

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER VIVENDO COM HIV/AIDS
USUÁRIA DOS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO
ESPECIALIZADOS EM DST/AIDS DE PORTO ALEGRE**

ANA PAULA MESSA KOETZ

Orientadora: Prof. Dra. Andrea Fachel Leal

Porto Alegre, março de 2014.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER VIVENDO COM HIV/AIDS
USUÁRIA DOS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO
ESPECIALIZADOS EM DST/AIDS DE PORTO ALEGRE**

ANA PAULA MESSA KOETZ

Orientadora: Prof. Dra. Andrea Fachel Leal

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Porto Alegre, Brasil.
2014

CIP - Catalogação na Publicação

Koetz, Ana Paula Messa

Violência contra a mulher vivendo com HIV/Aids
usuária dos Serviços de Atendimento Especializados em
DST/Aids de Porto Alegre / Ana Paula Messa Koetz. --
2014.

88 f.

Orientadora: Andrea Fachel Leal.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa
de Pós-Graduação em Epidemiologia, Porto Alegre, BR-
RS, 2014.

1. Violência. 2. Mulher. 3. HIV/Aids. I. Leal,
Andrea Fachel, orient. II. Título.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Camila Giugliani, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Prof. Dr. Jorge Umberto Beria, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Luterana do Brasil.

Prof. Dra. Stela Nazareth Meneghel, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

*De nuestros miedos
nacen nuestros corajes
y en nuestras dudas
viven nuestras certezas.
Los sueños anuncian
otra realidad posible
y los delirios otra razón.
En los extravíos
nos esperan hallazgos,
porque es preciso perderse
para volver a encontrarse.*

Eduardo Galeano

AGRADECIMENTOS

Meus agradecimentos são para todos que incentivaram de alguma forma esse processo de mestrado.

Aos professores e colegas do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, o meu agradecimento pelos espaços de reflexão e pelos compartilhamentos de saberes ao longo desses dois anos.

A toda equipe da pesquisa “Saúde sexual e reprodutiva das mulheres vivendo no contexto da epidemia do HIV/Aids em Porto Alegre” pela parceria fundamental no trabalho de campo ao longo dos meses de coleta. Em especial à professora Daniela Riva Knauth pela oportunidade de tantos aprendizados e à Luciana Barcellos Teixeira por saciar tantas dúvidas sempre com uma palavra de incentivo.

À minha orientadora Andrea Fachel Leal, meu muito obrigada pelo tempo dedicado e paciência ao longo desse processo de aprendizagem, apoio fundamental para a finalização dessa etapa.

A todas as usuárias dos serviços que doaram um pouco do seu tempo para que esse estudo pudesse ser realizado.

A todos os amigos e amigas que torceram por mim.

Àquelas que há muitos anos me acompanham, Camila Coronel e Dani Mello, muito obrigada pelo carinho, compreensão nas ausências e apoio incondicional.

Ao Cadu Torcato, boa surpresa que a vida proporcionou, obrigada por todo apoio, incentivo, carinho e pela presença nessa reta final.

À minha família agradeço por todo incentivo e amor para a realização dos meus projetos.

SUMÁRIO

ABREVIATURAS E SIGLAS	007
RESUMO	008
ABSTRACT	010
1. APRESENTAÇÃO	011
2. INTRODUÇÃO	012
3. REVISÃO DE LITERATURA	015
3.1. O HIV e a mulher.....	015
3.2. Definindo violência contra a mulher e sua magnitude	019
3.3. Invisibilidade da violência contra a mulher	025
3.4. Violência contra a mulher vivendo com HIV/Aids	030
4. OBJETIVOS	035
5. REFERÊNCIAS	036
6. ARTIGO	046
7. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	075
8. ANEXOS: DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA	077
A. Parecer Consubstanciado da Faculdade de Medicina da UFRGS.....	078
B. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS	080
C. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição	081
D. Parecer Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre	082
E. Parecer Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura de Porto Alegre	083
F. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – UFRGS	084
G. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Grupo Hospitalar Conceição	085
H. Termo de consentimento Livre e Esclarecido – Hospital de Clínicas de Porto Alegre	087
I. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Prefeitura de Porto Alegre	088

ABREVIATURAS E SIGLAS

- Aids** – *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida).
- DST** – Doença Sexualmente Transmissível.
- ESF** – Estratégia de Saúde da Família.
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
- HIV** – *Human Immunodeficiency Virus* (Vírus causador da Aids).
- OEA** – Organização dos Estados Americanos.
- OMS (WHO)** – Organização Mundial de Saúde (*World Health Organization*).
- ONU** – Organização das Nações Unidas.
- SAE** – Serviço de Atendimento Especializado em HIV/Aids.
- SINAN** – Sistema de Informação de Agravos de Notificação.
- SMS** – Secretaria Municipal de Saúde.
- SPSS** - *Statistical Package for the Social Sciences*.
- SSP/RS** - Secretaria de Segurança Pública do Rio Grande do Sul.
- SUS** – Sistema Único de Saúde.
- TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- UBS** – Unidade Básica de Saúde.
- UDI** – Usuário de Droga Injetável.
- UFRGS** – Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- UNAIDS** – Programa das Nações Unidas para HIV/Aids (abreviatura em inglês para *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*).
- VPI** – Violência por Parceiro Íntimo.

RESUMO

Introdução: As experiências de violência podem funcionar como fatores limitantes para os cuidados em saúde, incluindo dificuldade na gestão segura da vida sexual e reprodutiva. A violência contra a mulher pode funcionar como uma causa ou como uma consequência para a infecção pelo HIV/Aids. O objetivo geral desta dissertação é analisar características das mulheres que sofreram episódios de violência durante a vida e episódios diretamente relacionados ao HIV/Aids em uma amostra de mulheres que conhecem sua sorologia positiva para HIV e que são usuárias dos Serviços de Atendimento Especializados em DST/Aids (SAE) de Porto Alegre, Brasil.

Métodos: Os dados deste estudo resultam de uma pesquisa transversal, que incluiu mulheres HIV positivo em atendimento nos SAE. A população estudada foi composta por 691 mulheres de 18 a 49 anos que conheciam seu diagnóstico positivo para o HIV/Aids. A amostra foi caracterizada por meio da estatística descritiva e para análise das diferenças entre os grupos foi utilizado o teste de associação do qui-quadrado de Pearson.

Resultados: Da amostra estudada, 57,8% mulheres relataram experiência de violência durante a vida. Nesse desfecho, encontrou-se associação positiva para menor renda domiciliar, maior número de gestações, maior número de filhos e menor idade na primeira relação sexual. Em relação à violência relacionada ao diagnóstico de HIV/Aids, 37,5% mulheres afirmaram terem sofrido esse tipo de violência. Nesse desfecho encontrou-se diferenças estatísticas significativas para menor escolaridade, menor renda domiciliar, menor idade na primeira relação sexual, não uso de preservativo, maior número de gestações e de filhos.

Discussão: O presente estudo trouxe alguns fatores que caracterizam os contextos de vulnerabilidades a que estão expostas as mulheres que vivem com HIV/Aids, no que tange as experiências de violências. Experiências de violência podem impactar no processo saúde-doença nessa população. Sendo assim, o rastreamento dessas questões é sugerido aos serviços de

saúde para um atendimento mais efetivo à saúde das mulheres que vivem com HIV/Aids.

ABSTRACT

Introduction: Violence may be a limiting factor for healthcare, which includes the difficulty of managing one's reproductive and sexual life safely. Violence against women can be the cause and the consequence of HIV virus infection. The main purpose of this dissertation is to analyze characteristics of women who were victim of violence assaults throughout their lives and directly related to being infected with the HIV virus by a sample of women aware of their positive serology for HIV and who attend the STD/Aids Specialized Care Services (SAE) of Porto Alegre, Brazil.

Methodology: The data of this study are the result of a cross-sectional research that included HIV positive women who attended the SAE. 691 women between 18 and 49 years old who were aware of their positive diagnose for HIV/Aids composed the studied population. The sample was characterized by descriptive statistics and Pearson's chi-square test was used for the analysis of differences between groups.

Results: Of the sample studied 57,8% women have reported experiencing violence in their life. In this outcome a positive association has been found between smaller household income, higher number of pregnancies, higher number of children and younger age in which they had their first sexual intercourse. Regarding violence in relation to HIV/Aids diagnosis, 37,5% of women claimed to have suffered this type of violence. In this outcome significant statistical differences have been found associated to less schooling, smaller household income, younger age of first sexual intercourse, non condom use, higher numbers of pregnancies and of children.

Discussion: This study brought some factors that characterize the contexts of vulnerabilities for women living with HIV/AIDS in relation to experiences of violence. Experiences of violence can affect the process of health and disease in this population. Therefore, health services should monitor and track these issues in order to provide more effective health care for women living with HIV/Aids.

1 APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada **“Violência Contra a Mulher Vivendo com HIV/Aids Usuária dos Serviços de Atendimento Especializados em DST/Aids de Porto Alegre”**, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 24 de abril de 2014. O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que segue:

1. Introdução, Revisão da Literatura e Objetivos
2. Artigo
3. Conclusões e Considerações Finais.

Documentos de apoio estão apresentados nos anexos.

2 INTRODUÇÃO

Tanto a violência, como o HIV/Aids são problemas sociais e agravos em saúde ainda carregados de incerteza, medo, vergonha, preconceito, tabu e estigma. A violência contra a mulher pode funcionar como uma causa, ou como uma consequência da infecção pelo HIV/Aids.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) a violência contra a mulher é um risco adicional impactante nos processos saúde-doença, podendo levar a transtornos mentais, doenças crônicas, altos números de gravidezes não desejadas, abortos, traumatismos e doenças infecciosas, entre elas o HIV/Aids, fatores que, sem uma assistência adequada, podem antecipar o óbito (OMS, 2011; WHO, 2013).

Desde o aparecimento da epidemia de Aids, nos anos 1980, nota-se que a diferença entre os sexos, quanto ao número de casos, vem diminuindo consideravelmente. No Brasil, em 1990, a razão de sexo era de 5,5 casos de homens para cada mulher com a doença, já em 2010 essa razão era de 1,6, esse processo é conhecido como feminização da epidemia (BRASIL, 2012).

