

Associação entre violência por parceiro íntimo e suicídio de mulheres moradoras de Campinas-Brasil: estudo caso-controle

Association between intimate partner violence and suicide of women residents of Campinas-Brazil: case-control study

Asociación entre la violencia de pareja y el suicidio entre mujeres residentes en Campinas, Brasil: un estudio de casos y controles

Thamiris Gomes Smania <https://orcid.org/0000-0002-5924-7556>¹; Ana Maria Pita Ruiz <https://orcid.org/0000-0002-9020-8600>¹; Carlos Alberto dos Santos Treichel <https://orcid.org/0000-0002-0440-9108>²; Danton Matheus de Souza <https://orcid.org/0000-0001-6320-4826>³; Ricardo Carlos Cordeiro <https://orcid.org/0000-0002-0437-1066>⁴

Resumo O estudo objetivou verificar a associação entre violência por parceiro íntimo (VPI) e suicídio de mulheres moradoras de Campinas, São Paulo, Brasil, em 2019. Trata-se de um estudo caso-controle de base populacional que utilizou informações presentes na Declaração de Óbito e o questionário semiestruturado de autópsia verbal. Realizou-se regressão logística múltipla ajustada para verificar as diferenças. Dos 19 casos, a maioria era mulher branca/amarela (57,89%), com idade média de 38,69 anos, sem companheiro (57,89%), sem trabalho (68,42%), com maior prevalência de VPI (68,42%), uso recreativo de álcool (42,10%) e morando em regiões com menor Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM = 0,7704). Foram fatores de risco para o suicídio feminino ter sofrido VPI; uso recreativo e uso problemático de álcool; uso prescrito e uso problemático de antidepressivos. Em contrapartida, ter trabalho, mais idade e maior IDHM foram fatores de proteção. Este estudo joga luz sobre a associação entre VPI e os suicídios femininos, evidenciando a importância de os serviços de saúde somarem forças para a redução de ambos os fenômenos.

Palavras-chave Suicídio, Fator de risco, Violência contra a mulher, Saúde da mulher

Abstract The study aimed to verify the association between intimate partner violence (IPV) and suicide among women living in Campinas, São Paulo, Brazil in 2019. This is a population-based case-control study that used information from the Death Certificate and the semi-structured verbal autopsy questionnaire. Adjusted multiple logistic regression was performed to verify the differences. Of the 19 cases, the majority were white/yellow women (57,89%), with an average age of 38,69 years, without a partner (57,89%), not working (68,42%), with a higher prevalence of IPV (68,42%), recreational alcohol use (42,10%) and living in regions with a lower Municipal Human Development Index (MHDI = 0,7704). Risk factors for female suicide were having suffered IPV; recreational use and problematic use of alcohol; prescribed use and problematic use of antidepressants. On the other hand, having a job, being older and having a higher MHDI were protective factors. This study sheds light on the association between IPV and female suicides, highlighting the importance of health services joining forces to reduce both phenomena.

Key words Suicide, Risk factor, Violence against women, Women's health

Resumen Este estudio tuvo como objetivo verificar la asociación entre la violencia de pareja (VP) y el suicidio en mujeres residentes en Campinas, São Paulo, Brasil, en 2019. Se trató de un estudio poblacional de casos y controles que utilizó información de certificados de defunción y el cuestionario semiestruturado de autopsia verbal. Se realizó una regresión logística múltiple ajustada para evaluar las diferencias. De los 19 casos, la mayoría eran mujeres blancas/asiáticas (57,89%), con una edad media de 38,69 años, sin pareja (57,89%), desempleadas (68,42%), con una mayor prevalencia de VP (68,42%), consumo recreativo de alcohol (42,10%) y residentes en regiones con un Índice de Desarrollo Humano Municipal (IDH) más bajo (IDMH = 0,7704). Los factores de riesgo para el suicidio femenino incluyeron haber sufrido VP; uso recreativo y consumo problemático de alcohol; uso con receta y consumo problemático de antidepressivos. Por el contrario, estar empleado, la edad avanzada y un mayor índice de mortalidad femenina fueron factores protectores. Este estudio arroja luz sobre la asociación entre la violencia de pareja y el suicidio femenino, destacando la importancia de que los servicios de salud aúnen esfuerzos para reducir ambos fenómenos.

Palabras clave Suicidio, Factor de riesgo, Violencia contra la mujer, Salud de la mujer

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. R. Albert Sabin s/nº, Cidade Universitária Zeferino Vaz. 13083-894 Campinas SP Brasil. thamiris.smaniag@gmail.com

² Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo SP Brasil.

³ Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo SP Brasil.

⁴ Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas SP Brasil.

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define o comportamento suicida como uma série de ações que incluem ideação, planejamento, tentativa e o suicídio. A ideação consiste no desejo de acabar com a própria vida, mas sem ações; o planejamento, com planos que podem ser executados nas tentativas, quando não há o sucesso; e o suicídio, caracterizado quando há o óbito proveniente de uma violência autoprovocada¹.

Estima-se que, no mundo, ocorram mais de 700 mil óbitos por suicídio a cada ano². Adicionalmente, para cada suicídio, ocorrem cerca de 20 outras tentativas, culminando em um total de 14 milhões de tentativas/ano. Em relação ao sexo, homens concretizam mais suicídios do que mulheres¹. No Brasil, em estudo transversal conduzido entre 2010 e 2019, foram relatados 112.230 óbitos por suicídio, com estimativa da taxa de mortalidade masculina em 10 suicídios a cada 100 mil habitantes, enquanto para mulheres essa taxa correspondeu a 2/100 mil. Apesar dessa menor incidência, o número de suicídios entre mulheres tende a se elevar a depender de certos determinantes de saúde, como em casos de violência por parceiros íntimos (VPI)³.

