

Sob a sombra da maternidade: gravidez, ideação suicida e violência por parceiro íntimo

Mariana de Oliveira Fonseca-Machado,¹ Lisiane Camargo Alves,²
Vanderlei José Haas,³ Juliana Cristina dos Santos Monteiro²
e Flávia Gomes-Sponholz²

Como citar Fonseca-Machado MO, Alves LC, Haas VJ, Monteiro JCS, Gomes-Sponholz F. Sob a sombra da maternidade: gravidez, ideação suicida e violência por parceiro íntimo. Rev Panam Salud Publica. 2015;37(4/5):258–64.

RESUMO

Objetivo. Identificar a associação entre violência por parceiro íntimo e indicativo de ideação suicida durante a atual gestação.

Métodos. Estudo observacional e transversal desenvolvido com 358 gestantes selecionadas por amostragem aleatória sistemática em Ribeirão Preto (SP), Brasil. A Escala de Ideação Suicida de Beck e uma versão adaptada do instrumento usado no World Health Organization Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence foram utilizadas para identificar o indicativo de ideação suicida e os atos de violência psicológica, física e sexual perpetrados pelo parceiro íntimo durante a atual gestação. Utilizou-se a regressão logística múltipla para obter razões de chances (odds ratios) de prevalência ajustadas, com intervalo de confiança de 95%.

Resultados. A prevalência do indicativo de ideação suicida foi de 7,8%. Dentre as participantes, 17,6% estiveram em situação de violência por parceiro íntimo durante a atual gestação. Destas, 95,2% reportaram ter sofrido violência psicológica, 36,5% violência física e 1,6% violência sexual. A análise de regressão logística múltipla indicou que as mulheres vítimas de violência tiveram 6,29 vezes mais chance de apresentar indicativo de ideação suicida.

Conclusões. É preciso conscientizar os formuladores de políticas e os prestadores de cuidados acerca do impacto da violência por parceiro íntimo, inclusive em termos de ideação suicida, especialmente durante a gravidez. A adoção de medidas simples, como as escalas utilizadas no presente estudo, pode facilitar o dimensionamento desse problema nos serviços de saúde.

Palavras-chave

Saúde da mulher; violência doméstica; maus-tratos conjugais; ideação suicida; gravidez; enfermagem; saúde pública; Brasil.

O suicídio e as lesões autoinfligidas estão entre as principais causas de morte e incapacidade em mulheres durante o

ciclo grávido-puerperal (1, 2) e relacionam-se, especialmente nos países em desenvolvimento, a normas e valores socioculturais, como a desigualdade de gênero (3). Seu principal precursor é a ideação suicida ou os pensamentos de morte, cuja prevalência é de 9,0% na população em geral (4, 5) e varia entre 2,7% e 12,0% em mulheres grávidas (6, 7), sendo mais comum do que as tentativas

de suicídio, o suicídio e as lesões autoinfligidas (8).

Embora com taxas menores no período gestacional, o suicídio nessa fase é caracterizado pelo uso de métodos violentos, o que sugere a presença de elevado nível intencional e sofrimento intenso (9). Ademais, o comportamento suicida no período perinatal é um problema de saúde pública e está entre as

¹ Universidade Federal de São Carlos, Departamento de Enfermagem, São Carlos (SP), Brasil. Correspondência: mafonseca.machado@gmail.com.

² Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto (SP), Brasil.

³ Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, Uberaba (MG), Brasil.

principais causas de morte materna (10). A ideação suicida apresenta riscos adicionais durante a gestação, na medida em que o potencial para dano se estende ao feto (4).

Apesar de ser raro o rastreamento para ideação suicida durante o período gestacional, a compreensão dos fatores associados ao problema por parte dos profissionais de saúde facilita a sua abordagem e a prevenção das tentativas de suicídio ou do suicídio (6). Nesse contexto, fatores sociais, culturais e relacionais contribuem para a manifestação dos pensamentos suicidas durante a gestação, com destaque para a violência por parceiro íntimo (VPI) (5, 11–14). É desejável, portanto, um abordagem ecológica da VPI, que monitore tanto os riscos individuais de uma pessoa se tornar vítima de violência quanto as normas, as crenças e os sistemas econômicos e sociais que criam condições para a ocorrência dos atos violentos. A compreensão da complexa interação desses fatores fornece os pontos-chave para a prevenção primária da violência e promove o desenvolvimento de políticas e programas intersetoriais que visem a reduzir os fatores de risco modificáveis e a fortalecer os fatores de proteção (15).

