

Roger Flores Ceccon^I
Stela Nazareth Meneghel^I
Vania Naomi Hirakata^{II}

Mulheres com HIV: violência de gênero e ideação suicida

Women with HIV: gender violence and suicidal ideation

RESUMO

OBJETIVO: Analisar a relação entre violência de gênero e ideação suicida em mulheres com HIV.

MÉTODOS: Estudo transversal com 161 usuárias de serviço de atenção especializada em HIV/aids. Investigou-se a presença de violência de gênero por meio da versão brasileira do instrumento *World Health Organization Violence Against Women* e a ideação suicida pelo Questionário de Ideação Suicida. A análise estatística foi realizada com o software SPSS utilizando o teste de Qui-quadrado e o modelo de regressão múltipla de Poisson.

RESULTADOS: Oitenta e duas mulheres com HIV referiram ideação suicida (50,0%), 78 (95,0%) das quais haviam sofrido violência de gênero. Idade da primeira relação sexual < 15 anos, maior número de filhos, pobreza, maior tempo de vida com HIV e presença de violência mostraram-se estatisticamente associadas à ideação suicida. Mulheres que sofreram violência de gênero apresentaram risco 5,7 vezes maior de manifestar ideação suicida.

CONCLUSÕES: Mulheres com HIV apresentaram elevada prevalência de violência de gênero e ideação suicida. Compreender a relação entre esses dois agravos poderá contribuir para o atendimento integral dessas mulheres e a adoção de ações de prevenção da violência e do suicídio.

DESCRITORES: Violência contra a Mulher. Ideação Suicida. Mulheres Maltratadas. Infecções por HIV, psicologia. Estudos Transversais.

^I Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil

^{II} Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre, RS, Brasil

Correspondência | Correspondence:
Roger Flores Ceccon
Rua São Francisco, 280 apto. 103 Santana
90620-070 Porto Alegre, RS, Brasil
E-mail: roger.ceccon@hotmail.com

Recebido: 6/11/2013
Aprovado: 8/4/2014

Artigo disponível em português e inglês em:
www.scielo.br/rsp

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the relationship between gender violence and suicidal ideation in women with HIV.

METHODS: A cross-sectional study with 161 users of specialized HIV/AIDS care services. The study investigated the presence of gender violence through the Brazilian version of the World Health Organization Violence against Women instrument, and suicidal ideation through the Suicidal Ideation Questionnaire. Statistical analyses were performed with the SPSS software, using the chi-square test and Poisson multiple regression model.

RESULTS: Eighty-two women with HIV reported suicidal ideation (50.0%), 78 (95.0%) of who had suffered gender violence. Age at first sexual intercourse < 15 years old, high number of children, poverty, living with HIV for long, and presence of violence were statistically associated with suicidal ideation. Women who suffered gender violence showed 5.7 times more risk of manifesting suicidal ideation.

CONCLUSIONS: Women with HIV showed a high prevalence to gender violence and suicidal ideation. Understanding the relationship between these two grievances may contribute to the comprehensive care of these women and implementation of actions to prevent violence and suicide.

DESCRIPTORS: Violence Against Women. Suicidal Ideation. Battered Women. HIV Infections, psychology. Cross-Sectional Studies.

INTRODUÇÃO

A aids é um importante problema de saúde pública, tendo apresentado aumento na população feminina nos últimos anos. No mundo, há 16 milhões de mulheres com HIV, a maioria vivendo em países pobres. A África concentra 76,0% dos casos, embora também haja alta prevalência em alguns países da Ásia e Caribe.²⁴ No Brasil, ocorre processo de feminização da epidemia e a razão de masculinidade diminuiu de 26 para 1,5 homem para cada mulher nos últimos 10 anos.¹³

Dentre os fatores associados à feminização da aids, há a vulnerabilidade biológica e social das mulheres, esta decorrente da assimetria de poder entre os sexos, que determina a submissão feminina aos homens e a dificuldade em praticar sexo seguro.¹⁸

