade da primeira relação sexual e positiva moderada com o tempo de hiv. Para a ideação suicida houve correlação negativa moderada com a idade da primeira relação sexual, moderada positiva com o número de filhos e com o tempo de hiv, e correlação forte positiva com a violência de gênero.

A Tabela 6 apresenta os resultados da regressão de Poisson, sendo apresentada a razão de prevalência ajustada para a ideação suicida. As variáveis que apresentaram significância no teste Qui-Quadrado entraram no modelo final de

regressão: violência, tempo de hiv, idade da primeira relação sexual, número de filhos e renda.

Tabela 6 - Razão de prevalência bruta e ajustada para ideação suicida entre mulheres que vivem com hiv. Cruz Alta, 2013.

Variável	RP	(IC 95%)	p
Violência			0,003
Não	1	-	
Sim	5,70	(1,83;17,67)	
Tempo de hiv			0,018
≤ 5 anos	1	-	
> 5 anos	1,05	(1,00; 1,10)	
Idade da primeira relação sexual			0,044
> 15 anos	1	-	
≤ 15 anos	1,03	(1,01;1,06)	
Filhos			0,092
≤ 3	1	-	
> 3	1,06	(0,99; 1,14)	
Renda (em salários mínimos)			0,286
> 2	1	-	
≤ 2	1,04	(0,74;1,08)	

Fonte: Dados da pesquisa.

A ideação suicida esteve fortemente associada com a violência de gênero, sendo maior entre mulheres vítimas de violência, visto que apresentou a maior razão de prevalência entre as variáveis estudadas, mesmo que com intervalos de confiança amplos.

Dentre as variáveis que entraram no modelo final de regressão, a única que perdeu significância no ajuste foi renda. Considerando a razão de prevalência uma medida de associação, pode-se dizer que a prevalência de ideação suicida é maior em mulheres com tempo de hiv superior a cinco anos, com idade da primeira relação sexual menor que 15 anos e entre aquelas com maior número de filhos.

7 DISCUSSÃO

Este estudo evidenciou alta prevalência de violência de gênero e de ideação suicida em mulheres que vivem com hiv, confirmando a hipótese inicial da pesquisa e corroborando com outros estudos que encontraram resultados semelhantes (BARROS, 2011; HALE; VAZQUEZ, 2011). A relação hiv, violência e ideação suicida, determinada pelas desigualdades de gênero, é a expressão de múltiplas vulnerabilidade que se entrelaçam e incidem sobre a população feminina.

Mesmo que uma parcela das mulheres não tenha referido violência ou manifestado ideação suicida, ainda assim elas podem sofrer outras restrições ou exclusões decorrentes do hiv, como discriminação e preconceito. Muitas delas não reconhecem a violência sofrida, pois foram educadas no modelo patriarcal de sociedade, em que a violência de gênero é naturalizada. O mesmo acontece com a ideação suicida, que não referem por vergonha, medo ou desesperança (MENEGHEL, 2003).

O delineamento transversal desta dissertação não possibilitou estabelecer relações de causa/efeito. Assim, as mulheres podem ter sofrido violência e ter manifestado ideação suicida antes ou após a contaminação pelo hiv, o que caracteriza que a violência pode contribuir para a infecção ou a doença desencadear violências de gênero.

7.1 Violência de gênero

Os resultados deste estudo evidenciaram alta prevalência de violência de gênero entre mulheres que vivem com hiv. De acordo com a pesquisa, 72,6% das mulheres sofreram violência psicológica, 54,7% violência física e 25,4% sexual. Pesquisa realizada por Barros et al. (2011) encontrou resultados semelhantes, visto que 72% das mulheres com hiv foram vítimas de violência. Nesse mesmo estudo, em mulheres sem o vírus, a prevalência foi de 56%. Estima-se que a vulnerabilidade para violência seja duas vezes maior em mulheres que vivem com a infecção.

A sobreposição '*hiv e violência*' se caracteriza por uma complexa articulação de fatores: (1) as desigualdades de poder, que contribuem para as mulheres terem relações sexuais desprotegidas, são as mesmas que as vulnerabilizam para a violência; (2) o fato de viver com hiv, visto que é uma condição carregada de

estigma e culpa, potencializa a violência e (3) a situação de violência na vida das mulheres dificulta que busquem recursos para se proteger do hiv (HALE; VAZQUEZ, 2011).

Já foi descrito que a violência contínua sobre as mulheres ou o controle coercitivo vai minando a autoestima e a capacidade das mulheres de cuidarem de si e dos filhos (STARK et.al, 1983). Essa situação também faz com que elas se afastem paulatinamente de seus familiares, amigos e vizinhos e fiquem com menos chances de pedir ajuda (MENEGHEL, 2005).

A falta de autonomia, o assujeitamento e a perda da autoestima impedem o exercício do auto-cuidado, podendo levar à práticas sexuais de risco e resultar em contaminação pelo hiv. Também pode ocorrer que os companheiros façam sexo com outras pessoas, não usem preservativos ou exijam que elas façam sexo enquanto estão com infecções ginecológicas (MANE; AGGLETON, 1999).

Outro fato que potencializa a violência é a revelação diagnóstica. Mulheres que revelam sua soropositividade ao companheiro tornam-se vulneráveis à violência, principalmente se ele for soronegativo (GIELEN et al., 1997). Muitas vezes, o hiv foi transmitido por esse homem que a culpabiliza e lhe atribui a responsabilidade pela doença. Ainda, os homens encaram a realização do teste por suas companheiras como decorrente de relação extraconjugal, o que produz discussões, ciúmes, conflitos e violências (ZIERLER et al., 2000).

Violência sexual e sexo por obrigação conjugal produzem maior vulnerabilidade ao hiv, uma vez que, geralmente, ocorrem sem preservativo e podem causar lesões genitais ou anais que favorecem a infecção. Mulheres que sofrem abuso sexual, mesmo que não adquiram o vírus no ato violento, tornam-se vulneráveis ao hiv durante a vida, pois a violência sexual produz efeitos tão danosos que bloqueiam a autonomia das mulheres sobre o corpo e a sexualidade, ocasionando práticas sexuais inseguras ao longo da vida (DECKER et al., 2009).

Nesta pesquisa, um quarto das mulheres entrevistadas sofreu violência sexual, o que pode ter contribuído para a contaminação pelo hiv. Santos (2002) evidenciou abuso sexual em 22% das mulheres que viviam com o vírus, enquanto Drezett et al. (2001) mostraram que metade das vítimas de violência sexual são infectadas por alguma DST. Não existem dados oficiais sobre mulheres infectadas com hiv por violência sexual, mas estima-se que o risco seja de 2%. De qualquer

maneira, mulheres que sofrem repetidos abusos sexuais são mais vulneráveis (STACEY; FALIK, 2001).

O estigma gerado pelo fato da mulher viver com hiv também gera violência. Neste caso, a mulher é agredida em todos os espaços sociais através de preconceito ou discriminação, que frequentemente culpabiliza a vítima pela doença.

7.2 Ideação suicida

Este estudo evidenciou alta prevalência de ideação suicida entre mulheres que vivem com hiv, visto que mais da metade das entrevistadas a manifestaram. A relação entre hiv e suicídio é complexa e múltiplos fatores podem estar associados, desde estruturais até comportamentais (SCHLEBUSCH; VAWDA, 2010; SCHLEBUSCH, 2005). Assim, não é o fato de viver com hiv, por si só, que induz a mulher à ideação suicida, e sim um *mosaico* de condições vulnerabilizantes.

Não é fácil entendermos os fatores individuais, familiares, econômicos, culturais, psicológicos e sociais que podem conduzir a pessoa ao suicídio. Quão desesperada uma pessoa se sente para tentar a morte? Na maioria das vezes, a pessoa que se suicidou não conseguiu encontrar razão e estímulo para viver, não suportou as preocupações, não foi capaz de perceber a importância da vida ou não encontrou quem o auxiliasse frente a problemas ou condições que lhe pareceram sem solução (SILVA, 2012).

A ideação suicida em mulheres com hiv está associada ao fato de que a aids, em nossa sociedade, recebe a mesma carga de estigma provocada por outras doenças que, no passado, aterrorizaram populações. Assemelha-se à hanseníase nos tempos bíblicos, à peste na Idade Média e à sífilis e à tuberculose nos últimos três séculos (CASTANHA et al., 2006). Ainda, a aids possui uma conotação negativa, traduzida por angústia, medo e rejeição (SILVA, 2003; MARTIN, 1995).

A sociedade acentua o valor negativo e pejorativo à aids, difundindo temores referentes à facilidade de transmissão, à iminência da difusão generalizada da epidemia e o fato dela ser decorrente de atos ilícitos ligados à sexualidade, como promiscuidade e homossexualidade. Existe a ideia de que a aids é um castigo a comportamentos sexualmente transgressores, assumindo a metáfora da peste, encarada ao mesmo tempo como um castigo merecido por um grupo de “outros” e como uma doença que potencialmente ameaça a todos. A aids leva as pessoas a

serem consideradas doentes antes de adoecerem e induz a uma espécie de morte social que precede a morte física. Além do mais, apesar do avanço nos esquemas de medicamentos e no uso de “coquetéis”, ainda não existe cura e a doença é percebida como uma sentença de morte (SONTAG, 1996).

A ideação suicida pode ser resultado da complexa vivência com o hiv. Quando a pessoa é portadora do vírus, mas não da doença, há incertezas referentes a um *mal* que é real e irreal ao mesmo tempo. Ela passa a vivenciar uma condição limiar em que não é saudável e também não é doente (CASTANHA et al., 2006).

Em relação à doença, a ideação suicida pode ser proveniente do pânico diante do diagnóstico, do processo de adoecimento, da iminência e do medo da morte e da discriminação sofrida em todos os espaços sociais. Pode surgir do preconceito, da culpa, do abandono e da desestruturação familiar que a doença acarreta. O diagnóstico através de teste sem aconselhamento, apoio psicossocial inadequado ou inexistente e a ansiedade gerada antes de serem conhecidos os resultados dos exames potencializam o pensamento suicida (TURA, 1998).

O fato de conviver a mais tempo com o hiv sem que tenha surgido qualquer sintoma clínico coloca em dúvida a existência da infecção. Apesar da evolução terapêutica, ainda hoje a aids continua associada à morte e ao sofrimento, além de ser vista como doença terrível, letal, estigmatizante e discriminatória. As fases posteriores da doença vulnerabilizam as mulheres pela piora na qualidade de vida, acarretada pela incapacidade física, mental e social que a doença produz (CASTANHA et al., 2006; TURA, 1998).