A VPI é mais frequente em populações nas quais a desigualdade de gênero é suportada por normas sociais e culturais determinantes da violência perpetrada contra a mulher (16), a qual é aceita como uma prerrogativa do parceiro, o que acontece, frequentemente, nos países latino-americanos (17). Diante dessa realidade, a VPI ocorrida durante a gravidez pode ser uma das principais causas de ideação suicida entre gestantes na América Latina, inclusive no Brasil. No entanto, a extensão da associação entre esses dois fatores na população gestante é atualmente desconhecida, na medida em que não foram encontrados estudos que investigaram essa questão (18).

O objetivo deste estudo foi identificar a associação entre VPI e o indicativo de ideação suicida, ambos ocorridos durante a gestação, em mulheres brasileiras. Ao lançar luz sobre esse suposto fator de risco para a ocorrência de ideação suicida durante a gravidez, espera-se que os profissionais de saúde identifiquem na prática clínica mulheres grávidas com sinais de sofrimento emocional, minimizando os efeitos negativos desse sofrimento na saúde das mulheres e de seus filhos.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo observacional, com delineamento transversal, foi desenvolvido no ambulatório do Centro de Referência da Saúde da Mulher de Ribeirão Preto — Mater (CRSMRP-MATER), no município de Ribeirão Preto (SP), Brasil. Ribeirão Preto é referência regional em saúde para 26 municípios que compõem o 13º Departamento Regional de Saúde (DRS XIII) do estado de São Paulo, abrangendo uma população estimada de 1 300 000 habitantes. Nesse contexto, o CRSMRP-MATER é referência regional para os casos ginecológicos de média complexidade e realiza cerca de um terço dos partos de baixo e médio risco do Sistema Único de Saúde (SUS) no município. O CRSMRP-MATER está integrado ao Projeto Nascer, da Secretaria Municipal de Saúde, cujo objetivo é superar as dificuldades de acesso às maternidades. O projeto preconiza que o acompanhamento pré-natal aconteça na atenção primária até a 36ª semana de gestação e, posteriormente, nos hospitais da rede pública, até o final do ciclo grávido-puerperal.

A população de referência do estudo constituiu-se de todas as gestantes no terceiro trimestre de gestação em acompanhamento pré-natal no ambulatório do CRSMRP-MATER, entre maio de 2012 e maio de 2013. Os critérios de inclusão adotados foram: ser gestante, ter idade entre 15 e 49 anos e ter tido relacionamento com parceiro íntimo na atual gravidez, independentemente de coabitação. A amostra foi obtida pelo processo de amostragem aleatória sistemática, com intervalos de amostragem constantes de quatro unidades. Com base em uma população finita de 1 600 gestantes, em uma prevalência de 20,0% (19) e em uma precisão de 4,0% para uma estimativa com intervalo de confiança de 95% (IC95%), a amostra calculada para o estudo foi de 358 gestantes.

Os dados foram coletados no dia da primeira consulta de pré-natal das gestantes no serviço hospitalar, na 36ª semana de gestação, em uma sala privativa disponibilizada exclusivamente para as pesquisadoras e sem a presença de acompanhantes. As entrevistas duraram entre 15 e 20 minutos e foram realizadas por quatro entrevistadoras previamente treinadas. Nesse momento, as gestantes elegíveis, conforme o intervalo de amostragem e os critérios de inclusão, foram

convidadas a participar do estudo, após receberem esclarecimentos sobre sua natureza e objetivos.

A caracterização sociodemográfica, comportamental e obstétrica das participantes foi obtida por meio de um instrumento elaborado pelas pesquisadoras com base em suas experiências prévias e cotejado com a literatura científica nacional e internacional. A versão final foi submetida à validação de conteúdo e aparência por três juízes especialistas na área. Esse instrumento investigou as seguintes variáveis: idade, estado marital, escolaridade formal, ocupação, renda familiar mensal, hábito de fumar, consumo de bebidas alcoólicas e uso de drogas ilícitas durante a atual gestação, número de gestações, paridade, abortos anteriores, partos pré-termo anteriores, número de filhos vivos, óbitos fetais anteriores e óbitos neonatais precoces anteriores.

A presença de ideação suicida durante o período gestacional foi identificada pela Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI), instrumento validado no Brasil (20). A BSI é composta por 21 itens pontuados em escala de zero a 2 e foi estruturada de forma a permitir que os cinco primeiros itens possam ser usados como triagem da ideação suicida. Assim, se a resposta da gestante às questões 4 ou 5, que detectam a presença da ideação suicida, foi diferente de zero, a gestante foi considerada com indicativo de ideação suicida. A BSI pode ser aplicada por profissionais de saúde sem experiência na área da saúde mental. No Brasil, dado o contexto dos serviços de saúde, esse aspecto é de particular importância, na medida em que a detecção dos prováveis casos otimizará seu encaminhamento aos profissionais especializados para a efetivação do diagnóstico clínico.