A VPI é definida pela OMS como os comportamentos no relacionamento que levam a danos físicos, sexuais e/ou psicológicos, incluindo atos de agressão física, coerção sexual, abuso psicológico e controle, abrangendo tanto os cônjuges e parceiros atuais quanto os anteriores⁴. É um fenômeno multifacetado, resultando de uma interação entre fatores pessoais, situacionais e socioculturais⁵. Como no suicídio, a VPI é vista como um problema de saúde pública, sendo a violação mais frequente dos direitos humanos das mulheres⁶.

Não há um consenso mundial quanto à prevalência da VPI. Todavia, os estudos indicam uma proporção entre 25% e 40% de exposição a alguma VPI na vida da mulher, sendo mais frequente naquelas em idade reprodutiva⁵⁻⁸. E aproximadamente 38% dos assassinatos femininos ocorrem em decorrência de VPI⁶. No Brasil, apesar do avanço em políticas públicas e campanhas educativas, as estimativas são elevadas. Em 2019, a prevalência de VPI em mulheres brasileiras foi de 7,6% na população feminina⁹, o que totaliza mais de 4 milhões de mulheres. Entre as inúmeras consequências, atenção especial deve ser dada às psicológicas, relatadas por duas em cada três mulheres vítimas de VPI⁹.

Frente às consequências psicológicas, há relatos de depressão, ansiedade, transtorno do es-

trese pós-traumático, alterações no padrão de sono, problemas com a autoimagem corporal, dependência de substâncias psicoativas e ideação suicida^{5,7,9}. É digno de nota que esses problemas de saúde mental são reconhecidos pela literatura como fatores de risco para o suicídio, e sua vivência pode acentuar o óbito por suicídio em mulheres¹⁰. Estima-se que a proporção de suicídios entre mulheres vítimas de VPI varie de 25% a 45%, e que 20% dessas vítimas tenham feito múltiplas tentativas de suicídio antes do ato consumado^{8,11}.

As estimativas citadas podem estar subestimadas, pois dependem da notificação dos eventos^{6,7,12}. Entretanto, é evidente a ocorrência simultânea de dois eventos graves, um fenômeno invisibilizado (suicídio feminino)¹³ e outro banalizado como “norma social” (VPI). A OMS e as Nações Unidas reconhecem esse contexto e trazem como um imperativo global, nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), a redução da mortalidade por suicídio e a promoção da saúde mental (3º ODS: bem-estar), bem como a eliminação de todas as formas de violência contra as mulheres (5º ODS: igualdade de gênero)¹⁴. Nesse contexto, a informação é uma ferramenta imprescindível à visibilidade da temática, sendo essencial a condução de estudos sobre a temática.

Em revisão sistemática da literatura conduzida com 201 estudos de violência contra a mulher, apenas 12 investigações eram brasileiras, e nenhuma indicou associação com o suicídio. Dos estudos que associaram o comportamento suicida e a VPI, o enfoque principal era a ideação ou tentativa de suicídio, com dados escassos referentes ao ato consumado⁷.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo é verificar a associação entre VPI e suicídio de mulheres moradoras de Campinas, São Paulo, Brasil, em 2019.

Método

Trata-se de um estudo caso-controle de base populacional em que os casos são todas as moradoras de Campinas, São Paulo, que faleceram vítimas de suicídio em 2019, e os controles são mulheres moradoras da cidade nesse mesmo ano.

Seleção de casos

A Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (SMS) recebe rotineiramente de múltiplas

fontes a totalidade das declarações de óbitos (DO) dos falecidos moradores do município, que são revisadas e complementadas quando necessário, sendo classificadas de acordo com as causas básicas de óbito segundo a 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10). Mediante parceria com a SMS, parte do conteúdo de todas as DO de moradoras de Campinas que faleceram em qualquer parte do território nacional entre 1º de janeiro de 2019 e 31 de dezembro de 2019 com a causa básica do óbito classificada, após revisão, como suicídio (códigos X60.0 a X84.9 da CID-10) foi encaminhado para a equipe que executou a pesquisa. A partir da informação contida no campo *residência habitual do falecido*, na parte II da DO, a família da moradora falecida foi localizada e um de seus membros foi incluído no estudo como respondente substituto (*proxy respondent*) de um caso, após conhecer os objetivos da pesquisa e consentir formalmente em dela participar.

Seleção de controles

Por intermédio de um protocolo de cooperação estabelecido com a Sociedade de Abastecimento de Água e Saneamento de Campinas (que refere possuir cadastro atualizado de 99,8% dos domicílios residenciais do município), obteve-se uma amostra aleatória simples de 800 domicílios residenciais da cidade. Os domicílios amostrados foram acessados presencialmente por entrevistadores treinados, que em um primeiro contato com um morador adulto presente apresentava os objetivos do estudo e listava todos os moradores da casa. Por meio de um sorteio, um morador com mais de 15 anos de idade foi escolhido nessa lista. Aquelas do sexo feminino que consentiram a participação no estudo foram incluídas como controle. Reitera-se que a faixa etária de 15 anos ou mais para controles foi determinada considerando-se que óbitos por suicídio (casos) ocorreram a partir dos 15 anos. No processo amostral não houve emparelhamento entre casos e controles.

Coleta de dados

Entrevistadores treinados aplicaram aos respondentes substitutos dos casos e aos controles um questionário semiestruturado de autópsia verbal¹⁵, para elucidação das circunstâncias do óbito, que contemplava variáveis sociodemográficas, comportamentais e socioambientais,

tendo como referência os últimos 30 dias de vida para os casos e os 30 dias anteriores à entrevista para os controles. O questionário continha perguntas referentes a:

Variáveis sociodemográficas: raça/cor (branca, preta, amarela, parda, indígena); estado civil (solteira, casada, viúva, divorciada), exercício de atividade remunerada (sim, não), idade (anos), anos de escolaridade (anos) e tempo morando em Campinas (anos).