Muitas mulheres que vivem com hiv, devido à debilidade que a doença traz, consideram o suicídio uma saída oportuna (SCHLEBUSCH; VAWDA, 2010; SCHLEBUSCH, 2005, SCHLEBUSCH, 2006). O suicídio também pode ser resultado da convivência com uma doença fatal, em que a perda da saúde é constante e progressiva, fato que também tem sido observado em outras doenças crônicas e fatais que produzem deformidade ou estigma social (SCHLEBUSCH; VAWDA, 2010; SCHLEBUSCH, 2005; GOLDNEY, 2005; SCHLEBUSCH, 2011).

Enfim, ausência de redes ou pouco apoio social, medo de divulgação da condição clínica, estigmatização, baixa condição socioeconômica e desemprego aumentam o risco de suicídio em pessoas que vivem com hiv. Viver com aids significa a possibilidade de perdas e diminui a ideia de que a vida é controlável, provocando medos, ansiedades, depressões e uma infinidade de conflitos

emocionais. A falta de perspectivas e a possibilidade de perdas contribuem para o aparecimento de ideias suicidas. Portanto, é importante avaliar as mulheres com hiv acerca do risco de suicídio através da observação, escuta e perguntas diretas sobre ideação suicida (GOLDNEY, 2006).

Mulheres que vivem com aids enfrentam a possibilidade de doenças oportunistas, dificuldade na adesão ao tratamento, discriminação e preconceito. Nos dias atuais, o hiv ainda é envolto por uma atitude de silêncio relacionado ao medo de rejeição. Os níveis de ideação suicida, associados ao hiv, evidenciam a importância de intervenções específicas no acompanhamento das mulheres que vivem com o vírus em todos os momentos da doença (CASTANHA et al., 2006).

7.3 Condições associadas à violência de gênero e à ideação suicida

Neste estudo, as variáveis que estiveram associadas à violência e à ideação suicida foram praticamente as mesmas. Houve relação com a idade precoce da primeira relação sexual, maior número de filhos, baixas condições financeiras e maior tempo de vida com hiv. Além disso, as mulheres que sofreram violência de gênero apresentaram risco cinco vezes maior de manifestar ideação suicida.

Mesmo que a variável renda não tenha sido estatisticamente significativa para a violência e tenha perdido significância no modelo de regressão para a ideação suicida, consideramos a pobreza um fator de vulnerabilidade para a violência de gênero e para a ideação suicida em mulheres com hiv.

7.3.1 Idade da primeira relação sexual

Os resultados desta pesquisa evidenciaram que a violência e a ideação suicida estiveram mais presentes na vida de mulheres que tiveram a primeira relação sexual antes dos 15 anos, idade que corresponde a uma etapa do desenvolvimento de maior vulnerabilidade (BRASIL, 2002). A idade da primeira relação sexual, nessas circunstâncias, pode ser considerada um marcador de gênero que reflete a fragilidade social da mulher, visto que, muitas vezes, é praticada sem o consentimento da mesma e muitas vezes resulta de abuso sexual. Mesmo em situações em que há uma aparente autonomia, a sociedade estimula a sexualização precoce das meninas e as deixa mais expostas a abusos. A idade da

primeira relação sexual, nesse caso, não é um fator isolado; atrelado a isso, estão situações de machismo e violência, que podem ser o cenário de abusos sexuais, sexo não consentido ou pressão social para que a jovem inicie um relacionamento (MENEGHEL, 2003).

A atividade sexual tem ocorrido entre jovens de todas as classes sociais, com início entre 11 e 15 anos (TAQUETTE, 2009). Ainda, muitas relações são praticadas sem preservativo, aumentando o risco de gravidez indesejada e de contrair DST/aids. A incidência de aids em mulheres é maior que em homens na faixa etária dos 13 aos 19 anos e houve uma antecipação do processo reprodutivo, cuja taxa de fecundidade aumentou de 17% para 23% nos últimos 10 anos (BRASIL, 2008).

O início da vida sexual pode ter contribuído para inúmeras vulnerabilidades, dentre elas o hiv, a violência e a ideação suicida, visto que o sexo pode ter sido sem o consentimento da mulher. As práticas sexuais podem ter sido resultantes de situações violentas, já que muitas jovens estão expostas ao abuso de familiares e conhecidos. A violência de gênero faz parte da vida dessas mulheres desde a adolescência, e suas consequências as acompanham ao longo da vida. As mulheres que são mais cruelmente vitimadas, principalmente por violência sexual, possuem maior risco de infecção por hiv e ideação suicida (SAFFIOTI, 2004; TEIXEIRA, 2010).

O abuso físico e sexual de mulheres jovens é resultante principalmente das desigualdades de gênero, potencializadas quando são provenientes de famílias pobres (CONARD; BLYTHE, 2003). As adolescentes são as principais vítimas de violência e exploração sexual. Além disso, as jovens comumente relacionam-se com cortes de homens mais velhos, o que aumenta a suscetibilidade à DSTs (TAQUETTE et al., 2003).

A violência de gênero e a ideação suicida na vida adulta estão associadas à idade da primeira relação sexual quando esta é, principalmente, resultante de iniciação sexual forçada, por vezes anterior à menarca, sem vínculo afetivo, tempo de relacionamento reduzido ou inexistente, e não uso de preservativos (EDGARDH, 2002). Abuso sexual e estupro provocam traumas psicológicos que podem ter várias consequências, entre elas a prática sexual desprotegida e maior vulnerabilidade à violência e à ideação suicida (ROBERTS et al., 2003).

A violência perpetrada por pessoas que tem o dever moral de cuidar da jovem produz danos à autoestima e dificuldades no autocuidado (RUSANY et al., 2003).

Essa violência é praticada sob o pretexto de educar e corrigir comportamentos não desejados, acarretando às jovens sentimentos de impotência e dificuldades para acharem seus próprios caminhos, tornando-as mais propensas a sofrer abusos (SOUZA; JORGE, 2004). Em consequência, as adolescentes são impelidas à busca de uma vida melhor fora do ambiente familiar. Algumas vêm na vida conjugal ou na prostituição a oportunidade de se livrarem dos problemas e ter maior autonomia sobre suas vidas. As que decidem sair de casa em busca de libertação da família se depararam com outras ameaças e violências (ASSIS, 2007).

Dessa forma, tanto na prostituição quanto no casamento a mulher fica exposta aos ditames do “patriarca”, e a violência, que antes era praticada pelos familiares, agora passa a ser exercida pelo marido ou pelos clientes. Gomes (1996), em pesquisa sobre prostituição feminina, observou que as adolescentes que se prostituem têm histórias de violência sexual e estrutural na adolescência e consequentes ideações suicidas.

Portanto, baixas condições financeiras, falta de acesso à educação e socialização nos moldes do patriarcado podem ser fatores que vulnerabilizam as mulheres, principalmente as mais jovens, expondo-as a práticas sexuais indesejadas e, conseqüentemente, à violência e à ideação suicida (PINHEIRO et al., 1994).

7.3.2 Maior número de filhos

Foi possível observar que a violência de gênero e a ideação suicida estiveram associadas ao maior número de filhos no contexto das mulheres que vivem com hiv. Esse fato pode estar relacionado ao baixo poder feminino nas decisões sexuais e reprodutivas, incluindo a decisão sobre o número de filhos, o planejamento familiar e o uso do preservativo (d'OLIVEIRA et al., 2009).

A maternidade, em sociedades patriarcais, é destino obrigatório para as mulheres, independente das condições sociais. Knauth (1997) afirma que o desejo de ter filho não pode ser dissociado da função social, pois representa a ideia de laço familiar, dá sentido ao casamento e garante o lugar das mulheres na esfera social, no patamar de esposas e mães sérias e respeitáveis.

Para *fugir* do controle/abuso do pai, as mulheres possuem urgência em casar, ter filhos e construir uma família tida como *ideal*. Segundo Saldanha e Figueiredo (2002) para muitas mulheres, o desejo de sair de casa e constituir uma família

"idealizada" contribui para uma postura de passividade diante de decisões relacionadas à ordem familiar, que as obrigam a realizar uniões rápidas e sem escolhas.

Nesse contexto, a mulher ocupa o papel de mãe, esposa e é a responsável pelo cuidado dos filhos, sendo culpabilizada quando ocorrem problemas com eles e penalizada com violência pelo marido. Portanto, quanto maior o número de filhos maior será a vulnerabilidade da mulher à violência devido à sobrecarga financeira, laboral e relacional que uma grande prole acarreta (STRIGHT; BALES, 2003). Ainda, o esforço demandado em amparar um número maior de filhos diminui as chances de romper com uma relação abusiva.

A educação dos filhos é uma tarefa árdua e complexa e é compartilhada de forma desigual entre homens e mulheres. As mulheres ficam responsáveis pela educação, alimentação, lazer, organização das atividades, cuidado dos filhos quando ficam doentes e demais aspectos do cotidiano familiar. As normas familiares tradicionais estabelecem o pai como provedor e a mãe como cuidadora, mesmo em famílias onde as mulheres têm ganho financeiro superior ou quando os maridos estão desempregados. Ainda quando os homens exercem atividades domésticas, essas envolvem responsabilidades diferentes das desempenhadas pelas mulheres, mantendo a divisão sexual do trabalho (STRIGHT; BALES, 2003; CINAMONM; RICH, 2002).

Muitas vezes, os filhos presenciam a violência sofrida pela mãe, o que diminui a capacidade das filhas se protegerem no futuro e aumentam as chances dos filhos serem violentos, induzindo a ideia de que a violência é natural do cotidiano familiar. (LEVENDOSKY, 2003; SOUZA, 2006). Além disso, os filhos podem ser obstáculos para a mulher denunciar o companheiro pela violência sofrida, visto que muitas vezes elas dependem economicamente dos maridos e a denúncia pode levar à separação, que significa perda econômica e diminui as condições de garantir o sustento dos filhos (HESTER et al., 2002).

Além do mais, as religiões, em sua maioria, são misóginas, patriarcais e impõe a falsa crença de que é um dever da mulher continuar o casamento por amor aos filhos e obediência aos maridos, mesmo quando há violência (ALMEIDA, 2004).