As questões relativas à VPI foram adaptadas para o período da gestação a partir da versão brasileira do instrumento desenvolvido para o estudo multipaíses *World Health Organization Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence*, da Organização Mundial da Saúde (OMS), que aborda a VPI psicológica, física e sexual (21). O instrumento original aborda a natureza dos atos violentos, o período de ocorrência (alguma vez na vida e nos últimos 12 meses), sua frequência e gravidade. A versão utilizada no presente estudo foi validada com gestantes atendidas no CRSMRP-MATER e manteve a es-

trutura e o conteúdo, porém investigou a violência ao longo da vida e durante a atual gestação (22). As participantes foram questionadas quanto às suas experiências de atos específicos de VPI psicológica (insultos, humilhações, deprecições, sustos, intimidações e ameaças), física (tapas, empurrões, trancos, chacoalhões, socos, chutes, arrastões, surras, estrangulamentos, queimaduras e uso de armas de fogo ou brancas) e sexual (ser fisicamente forçada a manter relações sexuais, manter relações sexuais por medo do parceiro e ser forçada a uma prática sexual degradante ou humilhante) durante a atual gravidez. Para efeitos de análise, a variável “violência geral” foi usada quando a participante sofreu qualquer um desses três tipos de atos violentos.

A análise estatística foi realizada no *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21.0 para Macintosh. Na análise univariada, as variáveis qualitativas foram apresentadas na forma de distribuição de frequências absolutas (no.) e relativas (%); e, para as variáveis quantitativas, foram calculados valores de média e mediana (medidas de tendência central), desvios-padrão (DP) e valores máximo e mínimo (medidas de variação). Na análise multivariada, foi construído um modelo de regressão logística múltipla, com cálculo das razões de chance ajustadas (*odds ratios*, OR) de prevalência, para verificar a existência de associações entre a variável preditora principal (VPI geral) e a variável desfecho (indicativo de ideação suicida). Foram incluídas no modelo a variável preditora principal e as variáveis preditoras de ajuste, potenciais confundidoras, selecionadas com base na literatura científica nacional e internacional e com relevância teórica para a análise: estado marital, gestação planejada, uso de drogas lícitas ou ilícitas pela participante e renda familiar mensal. A consistência interna das respostas das 358 participantes do estudo ao instrumento BSI foi medida pelo coeficiente *alfa* de Cronbach. Para todos os testes, consideramos um IC95% e um nível de significância α de 5,0%.

O projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa do CRSMRP-MATER e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP) (protocolo 1377/2011). As entrevistas foram realizadas após assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido,

ficando uma via assinada com a pesquisadora e outra com a entrevistada. As participantes menores de idade também assinaram um termo de assentimento, já que seu representante legal poderia ser o agressor e ter interesse em não autorizar sua participação. Ao final da entrevista, todas receberam folhetos com a relação dos serviços de proteção à mulher em situação de violência localizados em Ribeirão Preto e região. Ademais, quando a gestante solicitou auxílio imediato, quando foi identificada situação de VPI ou quando foi constatado o indicativo de ideação suicida, o médico assistente do ambulatório e o serviço de psicologia do CRSMRP-MATER foram comunicados.

RESULTADOS

A idade das 358 participantes variou entre 15 e 43 anos, com média de 25,0 anos (DP = 6,3). A maioria considerava-se não branca (62,3%), possuía alguma religião (79,3%), vivia com um parceiro íntimo (80,4%) e não possuía trabalho remunerado (57,3%), sendo a renda familiar mensal média de 2,6 salários mínimos (DP = 1,5 salários). A escolaridade formal das gestantes variou entre 1 e 17 anos de estudo, com média de 9,5 anos (DP = 2,4).

A maior parte das mulheres não fumava (93,3%), não consumia bebidas alcoólicas (88,3%) e não fazia uso de drogas ilícitas (99,2%) durante a atual gravidez. A tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográfica e econômica das participantes do estudo.

O grupo em estudo caracterizou-se por mulheres multigestas e nulíparas. O número de filhos vivos variou entre 1 e 6, com média de 1,7 (DP = 1,0). A gestação não foi planejada por 62,6% das mulheres. Na tabela 2 está apresentada a caracterização obstétrica das 358 participantes.