Mulheres com HIV são mais vulneráveis à violência em comparação com aquelas não infectadas pelo vírus, e uma em cada sete infecções poderia ter sido evitada se as mulheres não fossem submetidas à violência ou se não estivessem em desigualdade de poder nos relacionamentos.¹⁰ Estudo brasileiro estimou que 72,0% das mulheres com HIV sofrem violência de gênero, sendo 63,0% violência psicológica, 52,0% física e 28,0% sexual; e que violências físicas e sexuais, geralmente coexistentes, correspondem a 56,0% dos casos.²

A violência produz efeitos negativos na saúde física, mental e em como vivem as mulheres com HIV, expondo-as à discriminação, à perda de recursos sociais e financeiros, e a conflitos nas relações afetivas, potencializando o risco de suicídio.^{1,20,21}

Em relação ao suicídio feminino, as causas são diversas e podem ser consequência de problemas relacionais, doenças crônicas, sofrimento emocional, violências, desemprego, perdas econômicas e desigualdades de gênero.²³ Mulheres com HIV apresentam maior frequência de comportamentos suicidas devido aos efeitos psicológicos, físicos e sociais decorrentes da infecção ou doença. Adicionalmente, mulheres infectadas relatam ocorrência elevada de violência de gênero, má qualidade de vida e medo da morte.^{12,25}

A taxa de incidência de suicídio feminino, no Brasil, é de 7/100 mil entre adultas jovens e aumenta para 10/100 mil na meia-idade e velhice. Essa taxa encontra-se em patamar médio de acordo com a classificação da OMS, com tendência de aumento no grupo de 20 a 49 anos.²⁵ Esses dados indicam o agravamento dos comportamentos suicidas em mulheres, que historicamente apresentavam baixa incidência em países ocidentais. Quanto à ideação suicida, a prevalência no Brasil

não difere de pesquisas realizadas na Europa, Estados Unidos e Austrália, cujas estimativas encontram-se entre 10,0% e 18,0%.³

A presença de HIV e violência potencializa a possibilidade de ideação suicida e suicídio em mulheres, embora o advento da terapia antirretroviral e o aumento da sobrevida da população com HIV possam ter diminuído esse risco.⁹ Para prevenir as condutas autodestrutivas é preciso identificar o risco de suicídio em mulheres com HIV e que são vítimas de violência,¹⁷ visto que há poucos relatos na literatura que descrevem esse desfecho. Esta investigação teve como objetivo analisar a relação entre violência de gênero e ideação suicida em mulheres com HIV.

MÉTODOS

Estudo transversal realizado em Serviço de Assistência Especializada (SAE) em HIV/aids de município de médio porte do Rio Grande do Sul, Brasil. A escolha do local considerou as altas taxas de aids e o processo de feminização da epidemia. O município encontra-se em sétimo lugar em número de casos de aids em cidades com mais de 50 mil habitantes no Brasil.¹³

O tamanho da amostra foi calculado estimando nível de confiança de 95%, margem de erro de 3,0%, presença de 200 mulheres cadastradas no serviço e prevalência estimada de 50,0% para violência e ideação suicida. O tamanho da amostra estipulado foi de 136 mulheres. Foram coletadas informações de todas as mulheres que compareceram ao serviço no período do estudo. Assim, foram entrevistadas 161 usuárias, correspondendo a 80,5% do total; 39 mulheres (19,5%) não compareceram ao serviço no período de coleta dos dados e não fizeram parte do estudo.

Aplicou-se questionário em entrevistas individuais, com questões sobre características sociodemográficas (idade, situação conjugal, cor da pele, escolaridade, religião, renda per capita da família e número de filhos), sexuais e reprodutivas (idade da primeira relação sexual, parceiro afetivo-sexual, uso de preservativo e filhos com HIV), clínicas (tempo de diagnóstico do HIV, tratamento antirretroviral e doenças oportunistas) e presença de violência de gênero e ideação suicida.