Passados mais de trinta anos do início da epidemia de HIV/Aids, a complexidade que envolve as infecções em mulheres é de grande relevância para a compreensão da feminização. A vulnerabilidade das mulheres à infecção pelo HIV transita por questões biológicas e também pelas complexas relações sociais e culturais, onde a violência contra a mulher é um dos diversos fatores que podem impactar na elevada incidência de HIV/Aids nessa população nas últimas décadas (WHO, 2013).

Diante da feminização da epidemia do HIV/Aids é necessário se pensar em formas de prevenção de novas infecções. Deve-se também refletir sobre como reconhecer casos de violência contra a mulher que vive com HIV/Aids, pois a concomitância dessas temáticas pode impactar no processo saúde-doença nessa população, agravando a situação. Diversas questões permeiam o contexto de mulheres soropositivas para o HIV que vivenciam ou vivenciaram situações de violência. Faz-se necessário reconhecer quais são as mulheres mais vulneráveis, assim como

compreender quais as formas de violência a que estão expostas, para um melhor preparo das ações nas respostas a esses problemas de saúde pública.

Assim, o artigo elaborado como parte da dissertação tem como objetivo geral analisar características econômicas, sociodemográficas, reprodutivas e sexuais de mulheres que sofreram episódios de violência durante a vida e de mulheres que sofreram violência diretamente relacionada ao HIV/Aids. A amostra é composta por mulheres que conhecem sua sorologia positiva para HIV e que são usuárias dos Serviços de Atendimento Especializados em DST/Aids (SAE) de Porto Alegre.

Este artigo utiliza parte do banco de dados coletados no estudo intitulado “Saúde sexual e reprodutiva das mulheres no contexto da epidemia do HIV/Aids em Porto Alegre” coordenado pela Dra. Daniela Riva Knauth (UFRGS). O referido estudo teve como objetivo investigar as especificidades das mulheres vivendo com HIV/Aids no que concerne à saúde sexual e reprodutiva e é composto por um componente quantitativo e outro qualitativo para abordagem das questões pertinentes à temática.

O componente quantitativo, realizado entre janeiro e novembro de 2011, teve como delineamento escolhido um estudo transversal, com mulheres de 18 a 49 anos que conheciam seu diagnóstico de HIV e com mulheres que não tinham o diagnóstico de HIV. As mulheres HIV positivo foram recrutadas nos Serviços de Atendimento Especializado (SAE) em DST/Aids na cidade de Porto Alegre, sendo eles o Hospital de Clínicas de Porto Alegre, o Hospital Fêmeina, o Hospital Nossa Senhora da Conceição, o Hospital Sanatório Partenon, o Ambulatório de Dermatologia Sanitária, o Serviço de Atendimento Especializado em DST/Aids do Centro de Saúde Vila dos Comerciantes e o Serviço de Atendimento Especializado em DST/Aids do Centro de Saúde IAPI. Já as mulheres sem diagnóstico conhecido foram selecionadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) do município de Porto Alegre/RS.

Para este trabalho são utilizados somente os dados do componente quantitativo e relativo às mulheres que conheciam sua sorologia positiva para o HIV/Aids.

Com a exposição inicial da problemática de pesquisa desenvolvida, segue a revisão de literatura que compõe essa dissertação. A revisão está estruturada da seguinte forma: a primeira parte versa sobre a epidemia do HIV e o processo cunhado de feminização da epidemia; a segunda aborda as definições de violência contra a mulher e a magnitude desse problema; a terceira, os fatores que dificultam o reconhecimento da violência contra a mulher; a quarta, e última parte, discute a intersecção das temáticas, tratando da violência contra a mulher vivendo com HIV/Aids.

Apresenta-se, depois da revisão da literatura, os objetivos da presente dissertação, o artigo a ser submetido para publicação e as considerações finais.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O HIV e a mulher

Esta seção inicial tem como intuito contextualizar a epidemia de HIV/Aids na população feminina internacional e nacional. Ainda apresenta questões pertinentes para embasar a reflexão sobre o complexo processo de feminização da epidemia e as vulnerabilidades a que estão expostas as mulheres que podem culminar na infecção pelo vírus causador da Aids.

Mundialmente 35 milhões de pessoas vivem com HIV, das quais aproximadamente metade são mulheres (UNAIDS, 2013). No Brasil, estima-se que 718 mil pessoas vivam com HIV; 574 mil pessoas, ou 80% do total de pessoas vivendo com HIV, conhecem seu status sorológico (os demais desconhecem sua sorologia), sendo que 531 mil pessoas (74%) estão vinculadas a serviços de atendimento especializado (SAE) para HIV/Aids (BRASIL, 2013).

No Brasil, no ano de 2012, foram registrados 39.185 casos novos de Aids, número que vem mantendo-se estável nos últimos cinco anos. De 2003 a 2012, a Região Sul foi a com maior número de casos de Aids no país. Somente para o último ano disponível (2012) a taxa de Aids nessa região foi de 30,9 casos por 100 mil habitantes, seguida pela Região Norte com 21/100.000, Região Sudeste com 20,1/100.000, Região Centro-Oeste 19,5/100.000, e Região Nordeste 14,8/100.000 (BRASIL, 2013).

Dentre as Unidades da Federação, o Rio Grande do Sul ocupa o topo da lista com 41,4 casos por 100 mil habitantes. As mulheres representam aproximadamente 43% desses registros no estado. A capital do estado, Porto Alegre, lidera o *ranking* das capitais brasileiras desde 2006, computando 93,7 casos para cada 100 mil habitantes no ano de 2012 (BRASIL, 2013).

Desde o aparecimento da epidemia de Aids, na década de 1980, nota-se que a diferença entre os sexos vem diminuindo consideravelmente.

No Brasil, em 1990, a razão de sexo era de 5,4 casos de homens para cada mulher com a doença, já em 2010 essa razão era de 1,7; tal processo é conhecido como feminização da epidemia (BRASIL, 2012). Em Porto Alegre a razão de sexo é de 1,5 casos de homens para cada mulher. De acordo com o Plano Municipal de Saúde do Município de Porto Alegre “a feminização da epidemia de Aids em Porto Alegre, bem como no Rio Grande do Sul, se mostrou mais precoce comparativamente a outras regiões do Brasil” (Porto Alegre, 2010). De acordo com a Plataforma DataSUS do Ministério da Saúde, onde é possível obter diversas informações em saúde, entre elas as epidemiológicas, Porto Alegre apresenta para o ano de 2011 uma incidência de 437 casos de Aids em mulheres entre 18 e 49 anos (BRASIL, 2014).

A epidemia de HIV entre as mulheres pode ser descrita em três fases relativas ao risco de infecção. A primeira seria no início da epidemia – começo dos anos 1980 – com as contaminações entre companheiras de homens que mantinham relações sexuais com outros homens e de transfusão sanguínea. A segunda, ao longo da década de 1980, com as contaminações entre usuárias de drogas injetáveis (UDI) e a terceira, e atual fase, a partir dos anos 1990, da infecção pelo HIV/Aids predominantemente através das relações heterossexuais (Santos, 2009).

Em relação à categoria de exposição para infecção pela Aids, no ano de 2012, entre os novos casos registrados no Brasil entre mulheres, 91,2% informou a categoria de exposição. A via heterossexual foi a mais frequente, totalizando 96,6% dos casos com categoria de exposição conhecida, seguida por 2,5% de uso de droga injetável, 0,8% por transmissão vertical (contaminação de mãe para filho na gestação, no parto ou na amamentação) e 0,1% por transfusão de sangue (BRASIL, 2013). Dessa forma, no Brasil, a transmissão heterossexual entre as mulheres é a forma mais comumente relatada de contágio, assim como na África do Sul, França, Portugal, Estados Unidos e entre outros países (Aboim, 2012; Cunha, 2011; Pitpitan, 2012; Stockman, 2013; Taquette, 2013; UNAIDS, 2013).

O expressivo número de contaminações pela via sexual entre as mulheres remete à sua dificuldade na gestão de uma vida sexual segura, o que está associado aos contextos de vulnerabilidade individual e também coletiva. A vulnerabilidade das mulheres à infecção pelo HIV/Aids associa-se às complexas questões socioeconômicas e culturais relacionadas com a vida afetivo-sexual.

O conceito de vulnerabilidade foi incorporado na área da saúde por conta da epidemia de HIV/Aids na busca por um modelo teórico que permitisse compreender a complexidade dessa infecção. O conceito de vulnerabilidade foi construído como forma de superar outros previamente elaborados, que não conseguiram dar um suporte adequado para a construção de políticas e de ações que efetivamente colaborassem com a compreensão e o controle da epidemia de HIV/Aids (Ayres, 2007).

O tripé das vulnerabilidades é composto pelo contexto individual, social e programático que concomitantemente podem aumentar ou diminuir as chances de infecção pelo HIV. A vulnerabilidade individual transita pelos valores, crenças, conhecimentos, comportamentos, atitudes, relacionamentos, rede de apoio, situação material, física e emocional que constroem as alternativas das pessoas frente às suas vidas. A vulnerabilidade social nos remete ao contexto de normas culturais, sociais, econômicas, assim como de relações de gênero, de acesso à educação, à cultura, ao lazer, à saúde, à justiça e à cidadania, que constroem o meio em que a pessoa está inserida. Já a vulnerabilidade programática está relacionada com as questões institucionais, como políticas públicas específicas, compromissos políticos dos governantes, e também às questões associadas aos serviços de saúde, como a forma de organização do setor saúde, do acesso, da integralidade, da equidade, da qualidade da atenção em saúde, dos preparos dos serviços de atenção e dos profissionais de saúde, assim como da estruturação de equipes multiprofissionais e de enfoques interdisciplinares (Ayres, 2007).