Do total de participantes, 63 (17,6%) estiveram em situação de VPI durante a atual gestação. Dentre essas 63 mulheres, 60 (95,2%) foram vítimas de violência psicológica, 23 (36,5%) de violência física e uma (1,6%) de violência sexual. As consistências internas dos blocos das VPIs psicológica, física e sexual, medidas pelo coeficiente *alfa* de Cronbach, foram de 0,69, 0,93 e 0,89, respectivamente.

Ainda, dentre as 63 mulheres em situação de VPI, 40 (63,5%) foram vítimas de VPI psicológica isolada e três (4,8%) de VPI física isolada. Dezenove (30,2%)

TABELA 1. Distribuição das gestantes em acompanhamento pré-natal segundo variáveis sociodemográficas e econômicas, Ribeirão Preto (SP), Brasil, 2013

Variável	No.	%
Faixa etária (anos completos)		
15 a 19	78	21,8
20 a 29	186	52,0
30 a 39	88	24,6
40 a 49	6	1,6
Cor autorreferida		
Parda	139	38,9
Branca	135	37,7
Preta	66	18,4
Amarela	18	5,0
Escolaridade formal (anos de estudo)		
1 a 8	121	33,8
9 a 11	196	54,7
≥ 12	40	11,2
Não sabe	1	0,3
Religião		
Católica	140	39,1
Evangélica	124	34,6
Crê em Deus, mas não tem religião	74	20,7
Espírita	10	2,8
Outras	10	2,8
Estado marital		
Mora com o parceiro	288	80,4
Tem um parceiro, mas não mora com ele	45	12,6
Teve um parceiro na gestação, mas não tem mais	25	7,0
Ocupação		
Mercado formal	122	34,0
Do lar	105	29,3
Desempregada	88	24,6
Mercado informal	31	8,7
Estudante	12	3,4
Renda familiar mensal (salários mínimos)		
≤ 1	44	12,3
2 ou 3	199	55,6
≥ 4	54	15,1
Não sabe	61	17,0
Total	358	100,0

sofreram dois tipos de violência conjugados (psicológica e física) e uma (1,6%) sofreu três tipos simultaneamente (psicológica, física e sexual). Isso mostra que 20 gestantes (31,8%) foram vítimas de mais de um tipo de ato violento cometido pelo parceiro íntimo durante a atual gravidez.

O indicativo de ideação suicida foi constatado em 28 mulheres, mostrando prevalência de 7,8%. Dentre as 63 mulheres vítimas de VPI durante a gravidez atual, 14 (22,2%) preencheram os critérios para a ideação suicida. A consistência interna das respostas das 358 participantes do estudo ao instrumento BSI, medida pelo coeficiente *alfa* de Cronbach, foi de 0,88.

TABELA 2. Distribuição das gestantes em acompanhamento pré-natal segundo variáveis obstétricas, Ribeirão Preto (SP), Brasil, 2013

Variável	No.	%
Número de gestações		
Primigesta	143	39,9
Multigesta	215	60,1
Paridade		
Nulípara	158	44,2
Primípara	110	30,7
Múltipara	90	25,1
Ocorrência de abortos		
Sim	54	15,1
Não	161	45,0
Primigesta	143	39,9
Filhos vivos		
Sim	198	55,3
Não	17	4,8
Primigesta	143	39,9
Partos prematuros		
Sim	19	5,3
Não	196	54,7
Primigesta	143	39,9
Óbito fetal		
Sim	3	0,8
Não	212	59,2
Primigesta	143	39,9
Óbitos neonatais precoces		
Sim	5	1,4
Não	210	58,7
Primigesta	143	39,9
Total	358	100,0

A tabela 3 apresenta os resultados da análise de regressão logística múltipla referentes à associação da VPI ocorrida durante a atual gestação com o indicativo de ideação suicida. Após ajuste do modelo de regressão logística múltipla, a VPI ocorrida na atual gravidez associou-se com o indicativo de ideação suicida ($OR_{ajustada} = 6,29$; IC95% 2,34 a

16,95; $P < 0,001$) — ou seja, mesmo após ajuste do modelo para variáveis potencialmente confundidoras, previamente reconhecidas na literatura científica nacional e internacional (estado marital, uso de drogas lícitas ou ilícitas durante a atual gestação, idade e renda familiar mensal), as mulheres em situação de VPI na atual gestação tiveram 6,29 vezes mais chance de apresentar indicativo de ideação suicida do que as que não sofreram esse tipo de violência.