Variáveis comportamentais e relacionadas a eventos da vida: ter sofrido VPI nos últimos 30 dias (sim, não); uso de substância psicoativa (sim, não); uso de álcool, tabaco, maconha (não, uso recreativo, uso problemático); uso de cocaína (não, uso problemático); uso de antidepressivo (não, prescrito, uso problemático); vítima de algum tipo de ameaça à integridade física ou mental (sim, não); presença de deficiências físicas, visuais, auditivas ou intelectual (sim ou não) e medo de sofrer violência por parte de criminosos ou policiais (sim, não). Para a VPI, definiu-se como parceiro íntimo o companheiro ou ex-companheiro com que a mulher vive ou viveu, independentemente de união formal, desde que tenha tido relação sexual. E para as substâncias psicoativas, o uso problemático como desejo ou compulsão de difícil controle, quantidade e/ou frequência intensa, interações prévias associadas e impacto em relações sociais. O uso recreativo foi definido como uso eventual sem repercussões na vida pessoal e social.

Variável socioambiental: obteve-se o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) das unidades de desenvolvimento humano (UDH) onde se localizavam as residências de casos e controles.

Neste estudo, utilizou-se o IDHM das UDH como um marcador social. As UDH são microrregiões socioambientais relativamente homogêneas, contíguas, contendo ao menos 400 domicílios, cuja identidade é reconhecida pela população nela residente. Elas foram estabelecidas em todas as regiões metropolitanas do país por técnicos do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), em 2013, como estratégia para entender melhor diferenciais sociodemográficos intraurbanos. O IDHM é um número real, variando entre 0 e 1, que sintetiza variáveis ligadas à renda, à escolaridade e à longevidade dos moradores da região a que se refere. Quanto mais próximo de 1, supostamente maior é o desenvolvimento humano da região. Em Campinas foram definidas 187 UDH em 2013. O IDHM dessas regiões varia entre 0,636 e 0,954¹⁶.

Análise

Inicialmente, foram ajustados modelos de regressão logística univariados, tendo como variável preditora cada uma das variáveis já mencionadas, e como variável resposta, o status do indivíduo (caso ou controle). A seguir, foi ajustado um modelo de regressão logística múltipla, conduzido pelo método *backward*. Como critério de entrada de preditores no modelo adotou-se valor- $p \leq 0,25$ na análise univariada. Para permanência no modelo múltiplo foi adotado valor- $p \leq 0,05$. Não foi analisada a colinearidade entre preditores do modelo. A qualidade do ajuste obtido foi verificada calculando-se a estatística C-Index por meio da library *PROC* do *software R*, versão 4.0.0.

A execução deste estudo foi regulamentada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (parecer 3.175.939, CAAE: 04005118.9.0000.5404). Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre Esclarecido e foram garantidas as condições de confidencialidade e sigilo das informações.

Para guiar a redação do estudo, utilizou-se os itens do *checklist* “Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE)”¹⁷.

Resultados

Em Campinas, 83 moradores foram vítimas de suicídio em 2019, dos quais 19 eram mulheres. Familiares próximos de cada uma dessas vítimas mulheres foram contatados e aceitaram participar do estudo como respondentes substitutos. Dos 800 endereços residenciais de Campinas, 29 (3,62%) foram descartados sem reposição devido a recusas para participar do estudo. Para os 771 domicílios restantes, sorteou-se um morador, dos quais 399 eram mulheres com mais de 15 anos que consentiram participar do estudo e foram incluídas na análise como controles.

A Tabela 1 mostra a distribuição das variáveis sociodemográficas, comportamentais e socioambientais coletadas durante as entrevistas para casos e controles. Nela pode-se observar, nas vítimas de suicídio, em relação ao grupo controle, menor prevalência de mulheres brancas/amarelas (57,89%/70,43%), menor média de idade (38,69 anos/50,35 anos), menor prevalência de trabalho remunerado (21,05%/44,36%), maior prevalência de VPI (68,42%/52,38%), maior prevalência de uso recreativo de álcool (42,10%/30,07%) e morando em regiões com IDHM médio menor (0,7704/0,8180). A Tabela 2 mostra estatísticas obtidas nas regressões logísticas univariadas ajustadas. Encontrou-se

Tabela 1. Distribuição de variáveis sociodemográficas e comportamentais entre casos e controles. Campinas, São Paulo, 2019.

Variável/categoria	Casos		Controles	
	Freq. abs (n)	Freq. relat (%)	Freq. abs (n)	Freq. relat (%)
Variáveis sociodemográficas				
Raça/cor				
Branca/amarela	11	57,89	281	70,43
Parda/preta	8	42,11	118	29,57
Estado civil				
Casada/união estável	8	42,11	177	44,36
Solteira/viúva	6	31,58	177	44,36
Divorciada/separada	5	26,31	43	10,78
Não informado	0	0	2	0,50
Trabalho remunerado				
Sim	4	21,05	177	44,36
Não	13	68,42	222	55,63
Não informado	2	10,52	0	0
	média	desvio padrão	média	desvio padrão
Idade	38,69	18,22	50,35	19,58
Anos de escolaridade	7,42	6,85	10,87	5,03
Tempo morando em Campinas	20,11	18,23	35,40	20,21

continua

Tabela 1. Distribuição de variáveis sociodemográficas e comportamentais entre casos e controles. Campinas, São Paulo, 2019.