Também é preciso contextualizar que, apesar de a Aids ainda apresentar-se em menor proporção entre as mulheres, uma maior

mortalidade ocorre nesse grupo, especialmente entre as mulheres com menor escolaridade (BRASIL, 2012). Também existem variações entre as mulheres, em função das suas idades. Por exemplo, na faixa etária dos 14 aos 29 anos, as mulheres já são a grande maioria dos casos identificados, correspondendo a praticamente o dobro de casos em relação aos homens (Rio Grande do Sul, 2008). Vários fatores parecem explicar esse fenômeno, como menor acesso à informação e aos meios de prevenção, menor adesão ao tratamento e diagnóstico tardio (Barbosa, 2003; Paiva, 2002), além do fato de que um número expressivo de mulheres conhece seu diagnóstico somente no momento da gestação, quando têm acesso à rotina do pré-natal (Teixeira, 2013).

No que se refere ao HIV/Aids, a vulnerabilidade social está presente como consequência das condições socioeconômicas em que as mulheres se encontram, e também das relações e inequidades de gênero que podem estabelecer padrões de relacionamento desiguais entre homens e mulheres, impactando em dificuldade na gestão da vida sexual e reprodutiva, bem como nas dificuldades de acesso às informações e aos cuidados com a saúde.

De acordo com dados do último Censo (IBGE, 2010) realizado no país, Porto Alegre tem sua população composta por 20% de pessoas que declaram sua cor de pele como sendo preta/parda. Segundo a Proposta de Plano Integrado da Secretaria Municipal de Saúde e UNAIDS – AIDS Tchê, 37,42% dos casos notificados de Aids em mulheres no período de 2007 a 2011 são de não brancas (Porto Alegre, 2012). Observa-se, portanto, uma desproporção entre as mulheres brancas e não brancas, sendo as não brancas as mais acometidas pela epidemia da Aids.

Do ponto de vista biológico, as mulheres também apresentam maior vulnerabilidade quando comparadas aos homens para as doenças sexualmente transmissíveis (DST), entre elas o HIV/Aids. Isso ocorre devido a uma maior área de exposição da mucosa vaginal e a uma maior quantidade de vírus no líquido seminal masculino, que faz com que as mulheres sejam mais propensas à contaminação nas relações

heterossexuais em comparação aos homens. Em casos de violência sexual, fissuras e/ou cortes na região da genitália podem aumentar ainda mais o risco dessas infecções (Campbell, 2008; Santos, 2009; Sareen, 2009).

Mulheres que vivem com HIV/Aids podem estar mais vulneráveis às situações de violências. Essas situações de violências podem ocorrer antes ou depois do diagnóstico de HIV/Aids. Gielen (2000) encontrou que 34% das mulheres vivendo com HIV/Aids relataram experiências de violência antes de descobrir sua sorologia, 21% após conhecida a sorologia positiva e 11% relataram violência ao longo da vida tanto antes como depois do diagnóstico de HIV/Aids.

O Programa Nacional de DST e Aids, do Ministério da Saúde, por meio da Área Técnica de Saúde da Mulher, publica em 2007 o Plano Integrado de Enfrentamento à Feminização da Epidemia da Aids e outras DST (Brasil, 2011a). Esse documento reconhece as diversas vulnerabilidades às quais as mulheres estão expostas e que podem potencializar o risco para a infecção pelo HIV/Aids, assim como limitar o diagnóstico e o tratamento. Entre essas questões, trabalhar a discriminação causada pela sorologia positiva para o HIV com as situações de violência doméstica e sexual são elencadas como ações fundamentais para o enfrentamento da epidemia de HIV/Aids entre as mulheres.

3.2 Definindo violência contra a mulher e sua magnitude

Este item tem como intuito descrever as formas de violência às quais as mulheres estão mais vulneráveis, bem como buscar na literatura dados que expressem a magnitude desse grave problema de saúde pública e os impactos que essas experiências podem apresentar no processo saúde-doença da população feminina.

Na tipologia da violência são categorizadas três formas de manifestação: violência auto infligida, violência interpessoal e violência coletiva. A violência interpessoal pode se manifestar através da violência

intrafamiliar e comunitária. A violência intrafamiliar pode acontecer entre parceiros íntimos e familiares, enquanto a comunitária no contexto social entre conhecidos e/ou desconhecidos, incluindo a violência institucional (que pode ocorrer nas escolas, ambiente de trabalho, serviço de saúde entre outros) (BRASIL, 2005).

Dentro da ampla e complexa temática da violência está a violência contra a mulher, que fora inicialmente reconhecida como violação dos direitos humanos para posteriormente ser também considerada como um grave problema de saúde pública (Krug, 2002). Concomitantemente com doenças crônicas e degenerativas, as diversas formas de violência constituem um novo perfil das demandas de saúde no país e no mundo (Minayo, 2006). A violência contra a mulher ocorre praticamente em todos os países e culturas, independente de contexto econômico, religioso, social ou cultural (Carvalho, 2012; Krug, 2002; Okabe, 2009).

Os países membros da Organização das Nações Unidas (ONU) reconheceram, em 1993, o direito das mulheres a terem uma vida livre de violência; tal direito foi registrado na Declaração sobre a Eliminação da Violência contra a Mulher da Assembleia Geral (ONU, 1993). Em 1994, aconteceu no Brasil a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, que ficou conhecida como “Convenção de Belém do Pará”. Nela, definiu-se violência contra a mulher como “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada” (OEA, 1994).

As definições dos tipos de violências praticadas contra a mulher utilizadas no Brasil são oriundas da Convenção de Belém do Pará (OEA, 1994) e foram utilizadas para a construção da Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006), uma lei que foi criada com o intuito de coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Violências física, psicológica e sexual são ali definidas da seguinte forma:

I - a violência física, entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal;

II - a violência psicológica, entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da auto-estima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação;

III - a violência sexual, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos (BRASIL, 2006).

A reflexão sobre gênero se faz presente para trabalhar com a temática da violência contra a mulher, pois ela se encontra na base da construção desigual das relações de poder (Minayo, 2006). Gênero pode ser compreendido como uma categoria social relativa ao que se espera de homens e de mulheres, ou seja, uma construção cultural do ser feminino e masculino nas sociedades (Scott, 1995). Estas construções sociais de feminilidades e masculinidades estão ligadas a uma estrutura hierárquica e desigual do masculino sobre o feminino, que podem impactar fortemente em situações de violência e de maior vulnerabilidade no processo saúde-doença.

A violência pode atingir a todos e todas, entretanto enquanto os homens geralmente estão mais suscetíveis a situações de violência em espaços públicos, as mulheres são com maior frequência vítimas no ambiente privado ou doméstico, incluindo os relacionamentos afetivo-sexuais. As mulheres, portanto estão sujeitas a situações de violência em contextos que deveriam trazer proteção e suporte para o desenvolvimento pleno de suas potencialidades. Em última instância, a violência contra a mulher, amparada nas desigualdades de gênero pode levar ao óbito precoce. Na África do Sul, Austrália, Canadá, Estados Unidos e Israel, estudos demonstram que de 40 a 70% das mulheres que foram assassinadas tem como perpetrador do ato

seus próprios companheiros, enquanto estudos nos Estados Unidos e na Austrália encontraram de 4% a 8,6% respectivamente de homicídios de homens pelas companheiras (Krug, 2002), dados que reforçam as estruturas hierárquicas às quais as mulheres estão submetidas.

As desigualdades de gênero podem aumentar a vulnerabilidade das mulheres tanto para a violência quanto para as infecções e as doenças sexualmente transmissíveis. A violência e o HIV são fenômenos passíveis de prevenção que se entrelaçam e que estão associados a diversos fatores culturais e socioeconômicos. Para compreendê-los e enfrentá-los é fundamental superar essas desigualdades entre homens e mulheres.

Entre os principais sujeitos que podem ser agressores, a forma mais comumente encontrada na literatura é a violência por parceiro íntimo (VPI), podendo ser de relações antigas ou atuais (Gomes, 2012; Krug, 2002; Osis, 2012; Schraiber, 2007; WHO, 2005). De acordo com o Relatório Mundial Sobre Violência e Saúde, VPI é:

“comportamento dentro de uma relação íntima que causa dano físico, sexual ou psicológico, incluindo atos de agressão física, coerção sexual, abuso psicológico e comportamentos controladores” (Krug, 2002).

As estimativas de violência contra a mulher variam muito conforme as regiões mundiais, mas pode-se afirmar que aproximadamente um terço das mulheres que já tiveram um relacionamento sofreu violência por parceiro íntimo. Há relato de que na África, no Mediterrâneo Oriental e no Sudeste da Ásia, regiões mais afetadas pelo problema no mundo, até 37% das mulheres relatam alguma forma de violência física ou sexual por parceiro íntimo ao longo de suas vidas (WHO, 2013). Na região das Américas a prevalência é de 30% de mulheres relatando VPI. Na América Latina e Caribe, dados de um estudo específico dessas regiões trazem as maiores prevalências de violência física e/ou sexual na Bolívia, na Colômbia e no Peru (53,3%, 39,7% e 39,5% respectivamente). As menores prevalências nessa região foram encontradas na República Dominicana com 17%, no Haiti com 19,3% e na Jamaica com prevalência de 19,6% (Bott, 2012). As regiões do Pacífico Ocidental e da União Europeia têm prevalências de aproximadamente 25%.

As menores prevalências de violência contra a mulher (23%) são encontradas nos países com maior renda per capita (WHO, 2013).

No Brasil um estudo que buscava determinar a prevalência de VPI entre usuárias de serviços de saúde de um município de São Paulo encontrou que 45,3% das participantes relataram terem sofrido alguma forma de violência por parceiro íntimo (física, psicológica ou sexual), sendo que, desse total, 20,3% relataram violência no último ano e 22,3%, em algum momento da vida (Marinheiro, 2006).

O estudo brasileiro participante do *WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against women*, composto por 2.128 mulheres da maior cidade do país e de uma região rural (cidade de São Paulo e quinze municípios da Zona da Mata Pernambucana) buscava encontrar a prevalência e outros fatores possivelmente associados à violência física e/ou sexual. Os resultados oriundos desse estudo revelaram uma prevalência de VPI de 28,9% em São Paulo e de 36,9% na Zona da Mata Pernambucana. As diferenças constatadas entre as duas localidades foram atribuídas às questões socioculturais específicas de cada região, incluindo as desigualdades de gênero (D'Oliveira, 2009b).