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo evidenciam que a VPI ocorrida durante a gestação é um preditor independente do indicativo de ideação suicida entre gestantes brasileiras. Especificamente, a chance de apresentar esse indicativo foi seis vezes maior entre as mulheres vítimas de VPI no período gestacional, mesmo após ajuste para outros fatores de risco potencialmente confundidores definidos pela comunidade científica. Destaca-se que não foram identificados, na literatura científica nacional ou internacional, estudos que abordassem a relação entre ideação suicida na gestação e VPI ocorrida especificamente nesse período, na medida em que o foco das pesquisas direcionou-se à violência perpetrada pelo parceiro ao longo da vida. Porém, dados de um estudo qualitativo (8) evidenciaram que a VPI foi o principal motivo apontado pelas mulheres grávidas como responsável pela gênese dos pensamentos suicidas. Entretanto,

os autores dessa investigação não especificaram se a violência ocorreu durante o período gestacional. Ainda nesse estudo, 89,5% das gestantes que apresentaram pensamentos suicidas obtiveram um escore indicativo de depressão gestacional na Escala de Depressão Pós-Parto de Edinburgh. Nesse sentido, a ocorrência de VPI contribui para o agravamento da sintomatologia depressiva nas mulheres grávidas, levando ao surgimento de pensamentos suicidas entre as vítimas (8). Gestantes com depressão estão mais propensas ao trabalho de parto prematuro, e os recém-nascidos de mães depressivas possuem maior risco de baixo peso ao nascer e de serem pequenos para a idade gestacional (23). Assim, essa relação indica que uma maior atenção deve ser dada às mulheres com sintomas depressivos na gestação (14).

Os dados referentes à prevalência do indicativo de ideação suicida (7,8%) durante a gestação no presente estudo são consistentes com as taxas reveladas em investigações desenvolvidas em outros locais do Brasil, que variam de 5,0% a 8,1% (5, 14, 24). Em nível internacional, pesquisadores dos Estados Unidos (6), Bangladesh (8) e Paquistão (25) observaram que 2,7%, 5,3% e 11,0% das mulheres, respectivamente, admitiram ter apresentado ideias ou pensamentos suicidas no período gestacional.

A gestação é um período no qual a mulher está em contato frequente com os profissionais de saúde e, portanto, mais propensa a revelar sua situação de violência e seus sintomas psiquiátricos (26).

TABELA 3. Associação entre violência por parceiro íntimo durante a atual gestação e indicativo de ideação suicida em um modelo de regressão logística múltipla, Ribeirão Preto (SP), Brasil, 2013

Variável	Ideação suicida				OR _{bruta} (IC95%)	OR _{ajustada} (IC95%)	P ^a
	Sim		Não				
	No.	%	No.	%			
Violência por parceiro íntimo geral							
Sim	14	22,2	49	77,8	5,74 (2,58 a 12,77)	6,29 (2,34 a 16,9)	< 0,001
Não	14	4,7	281	95,3			
Estado marital					0,48 (0,21 a 1,11)	0,55 (0,18 a 1,67)	0,29
Vive com parceiro	19	6,6	269	93,4			
Não vive com parceiro	9	12,9	61	87,1			
Uso de drogas lícitas ou ilícitas durante a gestação					1,43 (0,55 a 3,68)	0,58 (0,15 a 2,24)	0,43
Sim	6	10,2	53	89,8			
Não	22	7,4	277	92,6			
Gestação planejada					0,65 (0,28 a 1,51)	0,74 (0,24 a 2,33)	0,61
Sim	8	6,0	126	94,0			
Não	20	8,9	204	91,1			
Renda familiar ^b		2,6		2,6	1,03 (0,76 a 1,39)	1,03 (0,78 a 1,36)	0,82

^a Valor de P para o teste do qui-quadrado de Wald.

^b Variável quantitativa numérica.

Os profissionais, especialmente os da equipe de enfermagem, devem atentar, em sua avaliação global, para a ocorrência de transtornos mentais nesse período da vida da mulher. Também devem estar atentos à presença de fatores de risco relevantes, como a VPI, cuja prevalência observada no presente estudo (17,6%) foi alta, especialmente ao considerar-se que essa exposição aumentou as chances de as vítimas apresentarem indicativos de ideação suicida. Este resultado é semelhante aos descritos para outros países latino-americanos (8,0 a 43,0%) (27–30) e comparável com os resultados do estudo multipaíses da OMS (31).