Para avaliar 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 estudo multicêntrico internacional, coordenado pela OMS⁹ e validado no Brasil por Schraiber et al.²¹ Esse instrumento considera que cada resposta afirmativa corresponde a um ponto (+1) na contagem do escore final, embora a presença de um único ponto já indique a presença de violência.

Foram considerados os atos de violência psicológica, física e sexual sofridos em algum momento da vida. O tipo de violência mais frequente foi considerado indicativo da prevalência total de violência. Foram abordadas violências baseadas em gênero praticadas por parceiro ou ex-parceiro íntimo, pessoas estranhas, familiares, conhecidos, amigos, vizinhos ou colegas.

Para identificar a presença de ideação suicida foi utilizado o Questionário de Ideação Suicida (QIS), versão portuguesa do *Suicide Ideation Questionnaire*¹⁶ adaptada por Ferreira & Castela.⁷

O QIS avalia frequência e gravidade de pensamentos suicidas em algum momento da vida, que oscilam entre leve e muito grave. O instrumento é constituído por 30 itens em escala do tipo Likert, sendo disponibilizadas para cada pergunta sete alternativas de resposta com as respectivas pontuações: (0) Nunca, (1) Quase Nunca, (2) Raramente, (3) Às vezes, (4) Frequentemente, (5) Quase Sempre e (6) Sempre. Cada questão foi cotada em um grau de frequência de 0 a 6, com pontuação total entre 0 e 180. A pontuação ≤ 41 foi considerada indicativo de risco para suicídio.¹⁶

Utilizou-se o programa SPSS, versão 20.0, para a realização da análise estatística. A variável dependente foi a ideação suicida e as variáveis independentes foram: violência de gênero, características sociodemográficas, sexuais, reprodutivas e clínicas das mulheres com HIV. As associações entre variáveis foram avaliadas pela estatística do teste Qui-quadrado e pela regressão múltipla de Poisson, que estimou as razões de prevalência ajustadas para a ideação suicida.

As razões de prevalência foram estimadas utilizando o ajuste robusto da variância. Estimou-se o intervalo de confiança de 95% e adotou-se um nível de significância de 0,05. Foram incluídas no modelo de regressão as variáveis independentes que apresentaram significância estatística no teste Qui-quadrado: violência, tempo da infecção pelo HIV, idade da primeira relação sexual, número de filhos e renda.

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Processo 22.209 de 7/12/2011). Todas as participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido e as que se encontravam em risco foram encaminhadas para atendimento psicológico no SAE.

RESULTADOS

Foram entrevistadas 161 mulheres infectadas pelo HIV, usuárias de serviço de assistência especializada. O grupo era jovem, sendo 38,0% < 20 anos. A maioria era solteira, branca, católica, havia estudado entre 1 a 8 anos e possuía baixa renda, recebendo menos de dois salários mínimos. A maior parte iniciou a vida

sexual antes dos 15 anos, não possuía companheiro e filho infectados pelo HIV e tinha menos de dois filhos. Mais da metade das participantes não tinha hábito de usar preservativo nas relações sexuais (56,5%) e vivia com HIV por mais de cinco anos; 68,0% fazia uso de terapia antirretroviral e 67,0% não havia desenvolvido doenças oportunistas.

Observou-se alta prevalência de violência de gênero (72,0%), cujo escore médio foi de 6,2 pontos no instrumento WHO VAW, em escala de zero a 13. Houve 50,0% de ideação suicida, com média de 65,4 pontos na escala do QIS.

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas, sexuais, reprodutivas, clínicas e a violência segundo a presença de ideação suicida. A maioria das mulheres com ideação suicida era jovem, solteira, com pouca escolaridade e baixa renda. Havia 47,0% de mulheres negras, quando o percentual médio da população negra no local estudado era 15,0%. Elas relataram início das relações sexuais antes dos 15 anos, prática de não usar preservativo e um tempo médio de 9 anos com HIV. Baixa renda ($p = 0,003$), maior número de filhos ($p < 0,001$), idade da primeira relação sexual antes dos 15 anos ($p < 0,001$) e maior tempo vivendo com HIV ($p < 0,001$) foram fatores associados à ideação suicida. Observou-se alta prevalência de violência de gênero entre as mulheres que manifestaram pensamentos suicidas ($p < 0,001$).