As mulheres que decidem pela separação ficam com maior responsabilidade pelo cuidado dos filhos, muitas vezes com poucos recursos financeiros, acarretando sobrecarga psicológica e social, o que pode contribuir para a ideação suicida. Essas

mulheres têm mais dificuldade de entrar no mundo do trabalho, pois o mercado privilegia o masculino e descarta as que têm outras responsabilidades, dando preferência às jovens, solteiras e sem filhos.

Ainda, a ideação pode surgir do medo e da responsabilização pela transmissão do hiv ao filho durante a gestação (JAFFE et al., 1990). Muitas vezes, é na gestação que a mulher descobre que vive com hiv, tendo que, além de aceitar o próprio diagnóstico, assimilar o risco da transmissão ao filho. Quando a criança recebe a sorologia positiva para o hiv, ocorre, mesmo que subrepticiamente, uma culpabilização da mulher pela infecção. Há também preocupação que os filhos sofram preconceito, que adoeçam e morram, potencializando a vulnerabilidade feminina ao suicídio (AZEVEDO; GUILHEM, 2005). Portanto, a sobrecarga laboral e econômica, a responsabilidade pelos filhos, somado ao fato de viver com hiv e sofrer violências gera uma pressão tão grande que pode resultar em ideação suicida.

7.3.3 Renda

Ao longo da última década, pesquisadores têm documentado a concentração do hiv em populações pobres, nas quais ocorrem com maior frequência migração e trabalho sazonal e maior desigualdade de gênero. Pobreza e desigualdade de gênero são condições que atuam interseccionalmente e tem contribuído para a contínua feminização da doença (PARKER; CAMARGO, 2000; SINGER, 1998).

Neste trabalho, embora todo o grupo de mulheres seja desprivilegiada economicamente, a violência e a ideação suicida estiveram associadas à mulheres que possuem renda familiar menor que dois salários mínimos. As mulheres têm se constituído em os “novos pobres do mundo”, tendo aumentado o número de famílias chefiadas por mulheres, que recebem menores salários que os homens, precisam ocupar os piores postos e realizam trabalhos menos valorizados e estafantes (FARMER, 1996).

Esse fenômeno acompanha a feminização da aids, que tem como consequência a violência e a ideação suicida, além de mostrar como as vulnerabilidades do gênero feminino estão associadas à pobreza. Esse processo pode também ser desencadeado pela inexistência de redes de proteção, falta de acesso a serviços assistenciais, baixa resolutibilidade das políticas públicas e outras

mazelas que atingem as populações femininas mais pobres (GIFFIN, 2002; PITT-RIVERS, 1971).

Nas camadas populares, é forte a preeminência simbólica da família tradicional, que reforça os preceitos patriarcais, legitima a violência e deixa suscetível ao suicídio a mulher que vive com hiv. A representação da família exprime-se através da divisão de papéis entre os gêneros, em que ao masculino está destinado o domínio público, dimensão consolidada na esfera do trabalho. Do outro lado, emerge o privado, espaço associado à interioridade e ao domínio do natural, portanto espaço feminino. Ser homem significa exercer com firmeza o papel de provedor material e moral, o que garante respeito por parte do grupo e perante o universo social que o rodeia. À mulher, em contrapartida, está associado o desempenho de tarefas domésticas, funções menos valorizadas socialmente (COUTO et al., 2007).

Quando esse modelo de família e de relações entre os gêneros "colide" com uma realidade social que impulsiona os sujeitos a atuarem em outras esferas (a rua, para as mulheres que precisam sair à busca de trabalho; e a casa, para os homens que, desempregados, se vêem impossibilitados de cumprir o papel de provedor econômico e moral), tensões e conflitos se acirram. Isso porque a hierarquia social foi quebrada, e a ruptura nas regras do relacionamento permeia os relatos de agressores e vítimas sobre a violência (COUTO et al., 2007). Ciúme, traição e vingança, recusa em desempenhar o "papel correto" de esposa/companheira (ser recatada, servir sexualmente o homem, aceitar traição) fazem parte dos discursos de mulheres que sofrem violência, mas também de homens, sobre as causas alegadas das agressões às mulheres (SUAREZ et al., 1999)

Para muitas mulheres, a necessidade de trabalho pelo agravamento da pobreza acarreta "dupla jornada", acumulando responsabilidades não somente na esfera doméstica, mas também na provisão material da família. A participação das mulheres no mundo do trabalho, mesmo trazendo contribuições complementares, pode produzir sentimentos contraditórios, acirrar tensões e gerar violência por parte do companheiro (DANTAS-BERGER; GIFFIN, 2002).

A pobreza, isoladamente, não gera violência e ideação suicida, e os moradores de bairros populares e favelas não devem ser estigmatizados. Entretanto, tais áreas concentram a maior proporção de violência de gênero e homicídios

femininos (FREITAS et al., 2000; MINAYO; SOUZA, 1993; MENEGHEL; HIRAKATA, 2011).

Têm-se enfatizado a poderosa interação entre a pobreza e outras formas de desigualdade, instabilidade e discriminação social na disseminação da epidemia do hiv. Além do mais, a pobreza, associada à migração e à mobilidade social em resposta a imperativos econômicos relaciona-se ao hiv, a violência e ao suicídio (SINGER, 1998).

A relação entre pobreza, hiv, violência e ideação suicida sugere que fatores políticoeconômicos que impulsionaram a epidemia estão ligados à organização social do patriarcado, cujas hierarquias fazem as mulheres – em especial as mais pobres – extremamente vulneráveis. Não obstante, têm sido raros os estudos aprofundados a respeito do gênero como fator determinante – em contraposição a estudos comportamentais – na determinação da transmissão do hiv (DANTAS-BERGER; GIFFIN, 2002; SILVERMAN et al., 2008).

7.3.4 Maior tempo de vida com hiv

Atualmente, tem se observado um recrudescimento da aids enquanto temática que se acreditava esquecida: a da doença-cataclismo coletivo, ou epidemia que ameaça a sociedade (SONTAG, 1996). Neste estudo, mulheres que vivem com hiv em períodos acima de cinco anos relataram frequências maiores de violência de gênero e ideação suicida, visto que são vítimas a mais tempo de preconceitos, rejeição social, medos e angústias desencadeadas pela doença (SILVA, 2003).

Viver a mais tempo com hiv denota à pessoa uma condição de “paciente” que, etimologicamente, quer dizer “sofredor”. O que mais se teme, no caso da aids, não é apenas o sofrimento, mas o sofrimento degradante. Todas as doenças que atormentam a imaginação coletiva levam a uma morte dolorosa, ou se imagina que o façam. Não basta a doença ser letal para que cause terror. Essa condição nem sequer é necessária, como se vê com a lepra, talvez a mais estigmatizada de todas as doenças, embora raramente fatal e de difícil transmissão (SONTAG, 1996).

O primeiro impacto produzido pela aids é o do diagnóstico, seguido da necessidade da reestruturação e manutenção da vida. A construção de uma nova identidade após o adoecimento constitui-se num processo dinâmico e complexo, que consiste em assimilar e produzir, de forma ativa, conhecimentos acerca da doença.

Com o passar do tempo, a aids é integrada nas esferas da vida como um aspecto a mais, sem que isso implique sua banalização. Trata-se de um tipo de gestão racional da doença, em que as angústias despertadas pelo diagnóstico são canalizadas para as questões do cotidiano (SALDANHA, 2003).

Por outro lado, ao se deparar com a positividade para a infecção, ainda assintomática, a mulher defronta-se com o desconforto e o mal estar gerados pelo diagnóstico. Mais tarde, o aparecimento de sintomas, as infecções secundárias, o uso de medicamentos, os para-efeitos da terapêutica e as mudanças corporais fazem com que ela volte a sofrer com a constatação do inexorável avanço da enfermidade (SONTAG, 1996).

A aids assume um caráter desumanizador, e se a doença é o maior sofrimento, o maior sofrimento da doença é a solidão. Quando o caráter infeccioso impede a vinda daqueles que poderiam ajudar – familiares, amigos, vizinhos – a situação se torna uma proscricção, uma excomunhão para a mulher, algo degradante, causando sofrimento intenso (SONTAG, 1996).

Após a introdução dos antirretrovirais, a aids assemelhou-se a outras doenças crônicas, como o diabetes e o câncer, o que permitiu experienciar por mais tempo a doença. Entretanto, preconceito, discriminação e violência podem estar presentes em todos os momentos da vida do portador de hiv, e essa situação de exclusão pode ser um dos fatores que induzem à ideação suicida (SALDANHA, 2003). Apesar da terapêutica ter prolongado a vida das mulheres, viver com hiv impõe limitações sociais, profissionais, afetivas, dificuldade de manter relacionamentos sexuais e decisões reprodutivas (MALBERGIER, 2000).

A cronicidade da aids permitiu que muitas mulheres com mais tempo de diagnóstico naturalizassem a doença e não acreditassem serem portadoras do vírus, ocasionando descuido com a saúde e doenças oportunistas. Apesar do avanço terapêutico, com o passar do tempo a aids causa baixa qualidade de vida e é uma doença potencialmente letal, e conviver com a ideia da morte é sempre uma situação limite que gera sofrimento (MALBERGIER, 2000).

Segundo Tura (1998), a morte causada pela aids está apresentada como elemento central das representações sociais, vista como terrível, premeditada, lenta e que potencializa a discriminação do “outro” que não se previne. Apesar da evolução terapêutica e da reinterpretação da doença, mantém-se o preconceito na sociedade.

O preconceito atinge as mulheres que vivem com hiv, influenciando-as na percepção da doença e no convívio social. Elas se culpam pelo que não podem reverter e são culpabilizadas pela sociedade, já que contrair hiv implica em transgressão e a sociedade recrimina os que ameaçam o corpo social por não seguirem as normas (MARTIN, 1995).

Com o prolongamento do tempo de sobrevida, se impõe uma releitura das dinâmicas das relações afetivas, e o isolamento começa a se tornar cada vez mais presente e comum entre os portadores. Manter o segredo sobre a condição de portador parece ser a saída mais adequada, e este auto-isolamento pode resultar, além de exclusão da vida social e sexual, em suicídio (TEIXEIRA, 2000).

7.3.5 Violência e ideação suicida

Este estudo evidenciou forte associação entre violência de gênero e ideação suicida. As mulheres que vivem com hiv e sofreram algum tipo de violência apresentaram prevalência cinco vezes maior de manifestar ideação suicida.