O rastreamento/triagem universal da VPI e dos transtornos mentais durante o período gestacional é uma proposta de busca ativa com pouco potencial para dano e uma meta alcançável a longo prazo. Mesmo assim, em muitos contextos obstétricos, tal rastreamento não acontece (32). Diversos aspectos contribuem para a invisibilidade da VPI, e sua interseção potencializa os efeitos adversos desse problema para a saúde mental das vítimas. O primeiro desses aspectos diz respeito à influência das identidades de gênero na sociedade, a qual está impregnada por estereótipos construídos a partir das relações entre homens e mulheres, delegando às mulheres uma posição de obediência e submissão. Em segundo lugar, e decorrente da desigualdade de gênero, destacamos o fato de que, em geral, a mulher em situação de violência não verbaliza ou denuncia a agressão sofrida, apresentando, nos serviços de saúde, queixas vagas e recorrentes referentes às consequências físicas imediatas da agressão ou aos agravos decorrentes da situação vivida, as quais são difíceis de serem localizadas, explicadas, diagnosticadas e tratadas (33, 34).

Nesse contexto, a confiança e o vínculo com os profissionais de saúde podem proporcionar a essas mulheres uma melhor assistência durante o pré-natal, bem como uma comunicação efetiva. No entanto, assim como as mulheres não relatam sua situação de vítimas, os profissionais não questionam, na medida em que eles têm dificuldades em identificar, atender e encaminhar os casos, pois estão inseridos em um histórico modelo assistencial curativista e hospitalocêntrico, focado no corpo do cliente e na consulta médica (35). Esse processo de medicalização reduz a pa-

tologias problemas que, além de médicos, são sociais, constituindo-se em um obstáculo para a efetivação de uma prática orientada por uma perspectiva ampliada do processo saúde-doença e pelos princípios da integralidade, equidade e intersetorialidade do cuidado. Essa limitação na identificação das necessidades de saúde da população, especialmente aquelas socialmente produzidas, como as que determinam a VPI, contribui para o uso reiterado e ineficaz dos serviços de saúde por parte das mulheres que são vítimas de violência (33, 36). Ademais, mesmo quando a violência é identificada, ela não recebe o devido valor por parte dos profissionais, cuja prática orientada pelo saber instrumental acima referido é direcionada ao tratamento dos danos físicos causados pelos atos violentos e à formulação de conselhos práticos ou fórmulas genéricas incapazes de gerar mudanças de comportamento, delegando a segundo plano questões subjetivas como a vulnerabilidade emocional das vítimas (8, 33).

Assim, torna-se necessária uma interação baseada no respeito, na privacidade, no sigilo, na segurança, na escuta, na orientação e no acolhimento, com ênfase na comunicação e em projetos assistenciais negociados e construídos em parceria com as mulheres. Os profissionais, após a identificação, devem estar comprometidos com o registro adequado, com o trabalho em equipe e com o acionamento da rede intersetorial existente, garantindo a defesa dos direitos legais, humanos, sexuais e reprodutivos e os princípios do não julgamento e respeito às decisões da mulher. Portanto, torna-se premente a transformação dos valores relativos às conformações sociais de gênero, os quais são incorporados pelos profissionais de saúde em sua assistência, no cotidiano dos serviços (36).

O enfrentamento da VPI, diante de sua complexidade, de suas repercussões negativas para a saúde mental das mulheres no período gestacional e do fato de que esse tipo de violência está associado a fatores de risco e de proteção clinicamente identificáveis, deve pautar-se tanto pelas ações direcionadas à identificação e à assistência às vítimas, bem como por medidas de prevenção primária. Estas últimas são essenciais frente às dificuldades dos profissionais de saúde em distinguir os casos e intervir sobre o problema. Considerando-se que os padrões hierárquicos de gênero

são determinantes dos conflitos, do rompimento da comunicação interpessoal e, conseqüentemente, da VPI, ações de prevenção e promoção da não violência dirigidas a uma maior equidade de gênero contribuirão para a diminuição desse problema de saúde pública e das suas conseqüências negativas para a saúde mental da mulher, especialmente quando dirigidas a grupos etários mais jovens (33, 37).

O presente estudo possui limitações que devem ser apontadas. Primeiro, os dados obtidos referem-se a uma população de gestantes de baixo risco e usuárias do SUS e, portanto, podem diferir e limitar a generalização para outras populações. Segundo, o delineamento transversal do estudo limitou as interpretações sobre causalidade. Entretanto, podem ser feitas inferências sobre a sequência temporal dos eventos.