A Tabela 2 apresenta as razões de prevalência de ideação suicida segundo as características que permaneceram no modelo final de regressão: tempo vivendo com HIV, idade da primeira relação sexual, número de filhos e violência. A variável renda perdeu significância estatística possivelmente porque a maior parte da população amostrada era de baixa renda.

A violência de gênero esteve fortemente associada com a ideação suicida ($p < 0,001$), apresentando maior razão de prevalência entre as variáveis estudadas (RP = 5,70), i.e., as mulheres que sofreram violência de gênero apresentaram risco seis vezes maior de manifestar ideação suicida.

DISCUSSÃO

As mulheres que expressaram ideação suicida eram as mais pobres, referiram a primeira relação sexual em idade mais jovem, possuíam maior número de filhos, maior tempo de vida com HIV e referiram alta prevalência de violências. Os fatores que estiveram relacionados à ideação suicida em mulheres que vivem com o vírus foram: iniciação sexual, número de filhos, tempo de HIV e violências.

A alta prevalência de violência de gênero e de ideação suicida confirmou a hipótese da pesquisa e de outros estudos que encontraram resultados semelhantes.^{2,5,9,10,19} Mais da metade das entrevistadas relatou situações de violência e pensamentos suicidas, embora muitas sequer reconheçam a violência que vivem e neguem os pensamentos suicidas, pelo fato de este tema ainda ser tabu na sociedade.^{12,19}

A relação entre viver com HIV, sofrer violência e pensar em suicídio é a expressão das múltiplas desigualdades que afetam a população feminina.⁵ As consequências das desigualdades de poder entre os sexos, que vulnerabilizam as mulheres e as expõem a violências, contribuem para a feminização da epidemia, acarretando sofrimento emocional e pensamentos suicidas.^{10,23}

A ideação suicida foi mais frequente no grupo de mulheres cuja primeira relação sexual foi antes dos 15 anos. A idade da primeira relação sexual é um marcador de gênero, visto que, muitas vezes, o sexo é realizado sem o consentimento da jovem e pode configurar abuso sexual.^{5,6,8}

A sociedade estimula a sexualização precoce das jovens e as deixa mais expostas a riscos. Além disso, em sociedades de consumo, em que tudo vira mercadoria, os corpos das meninas pobres são trocados por roupas, diversão e equipamentos eletrônicos, processo estimulado pelas mídias e redes de aliciadores. Assim, a sexualização em idade mais jovem pode estar associada à exploração sexual, sexo não consentido e abuso, situações que têm contribuído para a feminização da epidemia da aids.²²

Tabela 1. Características sociodemográficas, sexuais, reprodutivas, clínicas e violência de gênero das mulheres com HIV segundo ideação suicida. Rio Grande do Sul, 2013.

Variável/Ideação suicida	Sim (N = 82)		Não (N = 79)		p
	n	%	n	%	
Características sociodemográficas					
Idade (anos)					0,195
< 20	3	4,8	59	95,2	
20 a 39	40	68,9	18	31,1	
40 a 70	39	95,1	2	4,9	