A ideação e o suicídio já foram identificados como consequências da violência de gênero sofrida por mulheres (DEVRIES et.al, 2011). Porém, a categoria gênero têm sido secundarizada ao se analisar a determinação de eventos vitais, o que torna de grande relevância o estudo dos comportamentos pautados em gênero em relação ao hiv, violências e suicídio (MENEHEL et al., 2012). A violência, nesse caso, é considerada um importante marcador de desigualdade de gênero entre homens e mulheres e pode ser mais grave ao se tratar de populações que vivem com aids.

As normas de gênero, os códigos de honra e a violência representam o cenário que acrescenta maior propensão ao suicídio. Neste estudo, entendemos que a ideação suicida decorre da situação de violências e vulnerabilidades sofridas pelas mulheres, e não de doença mental. Procuramos não focar o suicídio como uma patologia, entendendo que o sofrimento mental pode decorrer de comportamentos sociais e não precisa ser patologizado. Há na literatura uma supervalorização da associação entre suicídio e perturbações mentais (PARKAR; DAWANI, 2008; MONNIN et al., 2012) em que o suicídio é percebido como sintoma de psicopatologia individual e não como um comportamento social.

As feminilidades e as masculinidades pautadas no modelo do patriarcado, um sistema de poder no qual os homens controlam as mulheres (RODRIGUEZ, 2006),

tem penalizado ambos os sexos em relação ao comportamento autoagressivo. No contexto das hierarquias de poder entre os gêneros, a autoaniquilação pode ser percebida como a última estratégia disponível pelos que têm menos poder para influenciar o comportamento dos que detêm maior parcela de poder (CANETTO, 2008).

Desigualdades de gênero e violências estão presentes na vida de mulheres que se suicidam (MENEGHEL et al., 2012). Nesse caso, a violência decorre dos papéis de gênero socialmente instituídos e do modo como os sujeitos são socializados (OLIVEIRA, 2004; GROSSI, 1995).

As culturas de honra são fieis mantenedoras dos padrões tradicionais de gênero, exigindo que homens e mulheres sigam os códigos de conduta, segundo os quais a reputação feminina é avaliada. Quando as mulheres infringem esses códigos morais cabe aos homens penalizá-las. Esses arranjos acontecem no contexto de culturas patriarcais que enfatizam os papéis de gênero e fragilizam as mulheres, colocando em risco ao HIV e à violência e, conseqüentemente, as levam a pensar em suicídio como modo de fugir da situação de opressão e sofrimento (VANDELLO; COHEN, 2003; OSTERMAN; BROWN, 2011).

A submissão às normas sociais de gênero faz parte da vida de mulheres que vivem com HIV e que manifestam idéias suicidas. Essa ideação se agrava quando são submetidas a violências, exercem atividades profissionais estafantes e mal remuneradas e ficam responsáveis pela manutenção da família, mesmo doentes. A autoimolação é um tipo de suicídio utilizado por mulheres em contextos de desigualdades, quando se encontram desempoderadas e fazem da própria morte uma denúncia (SHAHMANESH et al., 2009).

Estudo da OMS mostra alta prevalência de mulheres que relataram algum episódio de violência física ou sexual cometida pelo companheiro. As que sofreram violência relataram duas a três vezes mais ideação suicida do que as que não sofreram (DEVRIES et al., 2011). Em Porto Alegre, Krombauer e Meneghel (2005) encontraram associação entre violência de gênero e ideação suicida.

Mulheres que sofrem violências podem sofrer danos permanentes na autoestima e autoimagem, tornar-se menos seguras do seu valor e mais propensas à depressão. A violência de gênero está relacionada ao suicídio, e a falta de espaços de escuta potencializa essa vulnerabilidade (AYRES et al., 1999).

Este estudo evidenciou que mulheres que vivem com hiv e que sofrem violência de gênero são vulneráveis à manifestar ideação suicida, principalmente pelo sofrimento produzido pela aids e pelos danos psicológicos e sociais resultantes do fato de sofrer violência. O uso da categoria gênero contribui para ampliar a compreensão da relação entre “hiv, violência e ideação suicida” e ajuda a esclarecer aspectos que precisam ser incluídos nas abordagens de atenção à saúde da mulher.

8 CONCLUSÃO

Os achados deste estudo referem-se a um fenômeno comum e ainda pouco estudado: a relação entre violência de gênero e ideação suicida, cuja prevalência foi elevada em mulheres que vivem com hiv. Os fatores que incrementaram e potencializaram a vulnerabilidade feminina foram o início precoce da atividade sexual, o maior número de filhos, a pobreza e o tempo de vida com hiv. As mulheres que sofreram violência tiveram maior propensão a manifestar ideação suicida.

Esta investigação apresenta limitações decorrentes do modelo de estudo, que inclui o fato de não poder estabelecer relações de causa/efeito. Assim, não foi possível evidenciar se a violência foi perpetrada em decorrência da aids ou se a doença foi causada por consequência da violência, ocorrendo o mesmo com a ideação suicida. Entretanto, este estudo proporcionou aventar hipóteses acerca da forte relação entre violência e ideação suicida em mulheres que vivem com hiv. Sugere-se a realização de outras investigações acerca da temática, principalmente com metodologias qualitativas, para que se possa compreender em profundidade as histórias de violência e de ideação suicida na vida de mulheres com hiv.

Urge a necessidade de adoção de estratégias de enfrentamento das situações de violência e do suicídio como parte integrante das políticas voltadas às pessoas que vivem com hiv. Organizações profissionais e organismos internacionais (OPAS, 1998) têm concentrado esforços para estimular os serviços de saúde a serem mais sensíveis à violência de gênero (SCHRAIBER et al., 2002; SCHRAIBER et al. 2007) e ao suicídio.

As desigualdades de gênero precisam ser consideradas e reconhecidas quando são abordadas questões relativas à violência e à ideação suicida, para que o problema seja compreendido em sua *raiz*, e não somente a partir das consequências. Discutir a relação *gênero/hiv/violência/suicídio* – ainda invisibilizada nos serviços de saúde - mostrou-se importante como reflexão crítica que oferece subsídios para a formulação de propostas de melhoria da qualidade de vida das mulheres que vivem com hiv.

REFERÊNCIAS

- ABRAMSKY, T et al. What factors are associated with recent intimate partner violence? findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. **BMC Public Health**, v.11, n.5, p. 109, 2011.
- ALMEIDA, R. Religião na Metrópole Paulista. **Revista brasileira de ciências sociais**, v. 19, n.56, p. 115-121, 2004.
- ALVES, J. A. L. **Os direitos humanos como tema global**. São Paulo: Perspectiva, 1994.
- AQUINO, E. M. L. Gender and health: profile and trends of the scientific production in Brazil. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n.Esp, p.121-132, 2006.
- ASSIS, S. G. A adolescente e a violência. In: TAQUETTE, S. R, organizadora. **Violência contra a mulher adolescente-jovem**. Rio de Janeiro: EdUERJ; p.25-9, 2007.
- AZEVEDO, A. F; GUILHERM, D. A vulnerabilidade da gestante na situação conjugal de sorodiferença para o hiv/aids. DST. **J bras Doenças Sex Transm**, v.17, n.3, p.189-196, 2005.
- AYRES, J. R. et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: BARBOSA, R. M; PARKER, R. organizadores. **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/São Paulo: Editora 34; p. 49-72, 1999.
- BARBOSA, R. M. Feminismo & AIDS. In: PARKER, R.; GALVÃO, J. organizadores. **Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Relume Dumará/Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS/Instituto de Medicina Social, Artmed, 2005.
- BARBOSA, R. M. Negociação sexual ou sexo negociado: poder, gênero e sexualidade em tempos de AIDS. In: BARBOSA, R. M.; PARKER, R. organizadores. **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidade e poder**. São Paulo: Ed. 34; p. 73-88, 1999.
- BARRIOS, L. C. et al. Suicide ideation among US college students. Associations with other injury risk behaviors. **J Am Coll Health**, v.48, n.5, p.229-233, 2000.
- BARROS, A. J.; HIRAKATA, V. N. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. **BMC Med Res Methodol**, v.3, n.21, p. 117-125, 2003.
- BARROS, C. R. S.; SCHRAIBER, L. B.; FRANÇA-JUNIOR, I. Associação entre violência por parceiro íntimo contra a mulher e infecção por HIV. **Rev. Saúde Pública**, v.45, n.6, p.365-372, 2011.

BASTOS, F. I.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. **Cad Saúde Pública**, v. 16, n.supl 1, p.65-76, 2000.

BASTOS, F. I. **Aids na terceira década**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 104 pp. (Coleção Temas em Saúde), 2006.

BATANERO, C.; ESTEPA, A.; GODINO, J. D. Analisis exploratorio de datos: SUS posibilidades en la enseñanza secundaria. **Suma**, v. 9, n. 6, p.25-31, 1991.

BERER, M. **Mulheres e HIV/AIDS: um livro sobre recursos internacionais**. São Paulo: Brasiliense: 1997.

BIGLIA, B.; SAN MARTÍN C. (coords.) **Estado de wonderbra. Entretejiendo narraciones feministas sobre las violencias de género**. Barcelona: Virus Editorial. 2007.

BOTEGA, N. J. et al. Suicidal behavior in the community: Prevalence and factors associated with suicidal ideation. **Rev Bras Psiquiatr**, v.27, n.4, p. 45- 53. 2005.

BOTEGA, N. J. et al. Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.25, n.12, p.2632-2638, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico: Aids e DST**. v. 3, n.1, 01^a - 26^a Semanas epidemiológicas, 2006.

_____. _____. _____. v.5, n.1, 2008.

_____. _____. _____. v.6, n.1, 2010.

_____. _____ **Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço**. Brasília (DF); 2002.

BREZO, J. et al. Natural history of suicidal behaviors in a population-based sample of young adults. **Psychol Med**, v.37, n.11, p.1563-1574, 2007.

BRITO, A. M.; CASTILHO, E. A.; SZWARCOWALD, C. L. Regional patterns of the temporal evolution of the AIDS epidemic in Brazil following the introduction of antiretroviral therapy. **Braz J Infect Dis**, v.9, n, 1, p.9-19, 2005.

BRUCE, M. L. et al. Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: a randomized controlled trial. **JAMA**, v. 291, n, 7, p.1081-1091, 2004.

CALLANAN, V. J.; DAVIS, M.S. Gender differences in suicide methods. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v. 47, n.6, p. 857-69.

CAMPBELL, J. C. Health consequences of intimate partner violence. **Lancet**, v.359, n.9314, p.1331-1336, 2002.