Variável/categoria	Casos		Controles	
	Freq. abs (n)	Freq. relat (%)	Freq. abs (n)	Freq. relat (%)
Variáveis comportamentais e relacionadas a eventos da vida				
VPI				
Não	4	21,05	188	47,12
Sim	13	68,42	209	52,38
Não informado	2	10,53	2	0,50
Uso de substância psicoativa				
Não	2	10,53	239	59,90
Sim	14	73,68	160	40,10
Não informado	3	15,79	0	0
Álcool				
Não usa	5	26,32	275	68,92
Uso recreativo	8	42,10	120	30,07
Uso problemático	3	15,79	4	1,00
Não informado	3	15,79	0	0
Tabaco				
Não usa	12	63,16	355	88,97
Uso recreativo	2	10,53	34	8,52
Uso problemático	2	10,53	14	3,50
Não informado	3	15,79	0	0
Antidepressivos				
Não usa	7	36,84	368	92,23
Uso prescrito	7	36,84	27	6,77
Uso problemático	1	5,26	3	0,75
Não informado	4	21,05	1	0,25
Maconha				
Não usa	13	68,42	390	97,74
Uso recreativo	0	0	6	1,50
Uso problemático	3	15,79	2	0,50
Não informado	3	15,79	1	0,25
Cocaína				
Não usa	14	73,68	398	99,75
Uso problemático	2	10,53	0	0
Não informado	3	15,79	1	0,25
Sofreu ameaça				
Sim	1	5,26	18	4,51
Não	14	73,68	381	95,49
Não informado	4	21,05	0	0
Sente medo				
Sim	1	5,26	75	18,80
Não	14	73,68	323	80,95
Não informado	4	21,05	1	0,25
Deficiência				
Sim	8	42,10	256	64,16
Não	10	52,63	143	35,84
Não informado	1	5,26	0	0
Variável socioambiental				
	média	desvio padrão	média	desvio padrão
IDHM	0,7704	0,1160	0,8180	0,0858

Fonte: Autores.

Tabela 2. Estatísticas obtidas no modelo logístico univariado. Campinas, São Paulo, 2019.

Variável	Categoria	OR	Lim. inferior	Lim. superior	Valor-p
Variáveis sociodemográficas					
Raça/cor	Branca/amarela	1	-	-	-
	Parda/preta	1,68	0,57	3,52	0,2770
Estado civil	Casada/união estável	1	-	-	-
	Solteira/viúva	1,05	0,36	3,11	0,9250
	Divorciada/separada	2,57	0,80	8,26	0,1120
Trabalho remunerado	Não	1	-	-	-
	Sim	0,39	0,13	1,23	0,1080
Idade	Variável contínua	0,97	0,95	0,99	0,0141
Anos de escolaridade	Variável contínua	0,88	0,80	0,96	0,0060
Tempo morando em Campinas	Variável contínua	0,95	0,92	0,98	0,0012
Variáveis comportamentais e relacionadas a eventos da vida					
VPI	Não	1	-	-	-
	Sim	2,01	0,75	5,40	0,1650
Uso de substância psicoativa	Não	1	-	-	-
	Sim	10,63	2,38	47,40	0,0019
Álcool	Não	1	-	-	-
	Uso recreativo	3,72	1,19	11,60	0,0236
	Uso problemático	41,85	7,36	238,10	< 0,0001
Tabaco	Não	1	-	-	-
	Uso recreativo	1,74	0,37	8,10	0,4801
	Uso problemático	4,22	0,86	20,71	0,0750
Antidepressivos	Não	1	-	-	-
	Uso prescrito	13,78	4,50	42,14	< 0,0001
	Uso problemático	17,71	1,63	192,06	0,0181
Maconha	Não	1	-	-	-
	Uso recreativo	< 0,0001	< 0,0001	> 1000	0,9930
	Uso problemático	45,46	6,99	295,72	< 0,0012
Cocaína	Não	1	-	-	-
	Uso problemático	57,43	4,91	671,44	0,0012
Sofreu ameaça	Não	1	-	-	-
	Sim	1,58	0,19	12,27	0,6900
Medo	Não	1	-	-	-
	Sim	0,31	0,04	2,37	0,2370
Variável socioambiental					
IDHM	Variável contínua	0,0026	< 0,0001	0,4561	0,0249

Fonte: Autores.

associação positiva com VPI, uso de substância psicoativa, álcool, antidepressivo, além de uso problemático de tabaco, maconha e cocaína. E associação inversa com trabalho remunerado, idade, escolaridade, tempo em Campinas e IDHM.

A Tabela 3 sintetiza o ajuste múltiplo obtido, que preservou os pressupostos da análise de regressão logística. Observou-se, em diferentes magnitudes, que ter sofrido VPI nos últimos 30 dias e fazer uso de álcool e antidepressivos foram fatores de risco para o suicídio feminino. Por outro lado, ter trabalho remunerado e maior idade e IDHM do local de moradia foram identificados como fatores de proteção. Não foram identificadas interações significativas entre as variáveis selecionadas pelo modelo.

O modelo logístico múltiplo ajustado apresentou estatística C-Index igual a 0,958, uma excelente discriminação, sugerindo que o conjunto de variáveis selecionadas no ajuste são fortes preditoras de suicídio, conforme ilustra a Figura 1.

Discussão

Em revisão sistemática conduzida com 37 estudos sobre VPI e comportamento suicida, foram encontrados nove com delineamento caso-controle; todavia, essas pesquisas se concentram nos Estados Unidos⁸, sendo esta investigação inédita no Brasil. O presente estudo identificou associação entre VPI e suicídio de mulheres, sendo que aquelas que foram vítimas de violência, 30 dias antes do suicídio, tiveram risco mais do que cinco vezes aumentado de óbito em relação às mulheres que não referiram violência. Esse dado é alarmante e os serviços de saúde devem somar forças para a redução da ocorrência de ambos os fenômenos.