Continua

Continuação					
Estado civil					0,376
Casada	13	54,2	11	45,8	
Solteira	31	55,3	25	44,7	
Outra	38	46,9	43	53,1	
Cor da pele					0,766
Branca	44	53,6	38	46,4	
Negra	38	48,1	41	51,9	
Anos de estudo					0,735
Nenhum	10	43,5	13	56,5	
1 a 8	59	51,8	55	48,2	
9 a 11	13	54,2	11	45,8	
Religião					0,525
Católica	50	48,5	53	51,5	
Evangélica	14	50,0	14	50,0	
Outra	18	60,0	12	40,0	
Renda (em salários mínimos)					0,003
≤ 2	75	54,7	62	45,3	
> 2	7	29,2	17	70,8	
Filhos					< 0,001
≤ 3	65	45,8	77	54,2	
> 3	17	73,9	6	26,1	
Características sexuais e reprodutivas					
Idade da primeira relação sexual (anos)					< 0,001
≤ 15	58	71,6	23	28,4	
> 15	24	30,0	56	70,0	
Companheiro com HIV					0,992
Sim	29	50,9	28	49,1	
Não	53	51,0	51	49,0	
Uso de preservativo					0,455
Sim	38	54,3	32	45,7	
Não	44	48,4	47	51,6	
Filho com HIV					0,226
Sim	2	28,6	5	71,4	
Não	80	51,9	74	48,1	
Características clínicas					
Tempo de HIV (anos)					< 0,001
≤ 5	19	25,7	55	74,3	
> 5	63	72,1	24	27,9	
Tratamento antirretroviral					0,742
Sim	57	51,8	53	48,2	
Não	25	49,0	26	51,0	
Doença oportunistas					0,998
Sim	27	50,9	26	49,1	
Não	55	50,9	53	49,1	
Violência					< 0,001
Sim	78	66,7	39	33,3	
Não	4	9,1	40	90,9	

Tabela 2. Razão de prevalência ajustada das características sociodemográficas, sexuais, reprodutivas, clínicas e violência de gênero para ideação suicida entre mulheres com HIV. Rio Grande do Sul, 2013.

Variável	RP _{ajustada}	IC95%	p
Tempo de HIV (anos)			0,018
≤ 5	1	–	
> 5	2,66	1,10;2,74	
Idade da primeira relação sexual (anos)			0,044
≤ 15	1	–	
> 15	2,53	1,52;2,94	
Filhos			0,012
≤ 3	1	–	
> 3	2,16	1,14;2,75	
Renda (em salários mínimos)			0,286
> 2	1	–	
≤ 2	1,20	0,74;1,31	
Violência			< 0,001
Não	1	–	
Sim	5,70	1,83;17,67	

Outro fator associado à ideação suicida foi o maior número de filhos. A maternidade, em sociedades patriarcais, é destino obrigatório para as mulheres. 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.⁶

Muitas vezes, é na gestação que a mulher sabe que é infectada pelo HIV, tendo que aceitar o próprio diagnóstico e lidar com a possibilidade de transmissão do vírus ao filho. A ideação suicida pode surgir do sofrimento pela aquisição da doença e pela culpa de haver contaminado o filho.

Outro aspecto observado foi a maior frequência de ideação suicida em mulheres que haviam adquirido a doença há mais tempo. Após a introdução dos antirretrovirais, a aids assemelhou-se a outras enfermidades crônicas e as pessoas têm vivido tempo maior com a doença, precisando conviver com o preconceito, a discriminação, os efeitos colaterais da medicação e as restrições impostas pela enfermidade.^{14,18}

Apesar do aumento na expectativa de vida, viver com HIV impõe limitações sociais, profissionais, afetivas, dificuldade de manter relacionamentos e impasses nas decisões reprodutivas. Mesmo para as pessoas que aderem ao tratamento, com o passar do tempo a aids piora a qualidade de vida e a possibilidade de morrer segue presente no imaginário social, fazendo com que o fato de conviver com o HIV se torne uma situação de sofrimento, estresse e mal-estar. Adicionalmente, ao longo do processo de adoecimento ocorre agravamento dos

sintomas e agudização de sentimentos de depressão, desvalia e pensamentos de morte.¹⁸

Embora a variável renda não tenha permanecido no modelo final da análise estatística, considera-se importante problematizá-la. Neste estudo, a ideação suicida aconteceu principalmente entre as mais pobres, com renda familiar menor que dois salários mínimos.