CANETTO, S. Women and Suicidal Behavior: a cultural analysis. **American J of Orthopsychiatry**, v.78, n.2, p. 259-266, 2008.

CARABAJAL, L. G.; FERNANDEZ, F. Violencia y poder. **Cuad. Fac. Humanid. Cienc. Soc**, v.38, n.5, p.41-57, 2010.

CARTY, D. C. et al. Racism, health status, and birth outcomes: results of a participatory community-based intervention and health survey. **J Urban Health**, v.88, n.1, p.84-97, 2011.

CARVALHAES, F. F.; FILHO, F. S. T. Histórias de vida de mulheres HIV + ativistas: mudanças e permanências. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v.20, n.2, p.256, 2012.

CARVALHO, J. A. **O amor que rouba os sonhos: Um estudo sobre a exposição feminina ao HIV**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

CASIQUE, L.; FUREGATO, A. R. F. Violência contra mulheres: reflexões teóricas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.14, n.6, p.950-956, 2006.

CASSORLA, R. M. S.; SMEKE, E. L. M. Autodestruição humana. **Cad Saúde Pública**, v.10, n.Supl 1, p.61-73, 1994.

CASTANHA, A. R. et al. Aspectos psicossociais da vivência da soropositividade ao HIV nos dias atuais. **Psico**, v. 37, n. 1, pp. 47-56, 2006.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention. **HIV/AIDS surveillance report**. US Department of Health and Human Services Public Health Service: Atlanta, Georgia, 2001.

CHARLES, N. **Feminism: the state and social policy**. Londres: Mac-Millan, 2000.

CHAUÍ, M. **Introdução à Filosofia**. Porto Alegre: Ed. Bertand Brasil, 1999.

CHOI, K. H. et al. Sexual harassment, sexual coercion, and HIV risk among U.S. adults 18-49 years. **Aids Behav**, v. 2, n.1, p.33-40, 1998.

CINAMONM, G. R.; RICH, Y. Gender differences in the importance work and family roles: Implications for workfamily conflict. **Sex Roles**, v.47, n.11/12, p. 531-541, 2002.

CLADEN - Comitê Latino-Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher. **Questão de vida: balanço regional e desafios sobre os direitos das mulheres a uma vida livre de violência**. Lima: CLADEN, 2000.

CONARD, L. A.; BLYTHE, M. J. Sexual function, sexual abuse and sexually transmitted diseases in adolescence. **Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol**, v. 17, n.1, p.103-16, 2003.

COSTA, J. S. F. Balint e amor. In: **Cultura da Ilusão**. Rio de Janeiro: Contra Capa, p. 37-65, 1998.

COUTINHO, L. M. S.; SCAZUFCA, M.; MENEZES, P. R. Métodos para estimar razão de prevalência em estudos de corte transversal. **Rev Saúde Pública**, v.42, n.6, p.992-998, 2008.

COUTO, M. T. et al. Concepções de gênero entre homens e mulheres de baixa renda e escolaridade acerca da violência contra a mulher, São Paulo, Brasil. **Ciênc e Saúde Coletiva**, v.11, n. Sup, p.1323-1332, 2007.

d'OLIVEIRA, A. F. L. P. **Violência de gênero, necessidades de saúde e uso de serviços em atenção primária**. 2000. (tese). São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2000.

d'OLIVEIRA, A. F. P. L et al. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n.2, p. 299-311, 2009.

DAHROUGE, S. et al. An evaluation of gender equity in different models of primary care practices in Ontario. **BMC Public Health**, v.10, n. 6, p.151-162, 2010.

DANCEY, C.; REIDY, J. **Estatística Sem Matemática para Psicologia: Usando SPSS para Windows**. Porto Alegre, Artmed, 2006.

DANTAS-BERGER, S. M.; GIFFIN, K. A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.2, p.417-425, 2005.

DECKER, M. R. et al. Intimate partner violence functions as both a marker and risk factor for women's HIV infection: findings from Indian husband-wife dyads. **J Acquir Immune Defic Syndr**, v. 51, n.5, p.593- 600, 2009.

DOMENACH, JM. La violencia. In: **La violencia y sus causas**. Paris, UNESCO, 1981.

DEVRIES, K. et al. Violence against women is strongly associated with suicide attempts: evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. **Soc Sci Med**, v.73, n. 9, p.79-86, 2011.

DREZETT, J. et al. Estudo de mecanismos e fatores relacionados com o abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino. **Jorn de Pediatria**, v. 77, n. 5, p.117-126, 2001.

EDGARDH, K. Sexual behaviour and early coitarche in a national sample of 17 - year-old Swedish boys. **Acta Paediatr**, v. 91, n.9, p. 985-991, 2002.

FARMER, P.; CONNORS, M. S. J. **Women, Poverty, and AIDS: Sex, Drugs and Structural Violence**. Monroe: Common Courage Press, 1996.

FAWCETT, J.; CLARK, D. C.; BUSH, K. A. Assessing and treating the patient at risk for suicide. **Psychiatr Ann**, v. 23, n. 7, p. 244-56, 1993.

FERNANDES, A. M. S. et al. Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde com relação às doenças de transmissão sexual. **Cad Saúde Pública**, v.16, p.103-12, 2000.

FERREIRA, J.; CASTELA, M. Questionário de ideação suicida (Q.I.S). In: SIMÕES, M. R.; GONÇALVES, M. M.; ALMEIDA, L. S. **Testes e provas psicológicas em Portugal** (pp. 129-130). Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais, 1999.

FONCK, K. et al. Increased risk of HIV in women experiencing physical partner violence in Nairobi, Kenya. **Aids Behav**, v.9, n.3, p.335-339, 2005.

FONSECA, M. G.; SZWARCOWALD, C. L.; BASTOS, F. I. Análise sociodemográfica da epidemia da AIDS no Brasil, 1989-1997. **Cad Saude Publica**, v.36, n.7, p.678-685, 2005.

FOUCAULT, M. **Power and knowledge**. New York, Pantheon Books. 1980.

FREITAS, E. D. et al. Evolução e distribuição espacial da mortalidade por causas externas em Salvador. **Cad Saúde Pública**, v.16, n.7, p.109-18, 2000.

GALVÃO, M. T. G.; CERQUEIRA, A. T. A. R.; MACHADO, M. J. Avaliação da qualidade de vida de mulheres com HIV/AIDS através do HAT-QoL. **Cad Saúde Pública**, v.20, n.2, p.430-437, 2004.

GARCIA-MORENO, C. et al. Violence Against Women. **Science**, v.310, n.5752, p.1282-1283, 2005.

GARCIA-MORENO, C. et al. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. **Lancet**, v.368, n.9543, p.1260-1269, 2006.

GIELEN, A. C. et al. Women's disclosure of HIV status: experiences of mistreatment and violence in an urban setting. **Wom Health**, v.25, n.3, p.19-31, 1997.

GIFFIN, K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cad Saúde Pública**, v.18, n.Suplemento, p.103-112, 2002.

GILI-PLANAS, M. et al. Suicidal ideation, psychiatric disorder, and medical illness in a community epidemiological study. **Suicide Life Threat Behav**, v.31, n.7, p.207-213, 2001.

GOLDNEY, R.D. et al. Population attributable risk of major depression for suicidal ideation in a random and representative community sample. **J Affect Disord**, v.74, n.10, p.267-72, 2003.

GOLDNEY, R. Suicide Prevention: A Pragmatic Review of Recent Studies. **Crisis**, v.26, n.3, p. 116-125, 2005.

GOMES, R. **O corpo na rua e o corpo da rua: a prostituição infantil feminina em questão**. São Paulo; Unimarco; 284 p, 1996.

GORRESE, G.; JABLONSKI, B. Da comunicação do afeto ao afeto da comunicação: as cartas de fãs de telenovelas. **Interações**, v.7, n.14, p. 35-58, 2002.

GREGORI, M. F. **Cenas e queixas: um estudo sobre mulheres, relações violentas e a prática feminista**. São Paulo, Paz e Terra/Anpocs, 1993.

GROSSI, M. P. Masculinidades uma revisão teórica. **Antropologia em primeira mão**, v.1, n.8, p.1-37, 1995.

GUILHEM, D. **Escravas do Risco: bioética, mulheres e Aids**. Brasília: Editora UnB/Finatec; 2005.

HALE, F.; VAZQUEZ, M. **Violence Against Women Living with HIV/AIDS: A Background Paper**. Washington D.C. USA. 2011.

HARRIS, E. C.; BARRACLOUGH, B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. **The British Journ of Psychiat**, v.15, n.170, p. 205-228, 1997.

HEBLING, E. M.; GUIMARÃES, I. R. F. Women and AIDS: gender relations and condom use with steady partners. **Cad Saúde Pública**, v.28, n.20, p.1211-1218, 2004.

HEILBORN, M.L. Violência e mulher. In: VELHO, G; ALVITO, M (Orgs) **Cidadania e violência**, Rio de Janeiro: UFRJ/FGV, p. 89- 98, 1996.

HEIDI, S. H.; HEISE, L.; WATTS, C. Factors associated with violence by a current partner in a nationally representative sample of German women. **Sociology of Health e Illness**, v.33, n.5, p.694-709, 2011.

HEISE, L. **Violence Against Women: The Hidden Health Burden**. Série World Bank Discussion Papers 255, Washington, D.C.: World Bank, 1994.

HESTER, M.; PEARSON, C.; HARWIN, N. **Making an Impact: Children and Domestic Violence: A reader**, London, Jessica Kingsley Publishers, 2002.

IBGE. Referência obtida via base de dados IBGE: 2012. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>. Acesso em 9 de dezembro de 2012.

JAFFE, P.; WOLFE, D.; WILSON, S. **Children of Battered Woman**. USA, Sage Publications, 1990.

JEKEL, J. F.; KATZ, D. L.; ELMORE, J. G. **Epidemiologia, Bioestatística e Medicina Preventiva**. 2.ed. 2005.

JEWKES, R. Intimate partner violence: causes and prevention. **Lancet**, v.359, n.9315, p.1423-9, 2002.

JEWES, R. K. et al. Intimate partner violence, relationship k power inequity, and incidence of HIV infection in young women in South Africa: a cohort study. **Lancet**, v.376, n.9734, p.41-48, 2010.

JUNP. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. **Report on the global AIDS epidemic. A UNAIDS 10th anniversary special edition**. Executive summary. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2006.