Entretanto, a busca por serviços de saúde devido à VPI e/ou comportamento suicida é baixa. No Brasil, estudo transversal com dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 demonstrou que, de 34.334 mulheres vítimas de VPI, 69,1% referiram consequências psicológicas do ato, mas apenas 13,9% buscaram o serviço de saúde, e dessas, 11,2% não foram atendidas⁹. A baixa busca por serviços pode estar associada a: estigma; discriminação; medo do abandono pela rede de apoio e pela sociedade, ou de o parceiro descobrir e ocasionar ações mais violentas;

Tabela 3. Estatísticas obtidas no modelo logístico múltiplo. Campinas, São Paulo, 2019.

Variável	Categoria	OR	Lim. inferior	Lim. superior	Valor-p
VPI					
	Não	1	-	-	-
	Sim	5,58	1,11	28,08	0,0369
Variáveis sociodemográficas					
Idade	Variável contínua	0,93	0,89	0,97	0,0018
Trabalho remunerado					
	Não	1	-	-	-
	Sim	0,21	0,04	1,05	0,0578
Variáveis comportamentais e relacionadas a eventos da vida					
Álcool					
	Não usa	1	-	-	-
	Uso recreativo	4,49	1,05	19,19	0,0429
	Uso problemático	49,10	4,78	504,15	0,0011
Antidepressivo					
	Não usa	1	-	-	-
	Uso prescrito	80,81	13,67	479,22	< 0,0001
	Uso problemático	161,76	3,56	7356,32	0,0090
Variável socioambiental					
IDHM					
	Variável contínua	0,0014	< 0,0001	0,8622	0,0449

Fonte: Autores.

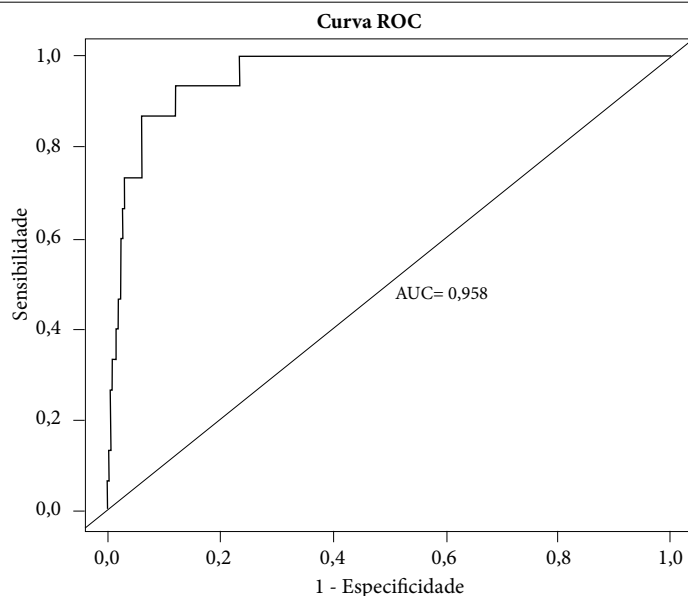


Figura 1. Curva ROC do modelo logístico múltiplo ajustado para a predição de suicídio entre mulheres, incluindo as variáveis violência por parceiro íntimo, idade, status laboral, uso de álcool e antidepressivos e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal do local de moradia.

Fonte: Autores.

e sentimento de culpa^{7,18,19}. O mesmo é visto em casos de comportamento suicida²⁰. Esse contexto precisa ser ressignificado, em um caminho em que a rede de atenção psicossocial se torne uma fonte de acolhimento e cuidado a essas mulheres, reduzindo o risco de óbito por suicídios ou feminicídios²¹.

Em mulheres vítimas de VPI, os cuidados de posvenção são necessários para minimizar a chance de suicídio. Em estudo qualitativo com mulheres africanas vítimas de VPI, observaram-se relatos das sobreviventes de que a memória do ato da violência ocasionava impactos emocionais e sociais. Com inúmeras reações emocionais, como vergonha e culpa, e sociais, pelo distanciamento da família extensa e das interações¹⁸. Esse contexto deve ser considerado no processo de cuidar, uma vez que os impactos citados são reconhecidos como fatores de risco ao suicídio¹⁰.

Para reduzir a VPI e o suicídio, é necessário atuar com o contexto e a minimização da violência como “norma social”. Na sociedade, há resquícios históricos e culturais patriarcais, com comportamentos determinados por papéis de gênero, sendo aceito que homens sejam agressivos, sempre justificado por comportamento impulsivo, e esperado que as mulheres aceitem

com submissão^{19,22,23}. Essa relação de poder e desigualdade de gênero faz com que a sociedade responsabilize a mulher pela vivência da violência, reduzindo sua chance de buscar os serviços de saúde e, conseqüentemente, influenciando sua visão de que o óbito é a única chance para pôr fim à exposição à violência^{18,24}. Assim, cabe refletir: como minimizar a ocorrência da VPI e do suicídio em um contexto social permeado por vitimização da figura agressora e culpabilização da vítima real?

A literatura indica que a exposição à VPI eleva em duas vezes a chance de vivenciar sintomas depressivos, transtorno do estresse pós-traumático e pensamentos suicidas²⁵. No Irã, estudo caso-controle com mulheres vítimas de VPI demonstrou que aquelas que sofreram tentativa de assassinato por seus parceiros tiveram 44 vezes mais chance de tentar um suicídio, assim como aquelas que sofreram ameaça de agressão física (37 vezes mais chance), ciúme possessivo dos companheiros (23 vezes mais chance) e tentativas falhas de divórcio (16 vezes mais chance)¹⁹.

Esses estudos evidenciam que a exposição a diversas manifestações de violência sofridas pelas mulheres em uma relação íntima pode causar adoecimento e desencadear o comportamento suicida. Nesse contexto, pode-se fazer

analogia com uma bomba relógio, em que os fatores vão se somar e levar a um cenário em que o suicídio, na visão da vítima, se torna a única possibilidade para colocar fim a uma vida de violências²⁶.