Outro estudo brasileiro, realizado no município de São Paulo, que tinha como objetivo estimar a associação entre VPI e uso de serviços de atenção primária à saúde, composto por 2.674 usuárias de 18 serviços, encontrou um número expressivo de prevalência de VPI nessa população (58,6%) (Schraiber, 2010).

Dados disponibilizados pela Secretaria de Segurança Pública do Rio Grande do Sul (SSP/RS) com delitos enquadrados na Lei Maria da Penha, apontam que no ano de 2012, foram registrados no estado 73.468 delitos. Mesmo que mais de um delito – que pode ser classificado como caso de ameaça contra a mulher, lesão corporal, estupro ou assassinato – possa ocorrer com uma única vítima, trata-se de um número elevado. Destes delitos, 44.888 são casos de ameaças contra mulher, 27.144 são de lesões corporais, 1.335 são estupros e 101 casos são de femicídios - assassinatos de mulheres em função dos conflitos de gênero (Meneghel, 2011). Já para o

ano de 2013, foram registrados 71.069 casos. Destes, foram 43.400 casos de ameaças, 26.143 de lesões corporais, 1.205 de estupros, 92 de assassinatos de mulheres, e 229 casos de femicídio tentado.

Em relação especificamente a Porto Alegre, a SSP/RS aponta o registro de 5.087 casos de ameaças contra mulheres em 2012 e 4.784 em 2013. Casos de lesão corporal tiveram 4.122 registros em 2012 e 4.046 em 2013. Em 2012 foram registrados 186 casos de estupro e em 2013, 159. Femicídio consumado houve o registro de 8 casos em 2012 e também 8 casos em 2013, já o femicídio tentado houve o registro de 36 casos para o ano de 2013. A categoria de femicídio tentado – uma tentativa de assassinato da mulher em função da violência de gênero – é uma inovação nos registros a partir do ano de 2013 (Rio Grande do Sul, 2014).

A apresentação dos casos de violência separados por sexo da vítima é uma inovação proposta pelo Observatório da Violência contra Mulher, uma iniciativa no âmbito da Secretaria de Segurança Pública em parceria com a Secretaria de Políticas para Mulheres, ambas do Rio Grande do Sul. Destaca-se que foram classificados como casos de femicídios apenas os casos em que o assassinato se deu em função da violência de gênero, sendo excluídos casos de latrocínio por exemplo.

Ainda em relação aos dados sobre Porto Alegre, uma pesquisa realizada em uma unidade básica de saúde (UBS) da cidade, que buscava estimar a prevalência e o perfil da violência de gênero entre mulheres de 18 a 49 anos (manifestada na forma de violência física, psicológica ou sexual), revela que entre as pacientes entrevistadas, 55% relatam ter sofrido violência psicológica, 38% violência física e 8% violência sexual (Kronbauer, 2005).

A grande carga da violência de gênero produz diversas consequências para a saúde das mulheres, tanto individualmente como para as sociedades (Gomes, 2012). Para além do impacto imediato que uma agressão pode causar, diversos outros danos à saúde das mulheres que já foram agredidas podem aparecer ao longo da vida, sendo considerado como um fator de risco associado para diversas doenças e outros agravos em saúde (Krug, 2002). As

mulheres vítimas de violência apresentam mais demandas de saúde e com maior frequência buscam atendimentos nos serviços de saúde do que as mulheres que não vivenciaram essas experiências ao longo da vida (Dhairyawan, 2013; Gomes, 2012; Guedes, 2009; Pedrosa, 2011; WHO, 2013). Entretanto devido às complexidades que permeiam a temática da violência, podem existir dificuldades de revelação por parte da mulher ou ainda de reconhecimento nos serviços de saúde. Essas questões serão tratadas a seguir.

3.3 Invisibilidade da violência contra a mulher

Embora a literatura revisada aponte para diversos estudos sobre violência contra a mulher, a real prevalência e a magnitude do problema no Brasil ainda são desconhecidas. Atualmente, existem dispositivos legais, criados para conhecer e dar visibilidade à violência contra a mulher, auxiliando quanto ao dimensionamento do problema e de suas consequências. Tais dispositivos abarcam as atividades nos serviços de saúde. A primeira lei nacional que estabelece a notificação compulsória de casos de violência contra mulher nos serviços de saúde em todo o território nacional é a Lei Nº 10.778 de novembro de 2003 (Brasil, 2003).

O registro do agravo violência deve ser efetuado tanto nos serviços públicos de saúde como nos serviços privados. Os dados oriundos dessas notificações são de suma importância para a compreensão da dimensão do problema no país, ainda não realmente conhecida, pois sabendo a magnitude do agravo pode-se estruturar melhorias para a prevenção, planejamento e atendimento das mulheres vítimas de violência.

O Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) é um sistema de informações de saúde do Ministério da Saúde, utilizado para a realização da vigilância epidemiológica em saúde no país. Esse sistema é alimentado de acordo com a Portaria Nº 104, do Ministério da Saúde, de 25 de janeiro de 2011, que estabelece a lista de quais são as doenças, os agravos e os

eventos em saúde pública que são de notificação compulsória no país (BRASIL, 2011b). Dentre os agravos que constituem esse conjunto de informações, figura a violência doméstica, sexual e/ou outras violências. Esses registros devem ser efetuados por todos os profissionais de saúde, sejam eles biólogos, biomédicos, enfermeiros, farmacêuticos, médicos, médicos veterinários, odontólogos entre outros profissionais no exercício da profissão, através da Ficha de Notificação para Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências (BRASIL, 2011b). Embora seja considerado agravo de notificação compulsória desde 2003, encontram-se disponíveis nesta plataforma dados sobre os registros de violência doméstica, sexual entre outras violências contra as mulheres somente a partir do ano de 2009.

No Brasil, para o primeiro ano disponível (2009) de informações do SINAN sobre violência contra a mulher, há o registro de 15.299 casos. Os dados posteriores mostram que a notificação cresce consideravelmente, aumentando para 28.265 em 2010, 48.122 em 2011 e 70.548 em 2012 (BRASIL, 2014). Sabe-se que esses dados não representam a totalidade dos casos, tendo em vista a dificuldade de revelação de situações de violência por parte das mulheres ou ainda outras questões relativas aos serviços de saúde, que muitas vezes podem não reconhecer ou não saber lidar com a questão, ou ter dificuldade na realização da notificação compulsória (Vieira, 2011).

Dessa forma, muito embora haja diferenças entre os dados das diferentes unidades da federação, esses números não são capazes de retratar a magnitude do problema no Brasil, tendo em vista as diferentes estruturas dos serviços de saúde no país. Estados que registram no SINAN maiores números de casos de violência, nesse momento, podem estar refletindo um melhor preparo de alguns serviços e/ou profissionais no que tange à conscientização da importância do reconhecimento e do registro dos casos de violência contra a mulher. Outra dificuldade que surge é a não possibilidade de generalização para toda a população feminina, tendo em vista que esses dados são oriundos de serviços de saúde, representando dessa forma a prevalência específica nessa população (Okabe, 2011).

No Rio Grande do Sul também se observa um aumento desses registros, com 510 casos em 2009, 3.262 em 2010, 6.241 em 2011 e 9.444 casos em 2012. Especificamente para Porto Alegre há o registro de 498 casos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências entre mulheres para o ano de 2009, com um aumento para 975 registros em 2010, 935 registros em 2011 e 1.207 registros em 2012, último ano disponível (BRASIL, 2014).

Os dados no SINAN sobre a violência contra as mulheres, coletados a partir do registro efetuado por serviços de saúde, são, portanto, muito inferiores aos casos registrados a partir dos Boletins de Ocorrência registrados pela Secretaria de Segurança Pública do Rio Grande do Sul, demonstrando o problema da subnotificação, que ainda deve ser enfrentado nos serviços de saúde. Embora os dados do SINAN não reflitam a real magnitude do problema no país e no estado, são fundamentais, tendo em vista a grande importância para a vigilância epidemiológica e para outros setores que trabalham com a temática no país. Esse reconhecimento gradual da magnitude do problema demonstra que aos poucos a consciência frente a essa questão está se consolidando, a lei está sendo cumprida e o país caminha para o reconhecimento da dimensão do problema, podendo dessa forma construir políticas e ações mais efetivas no enfrentamento a violência contra a mulher.

Conforme supracitado, mesmo a violência sendo um agravo de notificação compulsória na saúde, esses registros nem sempre são efetuados devido a questões que permeiam as próprias vítimas ou às dificuldades das equipes de saúde, que muitas vezes não estão capacitadas para prestar atendimento integral às mulheres em situação de violência. Esses fatores contribuem para a invisibilidade do problema (Kiss, 2011).

A invisibilidade da violência contra a mulher pode ocorrer pela percepção da comunidade e da própria vítima do que é violência, dos saberes e dos sentimentos em relação à temática, da sujeição à VPI no ambiente privado, do medo em relação ao agressor, da pouca abordagem desse assunto na formação em saúde e conseqüente despreparo dos

profissionais, e ainda da dificuldade de manejo dessas situações nos serviços de saúde frente às demandas que surgem pelas vítimas (Kiss, 2011; Vieira 2011).

Mulheres que vivenciaram violência na infância ou na adolescência – sendo elas próprias as vítimas ou como testemunhas da violência sofrida por suas mães e irmãs ou irmãos – muitas vezes se sujeitam a comportamentos agressivos por parte dos homens, podendo não reconhecer situações de violência que possam estar sofrendo. Ou ainda se colocar frente a isso de maneira submissa, onde as desigualdades de gênero exercem uma força tão impactante que a vítima de violência acaba por acreditar que este é o “papel do homem”, ser agressivo. Essa aceitação de comportamentos violentos ou controladores por parte dos homens em relação às mulheres pode ser encarada (por elas também) em alguns contextos culturais como o “papel masculino” (Krug, 2002).

A percepção da mulher sobre as situações de violência pode ser influenciada por sentimentos como medo, vergonha, e até mesmo autculpabilização. Quando há filhos envolvidos, o temor é ainda maior, pelo medo da violência contra as crianças e até mesmo da separação entre mãe e filhos (Marinheiro, 2006).