KARAMAGI, C. A. S. et al. Intimate partner violence against women in eastern Uganda: implications for HIV prevention. **BMC Public Health**, v.6, n. 48, p.284-296, 2006.

KENDALL, C. The construction of risk in AIDS control programs: theoretical bases and popular responses. In: PARKER, R. G.; GAGNON, J. H.; editors. **Conceiving sexuality - approaches to sex research in a postmodern world**. London/New York: Routledge, 1995.

KESSLER, R. C.; BORGES, G.; WALTERS, E. E. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. **Arch Gen Psychiatry**, v. 15, n.56, p.617-626, 1999.

KISHOR, S.; JOHNSON, K. **Profiling domestic violence: a multi-country study**. Caverton: ORC Macro; 2004.

KNAUTH, D. R. Subjetividade feminina e soropositividade. In: BARBOSA, R. M.; PARKER, R. organizadores. **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidade e poder**. São Paulo: Ed. 34; p. 121-136, 1999.

KNAUTH, D. R. "Maternidade sob o signo da aids: um estudo sobre mulheres infectadas". In: COSTA, A. O. (Org.). **Direitos tardios: saúde, sexualidade e reprodução na América Latina**. São Paulo: Ed. 34, p. 39-64, 1997.

KRISHNAN, S. et al. Poverty, gender inequalities and women's risk of Human Immunodeficiency Virus/AIDS. **Ann N Y Acad Sci.**, v.1136, n.64, p.101-110, 2008.

KROMBAUER, J. F. D.; MENEGHEL, S. M. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. **Rev Saúde Pública**, v.39, n.5, p. 369-376, 2005.

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

KRUG, E. G. et al. **Informe mundial sobre la violencia y la salud**. Ginebra: OMS; 2003.

KUO, W. H.; GALLO, J. J.; TIEN, A. Y. Incidence of suicide ideation and attempts in adults: the 13-year follow-up of a community sample in Baltimore, Maryland. **Psychol Med**, v.31, n.32, p.1181-1191, 2001.

LEVENDOSKY, A. et al. The impact of domestic violence on the maternal-child relationship and preschool-age children's functioning. **Journ of Family Violenc**, v.17, n.3, p. 275-287, 2003.

LONNQVIST, J. K. Psychiatric aspects of suicidal behavior: depression. In: HAWTON, K.; VAN HEERINGEN, K. **The international handbook of suicide and attempt suicide**. Chichester: Wiley; p.107-120, 2000.

MACKINNON, C. **Toward a Feminist Theory of the State**. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1989.

MACMILLAN, H. L. et al. Screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. **JAMA**, v.302, n.5, p.493-501, 2009.

MARX, K. **Sobre o suicídio**. São Paulo: Boitempo, 2006.

SOUZA, E. R.; JORGE, M. H. P. M. Impacto da violência na infância e adolescência brasileiras: magnitude da morbimortalidade. In: LIMA, C. A. **Violência faz mal à saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004. p.23-8.

MALBERGIER, A. **Aids e Psiquiatria - Um guia para os profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

MANN, J.; TARANTOLA, D.J.M.; NETTER, T.W. AIDS e Direitos Humanos. In: **A AIDS no Mundo**. Mann, J; Tarantola, D.J.M.; Netter, T.W. orgs., pp. 241- 272, Rio de Janeiro: Ed. Relume-Dumará/ ABIA/ UERJ-IMS, 1993.

MANE, P.; AGGLETON, P. Gênero e poder: comunicação, negociação e preservativo feminino. In: BARBOSA, R. M.; PARKER, R. **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/São Paulo: Editora 34; p. 215-28, 1999.

MARINHEIRO, A. L. V.; VIEIRA, E. M. Prevalência da violência contra a mulher usuária de serviço de saúde. **Rev Saúde Pública**, v.40, n.4, p.604-610, 2006.

MARTIN, D. **Mulheres e Aids: uma abordagem antropológica**. (Dissertação de Mestrado), Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

MELLO-SANTOS, C.; BERTOLETE, J. M.; WANG, Y. P. Epidemiology of suicide in Brazil (1980-2000). **Rev Bras Psiquiatr**, v.27, n.2, p.131-134, 2005.

MENEGHEL, S. N. et al. Cotidiano ritualizado: grupos de mulheres no enfrentamento à violência de gênero. **Ciênc saúde coletiva**, v. 10, n.1, p.111-118, 2005.

MENEGHEL, S. N. et al. Impacto de grupos de mulheres em situação de vulnerabilidade de gênero. **Cad Saúde Pública**, v.19, n. 13, p.109-118, 2003.

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

MENEGHEL, S. N. et al. Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v.27, n.4, p. 743-752, 2011.

MENEGHEL, S. N.; HIRAKATA, V. N. Femicídios: homicídios femininos no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 45, n. 3, p. 227-232, 2011.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Violência para todos. **Cad Saúde Pública**, v.9, n.15, p.65-78, 1993.

MONNIN, J. et al. Sociodemographic and psychopathological risk factors in repeated suicide attempts: gender differences in a prospective study. **Journ of Affective Dis**, v.136, n.1-2, p. 35-43, 2012.

MORIN, E. **O cinema ou o homem imaginário**. Lisboa: Moraes Editores, 1970.

NARVAZ, M. G.; KOLLER, S. H. Famílias e patriarcado: da prescrição normativa à subversão criativa. **Psic Societ**, v.18, n.1, p. 49-55, 2006

NOLASCO, S. **O Mito da masculinidade**. Rio de Janeiro: Rocco, 1993.

OEA. **Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer**. Convención de Belém do Pará, p. 112-145, 1994.

OLIVEIRA, P. P. **A construção social da masculinidade**. Belo Horizonte: Editora da UFMG; 2004.

OPAS. Organización Panamericana de La Salud. **Violencia contra la mujer: un tema de salud prioritario**. Washington (DC): División de Salud Familiar y Reproductiva; División de Salud y Desarrollo Humano; 1998

OSTERMAN, L. L.; BROWN, R. P. Culture of Honor and violence against the self. *Pers. Soc Psychol. Bul*, v.37, n.12, p.1611-1623, 2011.

PALMA, A.; MATTOS, U. A. O. Contribuições da ciência pós-normal à saúde pública e à questão da vulnerabilidade social. **História, Ciências, Saúde Manguinhos**, v.8, n.13, p.567-590, 2001.

PALTIEL, F. La salud mental de la mujer de las Americas. In: **Genero, mujer y salud en las Americas**. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; p.143-61, 1993.

PARKAR, S. R.; DAWANI, V. Gender, suicide and the sociocultural context of deliberate self-harm in a Urban General Hospital in Mumbai, India. **Cult Med Psychiatry**, v.32, n. 57, p.492-515, 2008.

PARKER, R.; GALVÃO, J. **Quebrando o silêncio: mulheres e AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará/Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS/Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1996.

PARKER, R., CAMARGO JR, K. R. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. **Cad Saúde Pública**, v. 16, n.Sup.1, p.89-102, 2000.

PATEMAN C. **O contrato sexual**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

PEDRO, J. M. Traduzindo o debate: O uso da categoria gênero na pesquisa histórica. **História**, v.24, n.36, p.77-98, 2005.

PINHEIRO, P. S.; POPPOVIC, M. E. C.; KAHN, T., Pobreza, violência e direitos humanos. **Novos Estudos CEBRAP**, v.39, n.9, p.189-208, 1994.

PIRKIS, J.; BURGESS, P.; DUNT, D. Suicidal ideation and suicide attempts among australian adults. **Crisis**, v.21, n.17, p.16-25, 2000.

PIRKIS, J. E.; BURGESS, P. M.; MEADOWS, G. N.; DUNT, D. R. Suicidal ideation and suicide attempts as predictors of mental health service use. **Med J Aust**, v.175, n.14, p.542-5, 2001.

PISCITELLI, A. G. Ambivalência sobre os conceitos de sexo e gênero na produção de algumas teóricas feministas. In: AGUIAR, N. (org.), **Gênero e ciências humanas**. Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos, 1997.

PITT-RIVERS, J. Honra e posição social. In: PERISTIANY, J. G, organizador. **Honra e vergonha: valores da sociedade mediterrâneas**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; p. 11-60, 1971.

RABIN, R. F. et al. Intimate Partner Violence Screening Tools. **Am J Prev Med**, v.36, n.5, p.439-445, 2009.

RACHEL, J. Gender Inequities Must Be Addressed in HIV Prevention. **Science**, v.329 n.5988, p.145-147, 2010.

RAYNOLDS, W. M. **Adult Suicide Ideation Questionnaire: Professional Manual**. Odessa: Psychological Assessment Resources.1991

ROBERTS, T. A.; KLEIN, J. D.; FISHER, S. Longitudinal effect of intimate partner abuse on high-risk behavior among adolescents. **Arch Pediatr Adolesc Med.**, v.157, n.9, p.875-881, 2003.

ROCKETT, I. R. H. et al. Suicide-associated comorbidity among US males and females: a multiple cause-of-death analysis. **Inj Prev**, v.13, n. 36, p.311-315, 2007.

RODRIGUEZ, J. C. R. Y eso de masculinidad? Apuntes para una discusión. In: CAREAGA, G.; SIERRA, S. C, organizadores. **Debates sobre masculinidades - poder, desarrollo, políticas públicas y ciudadanía**. México: UNAM; p. 31-56, 2006.

RUZANY, M. H. et al. A violência nas relações afetivas dificulta a prevenção de DST/AIDS? **J Pediatr**, v.79, n.4, p.349-354, 2003.

SAFFIOTI, H. I. B. Rearticulando gênero e classe social. In: COSTA, A. O.; BRUSCHINI, C. **Uma Questão de gênero**. São Paulo, Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.

SAFFIOTI, H. I. B. Para além da violência urbana. In: **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Editora Perseu Abramo, 2004.

SAFFIOTI, H. I. B.; ALMEIDA, S. A. **Violência de Gênero**. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

SAFFIOTI, H. I. B. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. **Cadernos Pagu**, v.16, n. 36, p.115-136, 2001.

SAGOT, M.; CARCEDO, A. Cuando la violencia contra las mujeres mata: femicídio en Costa Rica, 1990-1999. In: CORRÊA, M.; SOUZA, E. R. (orgs.) **Vida em Família: uma perspectiva comparativa sobre "crimes de honra"**. Campinas, Núcleo de Estudos de Gênero-Pagu/UNICAMP; pp.405-438, 2006.