No presente estudo, as mulheres que faziam uso recreativo de álcool tiveram risco quatro vezes maior de suicídio, e as em uso problemático o risco se acentuou para 49,10 vezes em comparação às demais. A literatura reconhece a associação entre VPI e uso de substâncias psicoativas, especialmente o álcool^{5,7,18}, sendo que essa substância esteve associada em investigações ao maior risco de comportamento suicida^{5,25,27}, o que corrobora este estudo. O uso do álcool pode ser visto como um marcador de sofrimento, sendo utilizado como mecanismo de compensação, com acentuação de momentos de prazer ou de desligamento da realidade, que pode estar permeada por violência e pensamentos suicidas.

Este estudo também encontrou associação entre o suicídio e o uso de antidepressivos; as mulheres que faziam uso prescrito tiveram risco 80,81 vezes maior, e as em uso problemático, 161,76 vezes maior de se suicidarem. Vale destacar que o uso, prescrito ou não, de psicoterápicos não é o causador do suicídio, como o nome fator de risco sugere. Mas é, antes de tudo, um marcador de vulnerabilidade e de sofrimento em grau elevado, como a depressão. Tal achado evidencia o sofrimento mental atrelado ao mal ou nenhum acompanhamento médico. Assim, é necessário que essas mulheres estejam articuladas em uma rede de cuidado com outras intervenções para a promoção de saúde mental^{19,26}.

Um ponto a ser ressaltado é que diferentes culturas, etnias, crenças religiosas, valores e normas influenciam na representação da VPI e do suicídio, bem como suas estatísticas¹⁰. Apesar dos homens terem maiores taxas de suicídio, em países africanos, asiáticos e orientais a taxa se inverte e mulheres representam o maior número de suicídios^{19,28}. Tal aspecto pode estar relacionado a sociedades patriarcais, em que o casamento e a maternidade precoces e forçados ocorrem, assim como exclusão e representação social da mulher apenas como cuidadora^{5,21,29-31}. Há uma intersecção direta entre VPI e o contexto social (educação, habitação, segurança pessoal e financeira)⁶, então esse aspecto deve ser levado em conta ao atuar com o fenômeno. No Brasil, há um avanço nesse contexto e nas políticas públicas⁹.

O trabalho remunerado reduziu em 79,0% o risco de suicídio em mulheres, fato positivo, considerando que mulheres vítimas de VPI se

excluem com frequência de atividades do mercado de trabalho, visando reduzir o ciúme do parceiro¹⁸.

A VPI e o suicídio são mais frequentes em países de baixa e média renda⁹. Neste estudo, o aumento de 0,01 do IDH associou-se a uma redução de 6,5% do risco de suicídio, corroborando essa realidade e ressaltando a necessidade emergente de investimento político no cenário social como fator de proteção a esses fenômenos.

Outro fator associado à VPI e ao suicídio é a idade. No Brasil, em estudo transversal, observou-se que as mulheres mais jovens (entre 18 e 24 anos) tiveram maior chance de VPI em comparação com as mulheres acima de 40 anos⁹. Nessa faixa etária, o suicídio, de base, representa a quarta principal causa de óbitos¹. Esses dois fatores podem se somar e acentuar o comportamento suicida, corroborando esta pesquisa, em que o aumento da idade reduziu o risco de suicídio. A exposição à VPI pode estar associada à menor idade, considerando a imersão inicial em relacionamentos, com maior chance de abuso doméstico²², e à vivência das cobranças sociais, familiares e acadêmicas^{10,21}.

O presente estudo foi conduzido em 2019, período imediatamente anterior à pandemia de COVID-19. Cabe refletir sobre como o contexto pandêmico influenciou nas taxas de VPI e suicídio. Em um estudo transversal conduzido com 751 mulheres africanas no período pré e intra-pandêmico, observou-se que a VPI aumentou de 4,4% para 14,8% durante o isolamento social; e sintomas de ansiedade, depressão e estresse foram vivenciados por 85% das mulheres, associado significativamente com a exposição à violência²⁹. Esses dados corroboram achados de estudo brasileiro que encontrou associações entre VPI e maiores frequências de depressão e ideação suicida em mulheres residentes no Brasil no período pandêmico³². Assim, considerando o aumento da VPI no período, o suicídio em mulheres pode ter se elevado, hipótese que deve ser avaliada em futuras investigações.

Visando reduzir as taxas de suicídio a OMS publicou as diretrizes *Live-Life: implementation guide for suicide prevention in countries*, em que um de seus pilares consiste na análise da situação epidemiológica para fornecer o histórico e o perfil atual do suicídio, orientando estratégias de prevenção¹. Nesse contexto, este estudo se interliga com esse pilar, considerando a análise do perfil de mulheres que se suicidam e demonstrando sua associação com a VPI, sendo necessário refletir a respeito de estratégias para alterar desse contexto.

Para a prevenção da VPI, revisão sistemática indicou como estratégias o apoio individual, a autonomia econômica, a mobilização comunitária, a busca ativa e o encaminhamento oportuno a serviços de assistência à saúde da mulher. Indicam ainda que essas estratégias também devem ser dirigidas aos potenciais perpetuadores da violência, com a inclusão da figura masculina em ações de prevenção⁴. No 5º ODS, indica-se a necessidade de aperfeiçoar tecnologias de informação e comunicação e fortalecer as políticas e legislações vigentes¹⁴. As estratégias precisam ser somadas e interligadas à individualidade da mulher e ao contexto em que ela está inserido^{2,12}, considerando os aspectos citados nesta discussão, com vistas a fortalecer a cidadania feminina e elevar as vozes silenciadas. Somam-se a essas estratégias as condutas para identificação precoce do comportamento suicida e prevenção do suicídio, com ações multissetoriais e territoriais, com participação social e integradas na rede de atenção psicossocial^{1,12,22}.