Conclusões

Os resultados revelaram que a VPI durante a gestação associou-se com o indicativo de ideação suicida em um grupo de gestantes brasileiras. Segundo o conhecimento dos autores, este é o primeiro estudo desenvolvido com o objetivo de identificar a existência de associação entre VPI e indicativo de ideação suicida, ambos ocorridos durante a gestação corrente. A observação de que a VPI na gravidez prevaleceu sobre os outros fatores de risco para a ideação suicida reconhecidos na literatura científica nacional e internacional sugere que as intervenções direcionadas a esses preditores podem não ser tão eficazes para a prevenção dessas repercussões negativas para a saúde mental das mulheres. Assim, espera-se que os resultados encontrados possam preencher lacunas nessa área e avançar a fronteira do conhecimento em direção à sensibilização e à conscientização dos formuladores de políticas e dos prestadores de cuidados quanto à seriedade dos problemas relacionados a VPI e ideação suicida e quanto ao modo como eles afetam a saúde das mulheres.

Agradecimentos. Os autores agradecem à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) pelo financiamento da pesquisa.

Conflitos de interesse. Nada declarado pelos autores.

REFERÊNCIAS

- World Health Organization (WHO). The Global Burden of Disease: 2004 update. Geneva: WHO; 2008.
- Chang J, Berg CJ, Saltzman LE, Herndon J. Homicide: a leading cause of injury deaths among pregnant and postpartum women in the United States, 1991–1999. *Am J Public Health*. 2005;95(3):471–7.
- Gomes FA, O'Brien B, Nakano AM. Attempted suicide in reproductive age women. *Health Care Women Int*. 2009;30(8):707–19.
- Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br J Psychiatry*. 2008;192(2):98–105.
- Huang H, Faisal-Cury A, Chan YF, Tabb K, Katon W, Menezes PR. Suicidal ideation during pregnancy: prevalence and associated factors among low-income women in São Paulo, Brazil. *Arch Womens Ment Health*. 2012;15(2):135–8.
- Gavin AR, Tabb KM, Melville JL, Guo Y, Katon W. Prevalence and correlates of suicidal ideation during pregnancy. *Arch Womens Ment Health*. 2011;14(3):239–46.
- Mauri M, Oppo A, Borri C, Banti S; PND-ReScU group. Suicidality in the perinatal period: comparison of two self-report instruments. Results from PND-ReScU. *Arch Womens Ment Health*. 2012;15(1):39–47.
- Gausia K, Fisher C, Ali M, Oosthuizen J. Antenatal depression and suicidal ideation among rural Bangladeshi women: a community-based study. *Arch Womens Ment Health*. 2009;12(5):351–8.
- Lindahl V, Pearson JL, Colpe L. Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. *Arch Womens Ment Health*. 2005;8(2):77–87.
- Palladino CL, Singh V, Campbell J, Flynn H, Gold KJ. Homicide and suicide during the perinatal period: findings from the National Violent Death Reporting System. *Obstet Gynecol*. 2011;118(5):1056–63.
- Ishida K, Stupp P, Serbanescu F, Tullo E. Perinatal risk for common mental disorders and suicidal ideation among women in Paraguay. *Int J Gynaecol Obstet*. 2010;110(3):235–40.
- Newport DJ, Levey LC, Pennell PB, Ragan K, Stowe ZN. Suicidal ideation in pregnancy: assessment and clinical implications. *Arch Womens Ment Health*. 2007;10(5):181–7.
- Naved RT, Akhtar N. Spousal violence against women and suicidal ideation in Bangladesh. *Womens Health Issues*. 2008;18(6):442–52.
- da Silva RA, Ores LC, Jansen K, da Silva Moraes IG, de Mattos Souza LD, Magalhães P, et al. Suicidality and associated factors in pregnant women in Brazil. *Community Ment Health J*. 2012;48(3):392–5.
- World Health Organization, London School of Hygiene and Tropical Medicine. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. Geneva: WHO; 2010.
- Varma D, Chandra PS, Thomas T, Carey MP. Intimate partner violence and sexual coercion among pregnant women in India: relationship with depression and post-traumatic stress disorder. *J Affect Disord*. 2007;102(1–3):227–35.
- Heise LL. Violence against women: an integrated, ecological framework. *Violence Against Women*. 1998;4(3):262–90.
- de Oliveira Fonseca-Machado M, Camargo Alves L, Scotini Freitas P, Dos Santos Monteiro JC, Gomes-Sponholz F. Mental health of women who suffer intimate partner violence during pregnancy. *Invest Educ Enferm*. 2014;32(2):291–305.
- Silva R, Jansen K, Souza L, Quevedo L, Barbosa L, Moraes I, et al. Sociodemographic risk factors of perinatal depression: a cohort study in the public health care system. *Rev Bras Psiquiatr*. 2012;34(2):143–8.
- Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas de Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
- Schraiber LB, Latorre Mdo R, França I Jr, Segri NJ, D'Oliveira AFPL. Validity of the WHO VAW STUDY instrument for estimating gender-based violence against women. *Rev Saude Publica*. 2010;44(4):658–66.
- Rodrigues DT. Análise da violência doméstica entre mulheres atendidas em uma maternidade de baixo risco [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2007.
- Field T, Diego M, Hernandez-Reif M. Prenatal depression effects on the fetus and newborn: a review. *Infant Behav Dev*. 2006;29:445–55.
- Benute GR, Nomura RM, Jorge VM, Nonnenmacher D, Fráguas Junior R, Lucia MC, et al. Risk of suicide in high risk pregnancy: an exploratory study. *Rev Assoc Med Bras*. 2011;57(5):583–7.
- Asad N, Karmaliani R, Sullaiman N, Bann CM, McClure EM, Pasha O, et al. Prevalence of suicidal thoughts and attempts among pregnant Pakistani women. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2010;89(12):1545–51.
- Flach C, Leese M, Heron J, Evans J, Feder G, Sharp D, et al. Antenatal domestic violence, maternal mental health and subsequent child behaviour: a cohort study. *BJOG*. 2011;118(11):1383–91.
- McCarragher DR, Bailey PE, Martin SL. The relationship between birth predictedness and violence during pregnancy among women in La Paz and El Alto, Bolivia. *Matern Child Health J*. 2005;9(1):101–12.
- Gomez-Beloz A, Williams MA, Sanchez SE, Lam N. Intimate partner violence and risk for depression among postpartum women in Lima, Peru. *Violence Vict*. 2009;24(3):380–98.
- Ludermir AB, Lewis G, Valongueiro SA, de Araújo TV, Araya R. Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a prospective cohort study. *Lancet*. 2010;376(9744):903–10.
- Han A, Stewart DE. Maternal and fetal outcomes of intimate partner violence associated with pregnancy in the Latin American and Caribbean region. *Int J Gynaecol Obstet*. 2014;124(1):6–11.
- García-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH; WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team. 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.
- Almeida CP, Cunha FF, Pires EP, Sá E. Common mental disorders in pregnancy in the context of interpartner violence. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2013;20(5):419–25.
- Guedes RN, Silva ATMC, Fonseca RMGS. The violence of gender and health-disease process of women. *Esc Anna Nery*. 2009;13(3):625–31.
- Signorelli MC, Auad D, Pereira PP. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2013;29(6):1230–40.
- Silva JM, Caldeira AP. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. *Cad Saude Publica*. 2010;26(6):1187–93.
- d'Oliveira AF, Schraiber LB, Hanada H, Durand J. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero — uma alternativa para a atenção primária em saúde. *Cienc Saude Colet*. 2009;14(4):1037–50.
- Kiss L, d'Oliveira AF, Zimmerman C, Heise L, Schraiber LB, Watts C. Brazilian policy responses to violence against women: government strategy and the help-seeking behaviors of women who experience violence. *Health Hum Rights*. 2012;14(1):E64–77.