Achados de um estudo de Schraiber e colaboradores (2002) reforçam a questão da invisibilidade da violência e das hierarquias de poder nos relacionamentos, mostrando que aproximadamente metade das mulheres que sofreram violência física não reconhecem essas situações como experiências de violência. Ainda se faz necessário melhorar as compreensões das mulheres pertinentes aos seus próprios direitos (Schraiber, 2002), sendo a educação base fundamental para tais mudanças. Até mesmo em situações onde a violência pode ser percebida pela mulher, o silêncio frente a situações pode ser frequente, em função da dependência financeira com relação ao agressor.

A OMS (2011) refere como uma dificuldade no enfrentamento à violência contra a mulher o fato de que muitas mulheres não buscam auxílio para o enfrentamento das situações de violência. Conseqüentemente,

muitos dados de violência contra a mulher são desconhecidos, gerando uma subnotificação nesses registros, indicando que a magnitude do problema seja ainda maior. Nesse sentido, o trabalho constante de aprimoramento desses registros, de pesquisas sobre violência contra a mulher e da conscientização acerca dos direitos femininos podem aumentar a visibilidade social da temática da violência.

Para além da dificuldade de reconhecimento e do silêncio frente às situações de violência, temos ainda o problema de que há certa aceitação social da violência por parceiro íntimo no âmbito privado – de que problemas dessa ordem devem ser resolvidos somente pelo casal, situação que já vitimou muitas mulheres (Marinheiro, 2006). De acordo com o documento elaborado pelo Ministério da Saúde, intitulado Impacto da Violência na Saúde dos Brasileiros (2005), mais da metade das mulheres vítimas de agressão não procuram auxílio para o enfrentamento da violência.

O setor saúde também enfrenta dificuldades no reconhecimento da violência contra a mulher (Kiss, 2011). Os trabalhadores em saúde geralmente são os primeiros profissionais a terem contato com as vítimas de violência e são considerados de confiança pelas agredidas para a revelação da situação vivida, embora muitas vezes, as mulheres não venham a informar as causas dos agravos (WHO, 2013).

A formação em saúde, muitas vezes mais tecnicista, faz com que o profissional de saúde possa não saber acolher a usuária do serviço que está em situação de violência, pois frequentemente a formação profissional não aborda a violência como problema de saúde pública (Kind, 2013; Marinheiro, 2006). Diante dessas falhas educacionais ou institucionais, o profissional de saúde pode se sentir impotente frente às mulheres em situação de violência (Kind, 2013; Kiss, 2011; Marinheiro, 2006; Pedrosa, 2011).

Frequentemente, os serviços de saúde conduzem o atendimento conforme a queixa física da mulher, dando ênfase ao tratamento de lesões corporais, sem investigar as causas, e sem reconhecer, enquanto equipe de saúde, a gravidade de determinadas situações e as possibilidades de intervenções multidisciplinares e intersetoriais. Nesse sentido, o

enfrentamento à violência e a atenção à vítima necessita de uma rede de atenção à saúde articulada e que também consiga trabalhar de maneira intersetorial, com outros serviços da sociedade, como por exemplo, a segurança pública, para discutir questões mais amplas que envolvem o problema (D'Oliveira, 2009a).

3.4 Violência contra a mulher vivendo com HIV/Aids

Essa última parte da revisão da literatura e apresentação da temática tem como intuito costurar as duas questões apresentadas até agora – o HIV no contexto feminino e a violência contra a mulher.

De acordo com a OMS (2013) a epidemia de HIV e a violência contra a mulher se intersectam em pelo menos cinco aspectos:

- 1) A violência limita a mulher a se engajar em comportamentos preventivos em relação ao HIV.
- 2) Mulheres que vivenciaram abusos físicos ou sexuais são mais propensas a terem comportamentos que as colocam em risco de contrair o HIV.
- 3) Mulheres que sofrem violência estão mais suscetíveis a se envolver com homens que apresentam risco elevado de infecção pelo HIV.
- 4) O medo da violência e outros aspectos sociais negativos criam barreiras críticas para as mulheres no acesso a ferramentas e serviços de prevenção do HIV, incluindo testagem e aconselhamento.
- 5) O medo da violência é a maior barreira para testes e divulgação de sorologia positiva das mulheres para seus parceiros sexuais.

Torna-se relevante discutir esses aspectos de sobreposição, já que a violência contra a mulher é um risco adicional impactante nos processos saúde-doença, podendo levar a transtornos mentais, doenças crônicas, altos

números de gestações indesejadas, abortos, traumatismos, doenças infecciosas e até mesmo como antecipadora de óbitos (OMS, 2011). Nesse sentido, sofrer situações de violência deixa a mulher em situação de grande vulnerabilidade para a infecção pelo HIV/Aids. Para além do impacto direto individual na mulher, é necessário se considerar as possíveis consequências negativas em todo o contexto de desenvolvimento da vida produtiva, como estudos e trabalho, que podem impactar também na vida e na criação dos filhos, ampliando as consequências dessa violência para as próximas gerações e para toda a sociedade (OMS, 2011; WHO, 2013).

Como já citado anteriormente, essa vulnerabilidade relaciona-se com o meio socioeconômico e o cultural e com as práticas e os comportamentos sexuais e reprodutivos (Parker, 2000) que poderão deixar essas mulheres mais expostas. A OMS preconiza que recursos utilizados na prevenção primária de VPI são investimentos para a proteção não somente do indivíduo, mas das famílias, das comunidades e da sociedade como um todo (WHO, 2013).

A OMS salienta a necessidade de mais trabalhos relativos à temática da associação da violência contra a mulher e da infecção pelo HIV/Aids (WHO, 2013). As duas temáticas – violência e HIV/Aids – são de extrema relevância devido aos fortes impactos nos processos de saúde-doença da população feminina em caráter global. Em nossa revisão, localizamos publicações abordando a intersecção da violência contra as mulheres e HIV/Aids em diversos países: Índia (Silverman, 2008), Quênia (Shi, 2013), África do Sul (Dunkle, 2004), Etiópia (Deribe, 2010), EUA (Sareen, 2009), México (Kendall, 2012), Brasil (Barros, 2011) entre outros. Uma das dificuldades encontradas foi o número pequeno de estudos que descrevam o perfil socioeconômico e que incluam questões relativas à vida sexual e reprodutiva dos sujeitos pesquisados, especialmente das mulheres vivendo com HIV/Aids, que podem auxiliar na compreensão do impacto que o HIV/Aids e a violência concomitantemente possam exercer na saúde da mulher. Outra dificuldade encontrada foram as diversas metodologias utilizadas, que dificultam as comparações entre as pesquisas.

De acordo com o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (Krug, 2002), a violência de gênero pode ser percebida, dentre outras formas, através de comportamentos controladores por parte dos homens sobre suas companheiras. Comportamento controlador inclui aquele em que o homem exija que a mulher, por exemplo, não trabalhe ou não saia de casa, isolando ou dificultando que a parceira interaja no meio social, monitorando ou restringindo o contato com a família, com os amigos ou ainda ao acesso às informações ou às assistências quando necessário. Em seis países do continente africano o medo do isolamento e da exclusão fez com que mulheres grávidas se recusassem a realizar a testagem para o HIV/Aids – ou, entre as que realizaram o teste, o medo fez com que elas não retornassem ao serviço para busca do reconhecimento de sua sorologia (Krug, 2002).

Em um estudo realizado na Índia nos anos de 2005 e 2006, com 28.139 mulheres casadas, foi encontrada associação entre a violência perpetrada por parceiro íntimo e infecção pelo HIV/Aids (Silverman, 2008).

Em outro estudo realizado no Quênia, onde foram analisados dados do Inquérito Demográfico e de Saúde 2008-2009 (DHS) composto por 1.904 mulheres de 15-49 anos, também foi encontrada uma associação positiva entre violência por parceiro íntimo e infecção pelo HIV/Aids, mesmo controlando para variáveis demográficas (Shi, 2013). Em um estudo realizado na África do Sul, também foi encontrada uma associação positiva para infecção por HIV e violência por parceiro íntimo, com altos níveis de controle por parte dos homens na relação atual, mesmo ajustando para idade e para comportamentos de risco entre as mulheres (Dunkle, 2004).

Corroborando com esses achados, uma pesquisa realizada nos Estados Unidos encontrou que 11,8% dos casos de infecção pelo HIV entre mulheres foram atribuídos a relatos de VPI no último ano. Mesmo realizando ajustes nos modelos para fatores sociodemográficos e comportamentos sexuais de risco, a violência por parceiro íntimo foi significativamente associada com a infecção pelo HIV (Sareen, 2009).

No Brasil, em um estudo realizado em São Paulo que buscava analisar a associação entre a violência por parceiro íntimo contra mulheres e a infecção ou suspeita de infecção pelo HIV também foram encontradas associações positivas entre sofrer violência e infecção ou suspeita de HIV (Barros, 2011).

Como a Aids é ainda uma doença carregada de grande estigma na sociedade, as mulheres que descobrem sua sorologia positiva para o vírus causador precisam lidar com diversos preconceitos e tabus. Para além da VPI, elas podem sofrer com vários outros tipos de violência, entre elas a discriminação por amigos, por parentes ou ainda nos próprios atendimentos nos serviços de saúde, local que deveria estar preparado para o seu acolhimento e atendimento integral.

O estigma e o preconceito manifestados através da discriminação à portadora de HIV revelam o desconhecimento acerca da condição. A repercussão na saúde da pessoa portadora do vírus HIV pode estar relacionada com dificuldade na procura e na adesão ao tratamento de maneira adequada (Garcia, 2008) e também com contextos emocionais, como depressão, que acabam por impactar no autocuidado e na saúde como um todo (Black, 2011; Oliveira, 2007).

Esse grande estigma social que o HIV/Aids ainda carrega, pode influenciar no momento de divulgação da sorologia positiva para o parceiro, podendo ser um outro momento gerador de violência (Barros, 2011; Gielen, 2007; Hale, 2011; Maman, 2002). Estudos evidenciam que atos de violência física do parceiro contra a sua parceira podem ocorrer entre casais sorodiscordantes (Were, 2011; Zierler, 2000).

Em um estudo realizado na Etiópia que buscava explorar diferenças de gênero na divulgação da sorologia positiva para o HIV, as razões para as mulheres não revelarem sua sorologia ao parceiro estavam associadas com o medo da violência física, incluindo o medo de serem mortas por seus companheiros (Deribe, 2010).