O estudo apresenta como limitações a possibilidade de os dados de casos e controles terem sido subestimados frente à real vivência da VPI, uma vez que a violência vivida pode ser uma questão incômoda de referir, demandando intimidade/cumplicidade entre o entrevistador e a pessoa entrevistada. Dada as restrições orçamentárias e de cronograma do estudo, as entrevistas pontuais não favoreceram a criação de vínculo. Outro ponto é a possibilidade de desconhecimento da família sobre a vivência de VPI pela mulher vítima de suicídio, uma vez que a coleta de dados dos casos foi feita com os respondentes familiares substitutos.

Outra limitação é o número de casos analisados. Embora tenham sido contabilizados todos os suicídios femininos ocorridos em um ano entre mulheres moradoras de uma cidade com 1,2 milhão de habitantes, o número de casos observados, do ponto de vista estritamente estatístico, não é expressivo. Isso implicou alguns intervalos de confiança largos (embora indiscutivelmente significativos), tanto na análise univariada quanto na múltipla. Uma possível superação dessa limitação seria incluir um ou mais anos de observação, outra seria incluir outras cidades no estudo, ambas além da capacidade operacional da equipe que conduziu a investigação.

O estudo tem como fortalezas o desenho caso-controle de base populacional com amostra aleatória simples dos controles e a análise da totalidade dos casos de suicídio de mulheres ocorridos em Campinas, São Paulo, no ano de 2019, assim como eventuais suicídios femini-

nos mal classificados como outra morte violenta que foram identificados e incluídos no estudo. Outro ponto forte é que o estudo foi conduzido em Campinas, um município considerado de grande porte, com população de mais de 1,2 milhão de habitantes, que enfrenta desafios típicos de grandes aglomerações urbanas, como desigualdades, altos índices de violência e inequidades em saúde. Uma cidade como Campinas apresenta características compatíveis com muitos centros urbanos do país; dessa forma, os dados apresentados neste estudo são de grande relevância e também devem ser interpretados, criticados e comparados com outros recortes territoriais.

Conclusão

Na presente pesquisa é evidenciada a relação entre VPI e um significativo aumento no risco de suicídio, indicando que as mulheres que foram vítimas de violência nos 30 dias anteriores ao ato apresentaram risco de óbito por suicídio cinco vezes maior em comparação com aquelas que não relataram violência. A qualidade do ajuste obtido sugere que o modelo é robusto para identificar essa associação. Além disso, fazer uso de álcool e antidepressivos também foi identificado como fator de risco para o suicídio feminino. Em contrapartida, ter trabalho reenumerado e o aumento tanto da idade quanto do IDHM do local de moradia foram fatores de proteção.

O fato de a VPI acontecer majoritariamente na esfera privada, somada à cultura patriarcal que naturaliza a violência, contribui para a escassez de informações sobre os casos de suicídios femininos relacionados ao histórico de VPI. Assim, o estudo espera contribuir, no contexto da saúde coletiva, para a visibilidade dos suicídios femininos e da VPI como um importante fator de risco que afeta a saúde mental e física das mulheres, provocando adoecimento e levando à morte.

A VPI, que se manifesta em sua forma mais extrema no feminicídio, revela-se aqui como um fator importante para outra morte violenta feminina, o suicídio. Os dados reforçam a natureza complexa e multifatorial do suicídio, ao mesmo tempo em que expõem as diversas violações que as mulheres enfrentam ao longo da vida. Também apontam para a urgência de fortalecer as políticas de saúde pública já existentes no Brasil e para a necessidade de estratégias de prevenção, assistência e promoção da saúde de forma multissetorial e territorial.

Colaboradores

TG Smania: coleta de dados, concepção da ideia de análise, curadoria dos dados, análise e interpretação dos resultados, redação do manuscrito original, redação da revisão e edição. AMP Ruiz: coleta de dados, análise estatística, redação do manuscrito original, redação da revisão e edição, aprovação da versão final do artigo. CAS Treichel e DM Souza: interpretação dos resultados, revisão crítica, aprovação da versão final do artigo. RC Cordeiro: concepção e delineamento do estudo, supervisão do estudo, curadoria dos dados, análise estatística, revisão crítica, aprovação da versão final do artigo.

Financiamento

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – Fapesp.

Declaração de disponibilidade de dados

As fontes de dados utilizados na pesquisa estão indicadas no corpo do artigo.