SALDANHA, A. A. W. **Vulnerabilidade e construções de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável**. (Tese de Doutorado). Pós-Graduação em Psicologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

SALDANHA, A. A. W.; FIGUEIREDO, M. A. C. "Gênero, relações afetivas e aids no cotidiano da mulher soropositiva". In: SIDANET ASSOCIAÇÃO LUSÓFONA (Org.). **O HIV no mundo lusófono**. Santarém, Portugal: Normagrafe Lda., p. 35-47, 2002.

SANTOS, C. O.; IRIART, J. A. B. Significados e práticas associados ao risco de contrair HIV nos roteiros sexuais de mulheres de um bairro popular de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 23, n.12, p.2896:2905, 2007

SANTOS, N. J. S. et al. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. **Cad Saúde Pública**, v.25, n.Sup 2, p.321-333, 2009.

SANTOS, N. J. S. A Aids no estado de São Paulo: As mudanças no perfil da epidemia e as perspectivas da vigilância epidemiológica. **Rev Bras de Epidemiol**, v.15, n.2, p.286 -310, 2002.

SAREEN, J.; PAGURA, J.; GRANT, B. Is intimate partner violence associated with HIV infection among women in the United States? **Gen Hosp Psychiatry**, v.31, n.3, p.274-8, 2009.

SARTI, A. C. O feminismo brasileiro desde os anos 1970: revisitando uma trajetória. **Revista Estudos Feministas**, v.12, n.2, p.264, 2004.

SCHIAFFINO, A. et al. Odds ratio or prevalence ratio? Their use in cross-sectional studies. **Gac Sanit**, v.17, n.38, p.70-4, 2003.

SCHLEBUSCH, L. HIV/Aids og risikoen for selvmordsatferd (trans. HIV/AIDS and the risk for suicidal behaviour). **Suicidologi**, v.11, n.69, p.30-32, 2006.

SCHLEBUSCH, L. **Suicidal Behaviour in South Africa**. University of KwaZulu-Natal Press: Pietermaritzburg, South Africa, 2005.

SCHLEBUSCH, L. Suicide Risk and Cancer. In: BERMAN, L.; POMPILI, M. eds. **Medical Conditions Associated with Suicide Risk**. American Association of Suicidology: Washington, DC, USA; pp. 59-74, 2011.

SCHLEBUSCH, L.; VAWDA, N. HIV-infection as a self-reported risk factor for attempted suicide in South Africa. **Afr J. Psychiatry**, v.13, p. 280-283, 2010.

SCHMITT, R. et al. Perfil epidemiológico do suicídio no extremo oeste do estado de Santa Catarina, Brasil. **Rev Psiquiatr**, v.30, n.2, p.115-123, 2008.

SCHRAIBER, L. B. et al. Validade do instrumento WHO VAW STUDY para estimar violência de gênero contra a mulher. **Rev Saúde Pública**, v.44, n.4, p.658-66, 2010.

SCHRAIBER, L. B. et al. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. **Rev Saude Publica**, v.41, n.3, p.359-67, 2007.

SCHRAIBER, L. B.; d'OLIVEIRA, A. F. P. L.; COUTO, M. T. Violência e saúde: estudos científicos recentes. **Rev Saúde Pública**, v.40, n.spe, p.112-120, 2006.

SCHRAIBER, L. B. et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. **Rev Saúde Pública**, v.41, n.5, p.797-807, 2007.

SCHRAIBER, L. B. et al. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Rev Saúde Pública**, v.36, p.470-7, 2002.

SCOTT, J. S. **Gender: a useful category of historical analyses. Gender and the politics of history**. New York, Columbia University Press. 1989.

SHAHMANESH, M. et al. Suicidal behavior among female sex workers in Goa, India: the silent epidemic. **Amer J Public Health**, v.99, n.7, p.1239-1246, 2009.

SILVA, W. A. E.; OLIVEIRA, C. A. B.; MORGADO, M. G. HIV infection and AIDS in a small municipality in Southeast Brazil. **Rev Saúde Pública**, v.39, n.15, p.950-955, 2005.

SILVA, A. O. Utilização da teoria das representações sociais no campo da saúde - UFPB-João Pessoa: tendências e perspectivas. In COUTINHO, M. P. L. (Org.). **Representações sociais: abordagem interdisciplinar**. (pp. 120-129). João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2003.

SILVA, A. O. Karl Marx: Sobre o suicídio. **Revista Espaço Acadêmico**, v.13, n.2, p.124-127, 2012.

SILVA, M. C. M. V. **Rota crítica: Os (des)caminhos trilhados por mulheres em situação de violência doméstica na busca por ajuda**. (dissertação de mestrado) Universidade de São Paulo: Faculdade de Medicina. 2008.

SILVEIRA, M. F. et al. Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e AIDS em mulheres. **Rev Saúde Pública**, v.36, n. 6, p.670-7, 2002.

SILVERMAN, J. G. et al. Intimate partner violence and HIV infection among married Indian women. **JAMA**, v.300, n.6, p.703-710, 2008.

SIMBAYI, L. C. et al. Internalized stigma, discrimination, and depression among men and women living with HIV/AIDS in Cape Town, South Africa. **Soc Science Med**, v.64, n.9, 1823-1831, 2007.

SIMÕES-BARBOSA, R. H. AIDS & saúde reprodutiva: novos desafios. In: GIFFIN, K.; COSTA, S.H., organizadoras. **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Giffin K, Costa SH, organizadoras. Questões da saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; p. 281-98, 1999.

SINGER, M., **The Political Economy of AIDS**. Amityville: Baywood Publishing Co. 1998.

SOARES, R. L. Mulheres e Aids: Escritos do jornal Folha de São Paulo. **Rev Comunic Soc**, v.31, n. 2, p.139-159, 1999.

SONTAG, S. **La enfermedad y sus metáforas y el sida y sus metáforas**. Madrid: Taurus; 1996.

SORENSEN, S. B.; GOLDING, J. M. Suicide Ideation and Attempts in Hispanics and Non-Hispanic Whites: Demographic and Psychiatric Disorder Issues. **Suic Life-Threat Beh**, v.18, n.3, p.205-218, 1988.

SOUZA, E.R., JORGE, M. H. P. M. Impacto da violência na infância e adolescência brasileiras: magnitude da morbimortalidade. In: Lima CA, organizadora. **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; p. 23-28, 2006.

STACEY, P; FALIK, M. Prevalence of violence and its implications for women's health. **Wom Health Is**; v.11, n.7,p.244-58, 2011.

STARK, R. et al. Crime and Delinquency in the Roaring Twenties. **Journ Research Crime Delinq**; v. 20, n.6, p.4-23, 1983.

STRIGHT, A. D.; BALES, S. S. Coparenting quality: Contributions of child and parent characteristics. **Fam Relat**, v.52, n.3, p.232-240, 2003.

SUAREZ, M.; MACHADO, L. Z.; BANDEIRA, L. Violência, sexualidade e saúde reprodutiva. In: GALVÃO, L.; DIAZ, J. (Orgs.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Hucitec, p. 277-309, 1999.

SUGG, N. K.; INUIT, T. Primary care physicians response to domestic violence. **JAMMA**, v.267, n.23, p.3157-3160, 1992.

SUOMINEN, K. et al. Completed Suicide After a Suicide Attempt: A 37-Year Follow-Up Study. **Am J Psychiatry**, v.161, n.8, p.562-563, 2004.

TAQUETTE, S. R. et al. Relacionamento violento na adolescência e risco de DST/AIDS. **Cad Saúde Pública**, v.19, n.5, p.1437-44, 2003.

TAQUETTE, S. R. O paradoxo da moral sexual na adolescência e as DST/Aids. In: TAQUETTE, S. R. **Aids e juventude: gênero, classe e raça**. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2009.

TEIXEIRA, S. A. M.; TAQUETTE, S. R; Violência e atividade sexual desprotegida em adolescentes menores de 15 anos. **Rev Assoc Med Bras**, v.56, n.4, p.440-446, 2010.

TEIXEIRA, P. R. **Tá difícil de engolir? Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo**. São Paulo: Nepaids, 2000.

TOMAZELLI, J.; CZERESNIA, D.; BARCELLOS, C. Distribuição dos casos de AIDS em mulheres no Rio de Janeiro, de 1982 a 1997: uma análise espacial. **Cad Saude Publica**, v.19, n.4, p.1049-1061, 2003.

TURA, L. F. R. AIDS e estudantes: a estrutura das representações sociais. In: JODELET, D.; MADEIRA, M. (Orgs.). **AIDS e representações sociais: a busca de sentidos** (pp. 121-154). Natal: EDUFRN, 1998.

VANDELLO, J. A.; COHEN, D. Male honor and female fidelity: implicit cultural scripts that perpetuate domestic violence. **Journal of Personality and Social Psychology**, v.84, n.5, p.997-1010, 2003.

VERARDO, T. Violência. In: d'OLIVEIRA, A. F. L.; LUIZ, O. C.; SORRENTINO, S. (Orgs). **Coletânea de textos para o Curso de Capacitação para Atendimento a Mulheres em Situação de Violência**. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, FMUSP, Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 1995.

VERMELHO, L. L.; SIMÕES-BARBOSA, R. H. S.; NOGUEIRA, S. A. Mulheres com AIDS: desvendando histórias de risco. **Cad Saúde Pública**, v. 15, n.9, p. 369-379, 1999.

VILHJALMSSON, R.; KRISTJANSDOTTIR, G.; SVEINBJARNARDOTTIR, E. Factors associated with suicide ideation in adults. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v.33, n. 9, p.97-103, 1998.

VILHJALMSSON, R.; SVEINBJARNARDOTTIR, E.; KRISTJANSDOTTIR, G. Factors associated with suicide ideation in adults. **Soc Psych Epidem**, v.33, n.3, p.97-103, 1998.

VILLELA, W. Prevenção do HIV/AIDS, gênero e sexualidade: um desafio para os serviços de saúde. In: BARBOSA, R. M.; PARKER, R., organizadores. **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/São Paulo: Editora 34; p. 199-213, 1999.

VILLELA, WV. Vulnerabilidade, sexualidade e subjetividade: sobre a face feminina da AIDS. In: CARVALHO, M. E. G.; CARVALHAES, F. F.; CORDEIRO, R. P. **Cultura e subjetividade em tempo de aids**. Londrina, Associação Londrinense Interdisciplinar de aids, 2005. p.65-77.