Manuscrito recebido em 17 de agosto de 2014. Aceito em versão revisada em 23 de janeiro de 2015.

**Under the shadow of
maternity: pregnancy,
suicidal ideation, and
intimate partner violence**

ABSTRACT

Objective. To investigate the association between intimate partner violence and indicators of suicidal ideation during the current pregnancy.

Methods. This is a cross-sectional observational study developed with 358 pregnant women selected by systematic random sampling in Ribeirão Preto, southeastern Brazil. The Beck Suicidal Ideation Scale and an adapted version of the instrument used in the World Health Organization Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence were used to identify indicators of suicidal ideation and psychological, physical, and sexual acts of intimate partner violence during the current pregnancy. Multiple logistic regression was used to obtain adjusted prevalence odds ratios with a 95% confidence interval.

Results. The prevalence of indicators of suicidal ideation was 7.8%. Of the participants, 17.6% reported some type of intimate partner violence during the current pregnancy. Among these, 95.2% reported having suffered psychological violence, 36.5% physical violence, and 1.6% sexual violence. Multiple logistic regression analysis showed that women exposed to violence were 6.29 times more likely to have indicators of suicidal ideation.

Conclusions. Policy makers and health care providers must be made aware of the impact of intimate partner violence, including in terms of suicidal ideation, especially during pregnancy. The adoption of simple measures, such as the scales used in the present study, may provide information regarding the extent of intimate partner violence and suicidal ideation in health care services.

Key words

Women's health; domestic violence; spouse abuse; suicidal ideation; pregnancy; nursing; public health; Brazil.