Referências

1. World Health Organization (WHO). *Live-Life: an implementation guide for suicide prevention in countries*. Geneva: WHO; 2021.
2. World Health Organization. *Suicide worldwide in 2019: global health estimates*. Geneva: WHO; 2021.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. *Bol Epidemiol* 2021; 52(1):1-23.
4. Alsina E, Birlouez A, Altman D, Lafaye G, Dardier V, Plantier M, Gautier S, Aouizerate B, Thomas P, Jehel L, Carton S, Walter M. Interventions to prevent intimate partner violence: a systematic review and meta-analysis. *Violence Against Women* 2024; 30(3-4):953-980.
5. Shubina O, Kapiga S, Baisley K, Weiss HA, Haisma H, Mshana G, Lees S. The association between alcohol consumption and intimate partner violence in young male perpetrators in Mwanza, Tanzania: a cross-sectional study. *Glob Health Action* 2023; 16(1):2185967.
6. World Health Organization (WHO). Violence against women: Intimate partner and sexual violence against women [Internet]. 2016 [cited 2023 out 13]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
7. White SJ, Sin J, Sweeney A, Salisbury T, Wählich C, Montesinos Guevara CM, Gillard S, Brett E, Allwright L, Iqbal N, Khan A, Perot C, Marks J, Mantovani N. Global prevalence and mental health outcomes of intimate partner violence among women: a systematic review and meta-analysis. *Trauma Violence Abuse* 2024; 25(1):494-511.
8. McLaughlin J, O'Carroll RE, O'Connor RC. Intimate partner abuse and suicidality: a systematic review. *Clin Psychol Rev* 2012; 32(8):677-689.
9. Signorelli MC, de Souza FG, Pinheiro Junior RVB, Valente J, Andreoni S, Rezende LFM, Sanchez ZVM. Panorama of intimate partner violence against women in Brazil and its association with self-perception of health: findings from a national representative survey. *J Interpers Violence* 2023; 38(13-14):8453-8475.
10. Van Bergen D, Van Eijck-Bergeijk O, Montesinos AH. Attempted suicide and suicide of young Turkish women in Europe and Turkey: a systematic literature review of characteristics and precipitating factors. *PLoS One* 2021; 16(8):e0253274.
11. Lee J, Pomeroy EC, Bohman TM. Intimate partner violence and psychological health in a sample of Asian and Caucasian women: the roles of social support and coping. *J Fam Violence* 2007; 22(8):709-720.
12. Carvalho EFM, Laguardia J, Deslandes SF. Information systems on violence against women: an integrative review. *Cien Saude Colet* 2022; 27(4):1273-1287.
13. Dantas ESO, Meira KC, Bredemeier J, Amorim KPC. Suicídio de mulheres no Brasil: necessária discussão sob a perspectiva de gênero. *Cienc Saude Colet* 2023; 28(5):1469-1477.
14. United Nations (UN). *Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development* [Internet]. 2015 [cited 2023 out 13]. Available from: <https://sdgs.un.org/2030agenda>

15. Cordeiro R, organizador. *Morte matada*. Curitiba: Editora Appris; 2022.
16. United Nations (UN). *United Nations Development Programme* [Internet]. 2020 [cited 2023 out 13]. Available from: <https://www.undp.org/>
17. Braillon A, Naudet F. STROBE and pre-registration of observational studies. *BMJ* 2023; 380:90.
18. Apatinga GA, Tenkorang EY, Issahaku P. Silent and lethal: consequences of sexual violence against married women in Ghana. *J Interpers Violence* 2021; 36(23-24):13206-13228.
19. Rahmani F, Salmasi S, Rahmani F, Bird J, Asghari E, Robai N, Asghari Jafarabadi M, Gholizadeh L. Domestic violence and suicide attempts among married women: a case-control study. *J Clin Nurs* 2019; 28(17-18):3252-3261.
20. Shand FL, Batterham PJ, Chan JKY, Pirkis J, Spittal MJ, Woodward A, Christensen H. Experience of health care services after a suicide attempt: results from an online survey. *Suicide Life Threat Behav* 2018; 48(6):779-787.
21. Yousafzai AW, Khan SA, Bano S, Khan MM. Exploring the phenomenon of suicidal behaviour (SB): an explanatory, mixed-method study in rural Pakistan. *Int J Soc Psychiatry* 2022; 68(8):1629-1635.
22. Leite FM, Santos DF, Ribeiro LA, Tavares FL, Correa ES, Ribeiro LE, Oliveira MAF. Analysis of cases of interpersonal violence against women. *Acta Paul Enferm* 2023; 36:eAPE00181.
23. Teixeira JMS, Paiva SP. Violence against women and mental illness: perceptions and practices of health professionals in a Psychosocial Care Center. *Physis* 2021; 31(2):e310214.
24. Kavak F, Akturk U, Ozdemir A, Gultekin A. The relationship between domestic violence against women and suicide risk. *Arch Psychiatr Nurs* 2018; 32(4):547-579.
25. Machisa MT, Christofides N, Jewkes R. Suicidal thoughts, depression, post-traumatic stress, and harmful alcohol use associated with intimate partner violence and rape exposures among female students in South Africa. *Int J Environ Res Public Health* 2022; 19(13):7913.
26. Purbarrar F, Khani S, Zeydi AE, Cherati JY. A review of the challenges of screening for domestic violence against women from the perspective of health professionals. *J Educ Health Promot* 2023; 12:183.
27. Dufort M, Stenbacka M, Gumpert CH. Physical domestic violence exposure is highly associated with suicidal attempts in both women and men. Results from the national public health survey in Sweden. *Eur J Public Health* 2015; 25(3):413-418.
28. Weiss SJ, Simeonova DI, Koleva H, Muzik M, Clark KD, Ozerdem A, Cooper B, Ammerman RT. Potential paths to suicidal ideation and suicide attempts among high-risk women. *J Psychiatr Res* 2022; 155:493-500.
29. Sediri S, Zgueb Y, Ouane S, Ouali U, Bourgou S, Jomli R, Nacef F. Women's mental health: acute impact of COVID-19 pandemic on domestic violence. *Arch Womens Ment Health* 2020; 23(6):749-756.
30. Zhao Q, Huang Y, Sun M, Li Y, Lommel LL. Risk factors associated with intimate partner violence against Chinese women: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health* 2022; 19(23):16258.
31. Cao J, Lee CY, Liu X, Guarda RMG. Risk and protective factors associated with intimate partner violence against Chinese women: a systematic review. *Trauma Violence Abuse* 2023; 24(2):407-419.
32. Baumont AC, Oliveira GS, Figueiredo JB, Santos JF, Genro BP, Habigzang LF, Manfro GG. Intimate partner violence and women's mental health during the COVID-19 pandemic in Brazil. *Trends Psychiatry Psychother* 2023; 46:e20220594.

Artigo apresentado em 04/03/2024

Aprovado em 09/06/2025

Versão final apresentada em 11/06/2025

Editores-chefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva, Vânia de Matos Fonseca