VLAHOV, D. et al. Violence among women with or at risk for HIV infection. **Aids Behav**, v.2, n.1, p.53-60, 1998.

WEISSMAN, M. M. et al. Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. **Psychol Medic**, v.29, n.01, p.9-17, 1999.

WHO, UNODC, UNAIDS. **Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users, 2012 revision**. Geneva, 2013.

WHO. World Health Organization. **Global consultation on violence and health. Violence: a public health priority**. Geneva: WHO, 2006.

WHO. World Health Organization. **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002.

YIP, P. S. F.; LIU, K. Y.; LAW, C. K. Years of life lost from suicide in China, 1990-2000. **Crisis**, v.29, n.3, p.131-136, 2008.

ZIERLER, S. et al. Violence victimization after HIV infection in a US probability sample of adult patients in primary care. **Am J Public Health**, v.90, n.2, p.208-215, 2000.

ZHANG, J. et al. Characteristics of young rural Chinese suicides: a psychological autopsy study. **Psycho Med**, v.40, n.8, p.4, p.581-589, 2010.

Instrumento *World Health Organization Violence Against Women (WHO VAW)***Violência Psicológica**

- 1- Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma? () Sim () Não
2- Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas? () Sim () Não
3- Fez coisas para assustá-la ou intimidá-la de propósito? () Sim () Não
4- Ameaçou machucá-la ou alguém de quem você gosta? () Sim () Não

Violência Física

- 1- Deu-lhe um tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la? () Sim () Não
2- Empurrou-a ou deu-lhe um tranco ou chacoalhão? () Sim () Não
3- Machucou-a com um soco ou com algum objeto? () Sim () Não
4- Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você? () Sim () Não
5- Estrangulou ou queimou você de propósito? () Sim () Não
6- Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você? () Sim () Não

Violência Sexual

- 1- Forçou-a fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria? () Sim () Não
2- Teve relação sexual porque estava com medo do que ele pudesse fazer? () Sim () Não
3- Forçou-a a uma prática sexual degradante ou humilhante? () Sim () Não

Questionário de Ideação Suicida

As próximas perguntas referem-se a sentimentos que expressam o que você já sentiu.

Cada item tem 7 possibilidades de resposta, sendo:

0- Nunca; 1- Quase Nunca; 2- Raramente; 3- Às vezes; 4- Frequentemente; 5- Quase Sempre; 6 – Sempre

		0	1	2	3	4	5	6
1	Pensou que seria melhor não estar vivo							
2	Pensou suicidar-se							
3	Pensou na maneira como se suicidaria							
4	Pensou quando se suicidaria							
5	Pensou em pessoas a morrerem							
6	Pensou na morte							
7	Pensou no que escrever num bilhete sobre o suicídio							
8	Pensou em escrever um testamento							
9	Pensou em dizer às pessoas que planeava suicidar-se							
10	Pensou que as pessoas estariam mais felizes se não estivesse presente							
11	Pensou em como as pessoas se sentiriam se se suicidasse							
12	Desejou estar morto (a)							
13	Pensou em como seria fácil acabar com tudo							
14	Pensou que suicidar-se resolveria os seus problemas							
15	Pensou que os outros ficariam melhor se estivesse morto(a)							
16	Desejou ter coragem para se matar							
17	Desejou nunca ter nascido							
18	Pensou que se tivesse oportunidade se suicidaria							
19	Pensou na maneira como as pessoas se suicidam							
20	Pensou em matar-se, mas não o faria							
21	Pensou em ter um acidente grave							
22	Pensou que a vida não valia a pena							
23	Pensou que a vida era muito miserável para continuar							
24	Pensou que a única maneira de repararem em você era matando-se							
25	Pensou que se se matasse as pessoas se aperceberiam que teria valido a pena preocuparem-se contigo							
26	Pensou que ninguém se importava se você estivesse vivo(a) ou morto(a)							
27	Pensou em magoar-se mas não em suicidar-se							
28	Perguntou-se se teria coragem para se matar							
29	Pensou que se as coisas não melhorassem você matar-se-ia							
30	Desejou ter o direito de se matar							

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul



U F R G S
UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs

PROPE

CARTA DE APROVAÇÃO

Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs analisou o projeto:

Número: 22209

Título: MULHERES QUE (CON)VIVEM COM HIV: VIOLÊNCIA DE GENERO E IDEACAO SUICIDA

Pesquisadores:

Equipe UFRGS:

STELA NAZARETH MENEGHEL - coordenador desde 15/03/2011
Roger Flores Ceccon - pesquisador desde 15/03/2011

Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs aprovou o mesmo , em reunião realizada em 05/04/2012 - Sala 01 de reuniões do Gabinete do Reitor, 6º andar do prédio da Reitoria, por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, Quarta-Feira, 18 de Abril de 2012

JOSE ARTUR BOGO CHIES
Coordenador da comissão de ética

APÊNDICE B- Termo de consentimento livre e esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da pesquisa Mulheres que (con)vivem com HIV: Violência de Gênero e Ideação Suicida

Convidamos a Sra _____ para participar de uma pesquisa que objetiva conhecer a violência de gênero e ideação suicida entre mulheres que vivem com HIV. A pesquisa faz parte de um projeto de dissertação de mestrado do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Consideramos que sua participação será de extrema importância, uma vez que a troca de informações sobre o assunto poderá ajudar as pessoas que estão vivendo nesta situação. Esta pesquisa poderá trazer riscos e ocasionar sofrimento psíquico, uma vez que fará você lembrar situações de violência e ideação suicida. Entretanto, possibilitará você relatar situações difíceis, sendo possível pensar ações que possam ajudá-la no enfrentamento do problema. A forma de participar dessa pesquisa é autorizar a realização de uma entrevista em que será aplicado um questionário enfocando a violência e a ideação suicida.

Gostaríamos de acrescentar que todos os cuidados éticos serão respeitados, principalmente o que concerne ao seu anonimato, confidencialidade e ao sigilo das informações que a Sra. nos prestar. Os dados serão armazenados em local próprio, com acesso realizado apenas pelos participantes da pesquisa. A divulgação dos dados será realizada sem identificação dos participantes. Também lhe esclarecemos que a pessoa que irá entrevistá-la tem formação científica e profissional para apoiá-la e oferecer-lhe orientações. A participação nesse estudo é voluntária e, caso a Sra. aceite conversar conosco, ainda assim, poderá desistir a qualquer momento sem qualquer consequência ou prejuízo. A participação na pesquisa não terá nenhum custo financeiro.

Durante a entrevista seremos cuidadosos e cautelosos, evitando juízos de valor e constrangimentos. A partilha de experiência não pretende lhe expor ou causar desconforto, apenas contribuir para compreender o ocorrido e acolher as emoções dolorosas que possam surgir, apoiando e favorecendo a superação das mesmas. Estou suficientemente esclarecida e dou consentimento para participar da pesquisa e, por isso, assino ou registro a seguir: _____

Local _____ Data _____

Em caso de dúvida ou reclamações contatar a pesquisadora Stela Nazareth Meneghel, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pelo telefone (51) 3308-5081, situado na Rua São Manoel 1515 Rio Branco. Porto Alegre/RS ou o Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pelo telefone (51) 3308 3738.

APÊNDICE C – Carta Convite

Nós, pesquisadores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, viemos por meio deste convidar o Serviço de Assistência Especializado em DST/HIV/AIDS – SAE, do município de Cruz Alta/RS, a participar da pesquisa intitulada: Mulheres que (con)vivem com HIV: Violência de Gênero e Ideação Suicida.

O presente estudo faz parte da dissertação de mestrado em Enfermagem do Programa de Pós Graduação de Enfermagem da UFRGS do pesquisador Roger Flores Ceccon. O estudo tem por objetivos verificar a prevalência e as características da violência de gênero perpetradas contra mulheres que vivem com hiv, identificar a presença de ideação suicida nas mulheres que vivem com hiv e sua possível associação com a violência e estabelecer o perfil epidemiológico e socioeconômico das mulheres que vivem com o hiv.

Sendo assim, estima-se que seja grande a vulnerabilidade à violência contra mulheres que vivem com Hiv/Aids e, quando associado à violência sexual, percebem-se em maior risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis. Supõe-se também que, devido o impacto psicológico da doença e à vulnerabilidade a episódios de violência aos quais as mulheres estão expostas exista, dentre elas, ideação de suicídio.

Sendo o que tínhamos para o momento.

Atenciosamente,

Stela Nazareth Meneghel
Professora do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul

Roger Flores Ceccon
Mestrando em Enfermagem do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

APÊNDICE D - Autorização**Autorização para Realização de Pesquisa**

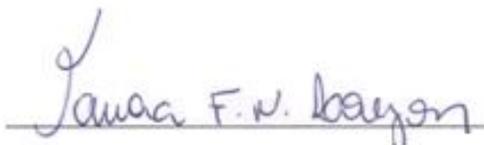
Porto Alegre, junho de 2011.

Eu, Tamara Fernanda Nagel Lorenzon, coordenadora do Serviço Regional de Assistência Especializada em DST/HIV/AIDS (SAE) do município de Cruz Alta – RS, autorizo a realização do estudo intitulado “Mulheres que (Con)Vivem com HIV: Violência de Gênero e Ideação Suicida”, por pesquisadores do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Autorizo também a realização das entrevistas com as mulheres nas dependências físicas do SAE.

Declaro que foram explicitados todos os preceitos éticos que envolvem o estudo. Estou ciente e concordo plenamente com a realização da pesquisa.

Sem mais para o momento.



Serviço de Assistência
Especializada - SAE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

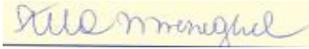
Tamara Fernanda Nagel Lorenzon
Coordenadora do Serviço de Assistência Especializada

APÊNDICE E – Termo de compromisso de utilização de dados**Termo de compromisso de utilização de dados**

Nós, **Stela Nazareth Meneghel** e **Roger Flores Ceccon**, abaixo assinados, pesquisadores envolvidos no projeto intitulado: **Mulheres que (con)vivem com HIV: Violência de Gênero e Ideação Suicida**, nos comprometemos a manter a confidencialidade sobre os dados coletados, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam os Documentos Internacionais e a Res. 196/96 do Ministério da Saúde.

Informamos que os dados a serem coletados dizem respeito à violência de gênero e ideação suicida de mulheres que vivem com HIV.

Porto Alegre, novembro de 2011.

Nome	Assinatura
Stela Nazareth Meneghel	
Roger Flores Ceccon	