Kendall e colaboradores (2012), em um estudo realizado no México, buscaram estimar as prevalências de violência (física e sexual) anteriores ao

diagnóstico de HIV/Aids e de violência diretamente relacionada ao HIV/Aids (física, psicológica e discriminação nos serviços de saúde). Mais da metade das mulheres vivendo com HIV/Aids (60%) relataram discriminação nos serviços de saúde, 26,5% revelaram violência psicológica e 7,2% violência física diretamente relacionada ao diagnóstico de HIV/Aids.

A vivência de experiências de violência contra a mulher que vive com HIV/Aids pode impactar em baixa adesão ao tratamento e consequente piora do quadro clínico de HIV/Aids, impactando em níveis mais baixos de CD4 e carga viral detectável (Schafer, 2012).

Dessa forma salienta-se que a violência contra a mulher pode funcionar como uma barreira, um obstáculo para os cuidados em saúde entre as mulheres que vivem com HIV/Aids. Na intersecção ter HIV/Aids e sofrer violência, alguns fatores são trabalhados na literatura e associados a uma maior vulnerabilidade para essas questões. Entre os fatores econômicos e sociodemográficos, idade, cor da pele, renda e baixa escolaridade são comumente associados à violência e à infecção pelo HIV/Aids (Dhairyawan, 2013; Barros, 2011).

Estudar violência contra a mulher, portanto, remete às questões de gênero e às consequentes estruturas desiguais nos relacionamentos entre homens e mulheres. As experiências de violências, muitas vezes, fruto dessa hierarquização dos papéis entre os gêneros poderão afetar tanto a saúde física como a mental das mulheres que as vivenciam. Esse impacto pode ser visto de diversas formas, como por exemplo, ao analisar questões relativas à vida sexual e reprodutiva que podem demonstrar uma dificuldade de gestão tanto da vida sexual como da vida reprodutiva. Em contextos de maior vulnerabilidade para experiências de violência, a autonomia das mulheres pode estar limitada, podendo acarretar em relações sexuais precoces ou contra sua vontade, assim como na dificuldade do uso de preservativo (Dhairyawan, 2013). O resultado pode ser a contração de doenças sexualmente transmissíveis, um elevado número de gestações e de filhos. Tais questões oferecem um aporte para a discussão da autonomia da mulher vivendo com HIV/Aids frente à sua vida sexual e reprodutiva.

4 OBJETIVOS

Objetivo Geral

Analisar características econômicas, sociodemográficas, reprodutivas e sexuais de mulheres que sofreram episódios de violência durante a vida e de mulheres que sofreram violência diretamente relacionada ao HIV/Aids em uma amostra de mulheres que conhecem sua sorologia positiva para HIV e que são usuárias dos Serviços de Atendimento Especializados em DST/Aids (SAE) de Porto Alegre.

Objetivos Específicos

São objetivos específicos deste trabalho:

1. Caracterizar as mulheres vivendo com HIV/Aids atendidas nos serviços de atendimento especializado em HIV/Aids na cidade de Porto Alegre em relação à violência geral quanto a aspectos socioeconômicos e relativos à sexualidade e reprodução.
2. Descrever quem são as mulheres vivendo com HIV/Aids atendidas nos serviços de atendimento especializado em HIV/Aids na cidade de Porto Alegre em relação à violência relacionada diretamente com o diagnóstico de HIV/Aids, caracterizando-as em termos socioeconômicos e em relação à sexualidade e reprodução.
3. Verificar a prevalência de violência geral ao longo da vida entre a população feminina vivendo com HIV/Aids, entre elas violência psicológica, física e sexual.
4. Verificar a prevalência da discriminação sofrida nos serviços de saúde enquanto paciente vivendo com HIV/Aids, bem como dos casos de violência, incluindo ofensa verbal e agressão física, diretamente relacionada ao diagnóstico de HIV/Aids.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aboim S. Risco e prevenção do HIV/Aids: uma perspectiva biográfica sobre os comportamentos sexuais em Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2012; 17(1): 99-112.

Ayres JRCM, Calazans GJ, Saletti Filho HG, França Junior I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Junior M, Carvalhos YM (Orgs). *Tratado em Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. p 375 – 417.

Barbosa RM. Um olhar de gênero sobre a epidemia de Aids, In: Berquó E. (Org.). *Sexo & Vida: panorama de saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas, Editora da Unicamp, 2003. p. 339-89.

Barros C, Schraiber LB, França-Júnior I. Associação entre violência por parceiro íntimo contra a mulher e infecção por HIV. *Rev Saúde Pública* 2011; 45(2): 365-72.

Black MC. Intimate Partner Violence and Adverse Health Consequences: Implications for Clinicians. *American Journal of Lifestyle Medicine* 2011; 5(5):427-439.

Bott S, Guedes A, Goodwin M, Mendoza JA. *Violence Against Women in Latin America and the Caribbean: A comparative analysis of population-based data from 12 countries*. Washington, DC: Pan American Health Organization, 2012.

BRASIL. Lei Nº 11.340/Maria da Penha. Brasília, DF: Presidência da República. 2006. Acesso em 12 jun 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm

BRASIL. Lei Nº 10.778 de novembro de 2003. Presidência da República. 2003. Acesso em: 11 jun 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.778.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST e Aids. Plano Integrado de enfrentamento da feminização da Epidemia de Aids e outras DST, Versão Revisada. Brasília, Ministério da Saúde, 2011a. Acesso em 10 set 2013. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/publicacao/plano-integrado-de-enfrentamento-da-feminizacao-da-epidemia-de-aids-e-outras-dst>

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico Aids – DST. Versão Preliminar. Ano IX. Nº 01. Brasília: 2012. Acesso em: 21 nov. 2013. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2012/52654/boletim_2012_final_1_pdf_21822.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico Aids – DST. Versão Preliminar. Ano II. Nº 01. Brasília: 2013. Acesso em: 11 dez. 2013. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/publicacao/2013/boletim-epidemiologico-aids-e-dst-2013>

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Casos de Aids identificados em Porto Alegre. 2014. Acesso em: 2 fev 2014. Disponível em: <http://www2.aids.gov.br/cgi/tabcgi.exe?tabnet/rs.def>

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/ Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Acesso em 15 jan. 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pnds/index.php>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Acesso em 28 out 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf

BRASIL. Portaria 104 do Ministério da Saúde. 2011b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.htm
!

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Enfrentando a Violência contra a Mulher – Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005. Acesso em 15 nov 2012. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/publicacoes-teste/publicacoes/2007/enfrentando-violencia.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Sinan – Sistema de Informação de Agravos de Notificação, 2014. Acesso em 3 jan 2014. Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/>

Burke J, Thieman LK, Gielen AC, O' Campo P, McDonnell KA. Intimate partner violence, substance use, and HIV among low-income women: taking a closer look. *Violence Against Women*. 2005; 11: 1140–1161.

Campbell JC, Baty ML, Ghandour RM, Stockman JK, Francisco L, Wagman J. The intersection of intimate partner violence against women and HIV/AIDS: a review. *Int J Inj Contr Saf Promot*. 2008;15: 221–31.

Carvalho AC, Oliveira Filho AA, Cruz GO, Mendes ILR, Silva KMM, Silva MT, et al. A Questão Social: Violência Contra A Mulher. *Cadernos de Graduação Revista Ciências Humanas e Sociais*. Aracaju. 2012; 1, (16): 201-210.

Cunha GH, Galvão MTG. Métodos Contraceptivos e de Prevenção da Transmissão/Reinfecção do Vírus entre portadores de HIV/Aids. *Revista de Saúde Pública* 2011;12(4): 699-708.

D'Oliveira AFPL, 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. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2009a; 14(4):1037-1050.

D'Oliveira AFPL, Schraiber LB, França-Júnior I, Ludermir AB, Portella AP, Diniz CS et al. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. *Rev Saúde Pública* 2009b; 43(2): 299-310.

Deribe K, Woldemichael K, Njau BJ, Yakob B, Biadgilign S, Amberbir A. Gender differences regarding barriers and motivators of HIV status disclosure among HIV-positive service users. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, 2010; 7(1): 30-39.

Dhairyan R, Tariq S, Scourse R, Coyne KM. Intimate partner violence in women living with HIV attending an inner city clinic in the UK: prevalence and associated factors. *HIV Medicine*.2013; 14: 303–310.

Dunkle KL, Jewkes RK, Brown HC, Gray GE, McIntyre JA, Harlow SD. Gender-based violence, relationship power, and risk of HIV infection in women attending antenatal clinics in South Africa. *Lancet* 2004; 363:1415-21.

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: 1260–9.

Gielen AC, Ghandour RM, Burke JG, Mahoney P, McDonnell KA, O'Campoet P. HIV/AIDS and Intimate Partner Violence Intersecting Women's Health Issues in the United States. *Trauma Violence Abuse* 2007; 8: 178-198.

Gomes NP, Garcia TCS, Conceição CR, Sampaio PO, Almeida VC, Paixão GPN. Violência conjugal: elementos que favorecem o reconhecimento do agravo. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro 2012; 36(95): 514-522.

Guedes RN, Silva ATMC, Fonseca RMGS. A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2009;13(3): 625-31.

Hale F, Vasquez M. Violence Against Women Living with HIV/AIDS: A Background Paper. Washington DC USA 2011.

IBGE. Censo 2010. Acesso em 16 jun 2013. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/>

Kendall T, van Dijk M, Wilson KS, Picasso N, Lara D, Garcia S. A Lifetime of Violence: Results From an Exploratory Survey of Mexican Women With HIV. *JANAC* 2012;23(5): 377-387.

Kind L, Orsini MLP, Nepomuceno V, Gonçalves L, Souza GA, Ferreira MFF. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2013; 29(9):1805-1815.

Kiss LB, Schraiber LB. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011; 16(3): 1943-1952.

Kronbauer JFD, Meneghel SN. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. Rev Saúde Pública 2005; 39(5): 695-701.

Krug EG et al. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002.