Ao longo da última década, observa-se aumento da incidência de aids em populações pobres, onde há elevada frequência de famílias monoparentais chefiadas por mulheres que recebem baixos salários e trabalham em condições precárias, indicando que pobreza e gênero são condições que atuam interseccionalmente e contribuem para a feminização da doença.^{10,18,21} A presença da pobreza e desigualdade de gênero, raça e geração constituem o atual perfil da epidemia de aids no País,¹³ embora devam-se evitar estigmas e estereótipos à população pobre pelos agravos que sofre.

Neste estudo, a variável que apresentou maior força de associação com a ideação suicida foi a violência. Nesse caso, os dois fenômenos são modulados pelos papéis de gênero instituídos e pelo modo com que os sujeitos são socializados, que contribuem para a infecção pelo HIV, para a eclosão da violência na vida dessas mulheres (antes ou depois da infecção) e finalmente com o desejo da morte.^{11,12,20}

Procuramos não focar a ideação suicida como uma doença, entendendo que o sofrimento mental e o suicídio são socialmente produzidos e não precisam ser patologizados. A literatura mostra supervalorização da associação entre suicídio e perturbações

mentais,^{14,15,23} sendo a autoaniquilação considerada sintoma de psicopatologia individual e não um comportamento social, no qual as desigualdades e violências pautadas em gênero podem ser os determinantes mais distais.^{4,11,12}

As feminilidades e as masculinidades moldadas no sistema patriarcal, no qual os homens detêm o poder de controle, têm penalizado as mulheres em relação ao HIV, às violências e ao comportamento autoagressivo. Quanto à hierarquia entre os gêneros, a autoaniquilação pode ser percebida como última estratégia disponível pelos que têm menos poder para influenciar o comportamento dos que detêm maior parcela de poder.⁴

A submissão às normas sociais de gênero faz parte da vida de mulheres que vivem com HIV e que manifestam ideias suicidas. Essa ideiação é agravada nas mulheres submetidas a violências, com maior número de filhos, que iniciaram a vida sexual antes dos 15 anos e adoeceram há mais tempo. Esse achado corrobora resultados de estudos em que mulheres em contextos de desigualdade e opressão apresentam altas taxas de suicídio.^{4,5,23}

Este estudo, apesar da limitação de abordar apenas usuárias de um SAE, mostrou que, entre mulheres que vivem com HIV, as que sofreram violência de gênero apresentam maior frequência de ideiação suicida. Reforça-se a importância da utilização da categoria gênero em estudos epidemiológicos.

REFERÊNCIAS

1. Abramsky T, Watts CH, Garcia-Moreno C, Devries K, Kiss L, Ellsberg M, 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*. 2011;11:109. DOI:10.1186/1471-2458-11-109
2. Barros C, Schraiber LB, França-Junior I. Associação entre violência por parceiro íntimo contra a mulher e infecção por HIV. *Rev Saude Publica*. 2011;45(2):365-72. DOI:10.1590/S0034-89102011005000008
3. Botega NJ, Marín-León L, Oliveira HB, Barros MBA, Silva VF, Dalgalarrodo P. Prevalências de ideiação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2009;25(12):2632-8. DOI:10.1590/S0102-311X2009001200010
4. Canetto SS. Women and suicidal behavior: a cultural analysis. *Am J Orthopsychiatry*. 2008;78(2):259-66. DOI:10.1037/a0013973
5. Devries K, Watts C, Yoshihama M, Kiss L, Schraiber LB, Deyessa N, 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*. 2011;73(1):79-86. DOI:10.1016/j.socscimed.2011.05.006
6. D'Oliveira AFPL, Schraiber LB, França-Junior I, Ludermir AB, Portella AP, Diniz CS, et al. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. *Rev Saude Publica*. 2009;43(2):299-311. DOI:10.1590/S0034-89102009005000013
7. Ferreira JA, Castela MC. Questionário de ideiação suicida (Q.I.S). In: Simões MR, Gonçalves MM, Almeida LS, editores. Testes e provas psicológicas em Portugal. Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses/Sistemas Humanos e Organizacionais; 1999. p.129-30.
8. Garcia-Moreno C, Heise L, Jansen HAFM, Ellsberg M, Watts C. Violence Against Women. *Science*. 2005;310(5752):1282-3. DOI:10.1126/science.1121400
9. Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*. 2006;368(9543):1260-9. DOI:10.1016/S0140-6736(06)69523-8
10. Jewkes RK, Dunkle K, Nduna M, Shai N. Intimate partner violence, relationship power inequity, and incidence of HIV infection in young women in South Africa: a cohort study. *Lancet*. 2010;376(9734):41-8. DOI:10.1016/S0140-6736(10)60548-X
11. Meneghel SN, Victora CG, Faria NM, Carvalho LA, Falk JW. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Rev Saude Publica*. 2004;38(6):804-10. DOI:10.1590/S0034-89102004000600008
12. Meneghel SN, Gutierrez DMD, Silva RM, Grubits S, Hesler LZ, Cecon RF. Suicídio de idosos sob a perspectiva de gênero. *Cienc Saude Coletiva*. 2012;17(8):1983-92. DOI:10.1590/S1413-81232012000800009
13. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Bol Epidemiol Aids DST*. 2010;7(1):1-52.
14. Monnin J, Thiemard E, Vandel P, Nicolier M, Tio G, Courtet P, et al. Sociodemographic and psychopathological risk factors in repeated suicide attempts: gender differences in a prospective study. *J Affect Dis*. 2012;136(1-2):35-43. DOI:10.1016/j.jad.2011.09.001
15. Parkar SR, Dawani V, Weiss MG. Gender, suicide and the sociocultural context of deliberate self-harm in an urban general hospital in Mumbai, India. *Cult Med Psychiatry*. 2008;32(4):492-515. DOI:10.1007/s11013-008-9109-z
16. Reynolds WM. Adult Suicide Ideation Questionnaire: professional manual. Odessa: Psychological Assessment Resources; 1991.
17. Rockett IRH, Wang S, Lian Y, Stack S. Suicide-associated comorbidity among US males and females: a multiple cause-of-death analysis. *Inj Prev*. 2007;13(36):311-5. DOI:10.1016/S0140-6736(10)60548-X

18. Santos NJS, Barbosa RM, Pinho AA, Villela WV, Aidar T, Filipe EMV. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. *Cad Saude Publica*. 2009;25(Supl 2):s321-33. DOI:10.1590/S0102-311X2009001400014
19. Schlebusch L, Vawda N. HIV-infection as a self-reported risk factor for attempted suicide in South Africa. *Afr J Psychiatry (Johannesbg)*. 2010;13(4):280-3. DOI:10.4314/ajpsy.v13i4.61877
20. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França-Junior I, Diniz S, Portella AP, Ludermir AB, et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Rev Saude Publica*. 2007;41(5):797-807. DOI:10.1590/S0034-89102007000500014
21. Schraiber LB, Latorre MRDO, França-Junior I, Segri NJ, D'Oliveira AFPL. Validade do instrumento WHO VAW STUDY para estimar violência de gênero contra a mulher. *Rev Saude Publica*. 2010;44(4):658-66. DOI:10.1590/S0034-89102010000400009
22. Serpa MG. Primeiras experiências de exploração sexual: um estudo sobre o processo de aproximação de adolescentes a essa realidade. *Psico (Porto Alegre)*. 2010;41(1):32-9.
23. Shahmanesh M, Wayal S, Cowan F, Mabey D, Copas A, Patel V. Suicidal behavior among female sex workers in Goa, India: the silent epidemic. *Am J Public Health*. 2009;99(7):1239-46. DOI:10.2105/AJPH.2008.149930
24. 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: WHO; 2013.
25. World Health Organization. World report on violence and health. 3.ed. Geneva; 2002.

Artigo baseado na dissertação de mestrado de Ceccon RF, intitulada: "Mulheres que vivem com HIV: violência de gênero e ideação suicida", apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 2012.

Os autores declaram não haver conflito de interesses.