Maman S, Mbwambo LK, Hogan NM, Kilonzo GP, Campbell JC, Weiss E. HIV-positive women report more lifetime partner violence: Findings from a voluntary counseling and testing clinic in Dar es Salaam, Tanzania. American Journal of Public Health, 2002; 92(8): 1331-7.

Marinheiro ALV, Vieira EM, Souza L. Prevalência de violência contra a mulher. Rev Saúde Pública 2006; 40(4): 604-10.

Meneghel SN, Hirakata VN. Femicídios: homicídios femininos no Brasil. Rev Saúde Pública 2011; 45(3): 564-74.

Minayo MCS. Violência e Saúde. Coleção Temas em Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006:132 p.

OEA – Organização dos Estados Americanos. Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher 1994. Adotada pela Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos em 06 de junho de 1994 – ratificada pelo Brasil em 27.11.1995. Acesso em 14 nov 2013. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/convencaobelem1994.pdf>

Okabe I, Fonseca RMGS. Violência contra mulher: contribuições e limitações do sistema de informação. Ver Esc Enferm USP 2009; 43(2): 453-8.

Oliveira EM, Jorge MSB. Violência Contra a Mulher: Sofrimento Psíquico e Adoecimento Mental. Rev. RENE. Fortaleza; 2007; 8(2): 93-100.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã. 2011. Acesso em: 14 de set de 2013. Disponível em: http://www.who.int/ageing/mulheres_saude.pdf

ONU – Organização das Nações Unidas. Assembleia Geral. Declaração sobre a Eliminação da Violência contra a Mulher adotada pela Assembleia Geral da ONU em 20 de dezembro de 1993 (A/RES/48/104).

Osis MJD, Duarte GA, Faúndes A. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. Rev Saúde Pública 2012;46(2): 351-8.

Paiva V, Latorre MR, Gravato N, Lacerda R. Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/Aids em São Paulo. Cadernos de Saúde Pública. 2002;18(6): 1609-20.

Parker R, Camargo Jr KR. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. Cadernos de Saúde Pública 2000;16(1): 89-102.

Pedrosa CM, Spink MJP. A Violência Contra Mulher no Cotidiano dos Serviços de Saúde: desafios para a formação médica. Saúde Soc. São Paulo 2011; 20(1):124-135.

Pitpitán EV, Kalichman SC, Eaton LA, Sikkema KL, Watt MH, Skinner D. Gender-based violence and HIV sexual risk behavior: Alcohol use and mental health problems as mediators among women in drinking venues, Cape Town. Social Science & Medicine 2012; 75: 1417-1425.

Porto Alegre. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2010. Acesso em: 20 de fev de 2014. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/pms.pdf

Porto Alegre. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde. CGRAPS/Área Técnica de DST/Aids e Hepatites Virais. Proposta de Plano Integrado SMS UNAIDS-Tchê. Acesso em: 20 de fevereiro de 2014. Disponível em: http://www.unaids.org.br/documentos/Proposta_plano_integrado.pdf

Rio Grande do Sul. PROCERGS. Departamento de Gestão Operacional. Secretaria de Segurança Pública. Departamento de Estatística Criminal. Documento gerado por solicitação da pesquisadora em 2014 a partir de dados da SSP. 2014.

Rio Grande do Sul. Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES-RS). Plano estadual de Enfrentamento à Feminização da Aids e outras DST no Rio Grande do Sul. 2008. Acesso em: 7 jan. 2013. Disponível em: https://portais.ufg.br/uploads/16/original_pplgbt-85.pdf

Santos NJS, Barbosa RM, Pinho AA, Villela WV, Aidar T, Filipe EMV. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2009; 25(2):321-333.

Sareen J, Pagura J, Grant B. Is intimate partner violence associated with HIV infection among women in the United States? General Hospital Psychiatry 2008; 31: 274–8.

Schafer KR, Brant J, Gupta S, Thorpe J, Winstead-Derlega C, Pinkerton R et al. Intimate Partner Violence: A Predictor of Worse HIV Outcomes and Engagement in Care. Aids Patient Care and STDs 2012; 26(6):356-365.

Schraiber LB, Barros CRS, Castilho EA. Violência contra as mulheres por parceiros íntimos: usos de serviços de saúde. Rev Bras Epidemiol 2010; 13(2): 237-45.

Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França-Junior I, Diniz S, Portella AP, Ludermir AB. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. Rev Saúde Pública 2007;41(5):797-807.

Scott JW. Gênero: uma categoria de análise histórica. Educação e Realidade. 1995; 20 (2):70-99.

Shi C, Kouyoumdjian FG, Dushoff J. Intimate partner violence is associated with HIV infection in women in Kenya: A cross-sectional analysis. 2013; BMC Public Health 2013, 13:512.

Silverman JG, Decker MR, Saggurti N, Balaiah D, Raj A. Intimate partner violence and HIV infection among married Indian women. JAMA 2008; 300(6):703-710.

Stockman JK, Lucea MB, Campbell JC. Forced Sexual Initiation, Sexual Intimate Partner Violence and HIV Risk in Women: A Global Review of the Literature. AIDS Behav. 2013; 17:832–847.

Taquette SR. HIV/Aids among adolescents in Brazil and France: similarities and differences. Saude Soc. 2013; 22 (2): 225- 235.

Teixeira LB, Pilecco FB, Vigo A, Knauth DR. Sexual and reproductive health of women living with HIV in Southern Brazil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro 2013; 29(3): 609-620.

Teixeira SAM, Taquette SR. Violência e atividade sexual desprotegida em adolescentes menores de 15 anos. Rev Assoc Med Bras 2010; 56(4): 440-6. UNAIDS/UNFPA/UNIFEM. Women and HIV/AIDS: Confronting the Crisis. 2004. Acesso em 3 de nov 2013. Disponível em: <https://www.unfpa.org/hiv/women/>

UNAIDS. Global Report. UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013. Acesso em 2 de dez 2013. Disponível em: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_en.pdf

Vieira EM, Perdoná GSC, Santos MA. Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde. Rev Saúde Pública 2011;45(4):730-7.

Were E, Curran K, Delany-Moretlwe S, Nakku-Joloba E, Mugo NR, Kiarie J *et al.* A Prospective Study of Frequency and Correlates of Intimate Partner Violence among African Heterosexual HIV Serodiscordant Couples. AIDS. 2011; 25(16): 2009–2018.

WHO. Addressing violence against women and achieving the Millennium Development Goals. 2005. Acesso em 24 jun 2013. Disponível em: http://www.who.int/gender/documents/violence/who_fch_gwh_05_1/en/

WHO. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. 2013. Acesso em 5 dez 2013. Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/>

Zierler S, Cunningham WE, Andersen R, Shapiro MF, Bozzette SA, Nakazono T, *et al.* Violence victimization after HIV infection in a US probability sample of adult patients in primary care. Am J Public Health. 2000;90(2): 208-15.

6 ARTIGO

Violência Contra a Mulher Vivendo com HIV/Aids Usuária dos Serviços de Atendimento Especializados em DST/Aids de Porto Alegre

Violence against women living with HIV/Aids who are users of STI/Aids specialized assistance services in Porto Alegre

Revista Pretendida: Ciência & Saúde Coletiva

Autores:

Ana Paula Messa Koetz - Bacharel em Biomedicina. Aluna de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Andrea Fachel Leal - Professora Adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Doutora em Antropologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Resumo

O objetivo geral deste artigo é analisar características das mulheres que sofreram episódios de violência durante a vida e diretamente relacionada ao HIV/Aids em uma amostra de usuárias dos SAE em DST/Aids de Porto Alegre (RS). A amostra estudada foi composta por 691 mulheres de 18 a 49 anos, tendo sido caracterizada por meio da estatística descritiva; para análise das diferenças entre os grupos foi utilizado o teste de associação do qui-quadrado de Pearson. Na amostra estudada, 57,8% relataram experiência de violência durante a vida, havendo associação positiva para este desfecho com a menor renda domiciliar, maior número de gestações e de filhos e menor idade da primeira relação sexual. Para o desfecho violência relacionada ao diagnóstico de HIV/Aids, 37,5% afirmaram ter sofrido esse tipo de violência. Nesse desfecho encontrou-se diferenças estatísticas significativas em baixa escolaridade, menor renda domiciliar, menor idade da primeira relação sexual, não uso de preservativo, maior número de gestações e de filhos. Experiências de violência podem impactar no processo saúde-doença nessa população. Sendo assim o rastreamento dessas questões é sugerido aos serviços de saúde para um atendimento mais efetivo à saúde das mulheres que vivem com HIV/Aids.

Palavras chave: Violência, mulher, HIV/Aids.

Abstract

The main purpose of this article is to analyze characteristics of women who were victim of violence throughout their lives and of violence directly related to being HIV positive, in a sample of women are aware of their positive serology for HIV and who attend the STI/Aids specialized assistance services in Porto Alegre (RS, Brazil). 691 women between 18 and 49 years old who were aware of their diagnosis for HIV/Aids composed the studied population. The sample was characterized by descriptive statistics and Pearson's chi-square test was used for the analysis of differences between groups. Of the sample studied, 57,8% have reported experiencing violence in their lifetime. In this outcome, a positive association has been found between smaller household income, higher number of pregnancies and children and younger age in which they had their first sexual intercourse. We found that 37,5% claimed to have suffered violence in relation to their HIV/Aids diagnosis. In this outcome, significant statistical differences have been found regarding smaller schooling, lower household income, younger age of first sexual intercourse, non-condom use, and higher numbers of pregnancies and of children. Experiences of violence can affect the process of health and disease in this population. Therefore, we suggest health services should track these issues in order to provide more effective health care for women living with HIV/Aids.

Key words: Violence, woman, HIV/Aids.

Introdução

As desigualdades de gênero, vivenciadas muitas vezes através das relações de poder desiguais entre homens e mulheres, podem aumentar a vulnerabilidade das mulheres tanto para a violência quanto para as infecções, incluindo as doenças sexualmente transmissíveis. Os fenômenos de violência contra a mulher e da feminização da epidemia da Aids, particularmente o crescente número de mulheres jovens infectadas, trazem grande impacto para a saúde das mulheres, assim como enormes desafios para os serviços de saúde, especialmente, quando esses agravos são concomitantes.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a violência contra a mulher gera um risco adicional impactante nos processos saúde-doença, podendo levar a transtornos mentais, doenças crônicas, altos números de gravidez não desejada, abortos, traumatismos e doenças infecciosas, entre elas o HIV/Aids, fatores que, sem uma adequada assistência, podem antecipar o óbito (OMS, 2011; WHO 2013).

Desde o aparecimento da epidemia de Aids, nos anos 1980, nota-se que a diferença entre os sexos vem diminuindo consideravelmente. No Brasil, em 1990, a razão de sexo era de 5,4 casos de homens para cada mulher com a doença, já em 2010 essa razão era de 1,7; tal processo é conhecido como feminização da epidemia (BRASIL, 2011). Em Porto Alegre, a razão de sexo é de 1,5 casos de homens para cada mulher com diagnóstico de Aids (Porto Alegre, 2010).

Atualmente, a categoria de exposição mais comumente relatada pelas mulheres em diversos países, incluindo o Brasil, é a via heterossexual (Aboim, 2012; Cunha, 2011; Kendall, 2012; Pitpitan, 2012; Stockman, 2013; Taquette, 2013; UNAIDS, 2013). O expressivo número de contaminações pelas relações heterossexuais entre as mulheres remete à sua dificuldade na gestão de uma vida sexual segura, o que está associado aos contextos de vulnerabilidade individual e também coletiva. A vulnerabilidade das

mulheres à infecção pelo HIV/Aids associa-se às complexas questões socioeconômicas e culturais relacionadas com a vida afetivo-sexual.

O fenômeno da feminização da epidemia de HIV/Aids se intersecta com o fenômeno da pauperização da epidemia. A população mais pobre tem uma maior vulnerabilidade às infecções pelo HIV/Aids, e, no caso das mulheres, são especialmente as que têm piores condições financeiras e baixa escolaridade as mais vulneráveis à infecção, em função das desigualdades de gênero (Lima, 2013; Parker, 2000).

Como a Aids é ainda uma doença carregada de grande estigma na sociedade, as mulheres que descobrem sua sorologia positiva para o vírus causador precisam lidar com diversos preconceitos e tabus. Para além da violência por parceiro íntimo (forma mais comumente relatada), elas podem sofrer com vários outros tipos de violência, entre elas a discriminação por amigos, por parentes ou ainda nos próprios atendimentos nos serviços de saúde, local que deveria estar preparado para o seu acolhimento e atendimento integral. A repercussão na saúde do portador do HIV pode estar relacionada com dificuldade na procura e adesão ao tratamento de maneira adequada (Garcia, 2008) e também com contextos emocionais, como depressão, que acabam por impactar no autocuidado e na saúde como um todo (Black, 2011). As mulheres vítimas de violência apresentam mais demandas de saúde e com maior frequência buscam atendimentos nos serviços de saúde do que as mulheres que não vivenciaram essas experiências ao longo da vida (Dhairyawan, 2013; Gomes, 2012; Guedes, 2009; Pedrosa, 2011; WHO, 2013).

Dessa forma, salienta-se que a violência contra a mulher pode funcionar como uma barreira para os cuidados em saúde entre as mulheres que vivem com HIV/Aids. Na intersecção ter HIV/Aids e sofrer violência, alguns fatores são mencionados na literatura e associados a uma maior vulnerabilidade para essas questões. Entre os fatores econômicos e sociodemográficos, idade, cor da pele, baixo poder aquisitivo e baixa escolaridade são comumente associados à violência e à infecção pelo HIV/Aids (Dhairyawan, 2013, Barros 2011).

Em contextos de maior vulnerabilidade para experiências de violência a autonomia das mulheres pode estar limitada, podendo acarretar em relações sexuais mais cedo ou contra sua vontade, ou ainda dificultando o uso de preservativo, levando a doenças sexualmente transmissíveis, maior número de gestações e de filhos, questões que são levantadas na literatura e oferecem um aporte para a discussão da autonomia da mulher vivendo com HIV/Aids frente a sua vida sexual e reprodutiva (Barros, 2011; Dhairyawan, 2013; Teitelman, 2008; Vieira, 2011).

O objetivo geral deste artigo é analisar características econômicas, sociodemográficas, reprodutivas e sexuais de mulheres que sofreram episódios de violência durante a vida e de mulheres que sofreram violência diretamente relacionada ao HIV/Aids em uma amostra de mulheres que conhecem sua sorologia positiva para HIV e que são usuárias dos Serviços de Atendimento Especializados em DST/Aids (SAE) de Porto Alegre.

Métodos

Para este artigo foi utilizado o banco de dados coletados no estudo intitulado “Saúde sexual e reprodutiva das mulheres no contexto da epidemia do HIV/Aids em Porto Alegre” conduzido na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Esse estudo foi composto por um componente quantitativo e outro qualitativo.

O componente quantitativo, realizado entre janeiro e novembro de 2011, teve como delineamento escolhido um estudo transversal, com um grupo de mulheres de 18 a 49 anos que conhecia seu diagnóstico positivo de HIV e outro que não tinha o diagnóstico de HIV. As mulheres vivendo com HIV/Aids foram recrutadas nos Serviços de Atendimento Especializado (SAE) para HIV/Aids na cidade de Porto Alegre, enquanto as mulheres sem diagnóstico conhecido foram selecionadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) do município de Porto Alegre/RS.

O cálculo amostral levou em consideração o desfecho menos prevalente em estudo na temática da pesquisa, que era a taxa de aborto provocado, resultando em uma amostra de, no mínimo, 615 mulheres em cada grupo (com e sem diagnóstico de HIV/Aids). O número de usuárias para a participação no estudo em cada serviço foi definido de acordo com a quantidade de atendimentos de cada unidade de saúde. As mulheres foram selecionadas através de amostragem aleatória simples com base na agenda de marcação de consultas dos serviços. Foram excluídas as mulheres que, além de estarem fora da faixa etária estudada, apresentaram falta de condições cognitivas para a participação individual e autônoma no estudo, aquelas que relataram exclusivamente relações homossexuais e aquelas que não se iniciaram sexualmente, tendo em vista que um dos focos do estudo era investigar as especificidades das mulheres expostas à transmissão heterossexual do HIV.

Como parte do protocolo da pesquisa foi realizado treinamento intensivo das entrevistadoras, que contemplava questões sobre a contextualização da epidemia da Aids, assim como métodos de abordagem das pacientes nos serviços de saúde, obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e sobre a aplicação do questionário. As participantes que aceitaram participar da pesquisa assinaram o TCLE e responderam entrevistas face-a-face, com duração de aproximadamente uma hora, nos próprios serviços de saúde em local que permitisse a privacidade da usuária. Todas as participantes assinaram previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O estudo foi aprovado nos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e também pelos comitês das outras instituições envolvidas. O estudo foi desenvolvido obedecendo à resolução “Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo seres Humanos”, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), resolução número 196 de 1996.

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram questionários estruturados e a aplicação se deu através da inserção das respostas

diretamente em computadores do tipo *netbook*, através do programa *Sphinx Léxica* versão 4.0.

O questionário incluiu questões sobre características sociodemográficas, trajetória de saúde sexual e reprodutiva, utilização de métodos contraceptivos, DSTs, momento do diagnóstico do HIV, uso de medicações, situações de violência relacionada ao HIV/Aids e experiências de violência ao longo da vida, além de questões sobre a saúde em uma perspectiva global.

No estudo “Saúde sexual e reprodutiva das mulheres no contexto da epidemia do HIV/Aids em Porto Alegre”, foram selecionadas 756 mulheres soropositivas para o HIV/Aids, na faixa etária de 18 a 49 anos, sendo que 65 (8,6%) não aceitaram participar do estudo, dessa forma a amostra final foi composta por 691 participantes que conheciam sua sorologia positiva para HIV/Aids. Para a presente análise foram utilizados somente os dados relativos a estas mulheres que conheciam sua sorologia positiva para HIV/Aids, para dois desfechos: a violência geral alguma vez na vida (psicológica, física ou sexual) e a violência diretamente relacionada ao diagnóstico de HIV/Aids (ofensa verbal, agressão física ou discriminação nos serviços de saúde). Dentre as 691 mulheres, 11 não responderam as questões relativas à violência psicológica, física e sexual, sendo para esse desfecho a amostra composta por 680 mulheres. Em relação à violência diretamente relacionada ao diagnóstico de HIV/Aids, 9 das 691 participantes não responderam às questões relativas a essa temática, dessa forma para esse desfecho a amostra foi composta por 682 participantes.

As variáveis independentes analisadas foram sociodemográficas e econômicas (idade, cor da pele autorreferida, anos de estudo e anos de estudo da mãe, renda domiciliar e situação conjugal), sexuais (idade da primeira relação sexual – antes ou depois dos 15 anos, uso de preservativo na primeira e na última relação sexual) e reprodutivas (número de gestações e de filhos).

A variável dependente violência alguma vez na vida foi construída pela recategorização de resposta afirmativa a pelo menos uma das três

questões relativas à violência geral: Na sua vida você é ou foi ofendida, humilhada, ou intimidada de propósito por alguém? Na sua vida alguém já lhe bateu, esbofeteou, chutou ou machucou fisicamente? Alguma vez na vida, você foi forçada a ter relações sexuais, por se sentir ameaçada fisicamente ou temer ser seriamente machucada?

A variável dependente violência relacionada ao diagnóstico de HIV/Aids foi construída pela recategorização de resposta afirmativa a pelo menos uma das três variáveis: Você já passou por algum tipo de agressão verbal (ofensas) por ser HIV positiva? Você já passou por algum tipo de agressão física por ser HIV positiva? Você já se sentiu discriminada dentro de algum serviço de saúde por ser portadora do vírus?

Neste artigo a amostra foi caracterizada por meio da estatística descritiva e para análise das diferenças entre os grupos foi utilizado o teste de associação do qui-quadrado de Pearson. Dessa forma pode-se avaliar a associação entre as variáveis do estudo (características sociodemográficas, econômicas, saúde sexual e reprodutiva) com o desfecho da violência geral na vida ou com o da violência diretamente relacionada ao diagnóstico de HIV/Aids. As análises dos dados foram realizadas utilizando-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, Versão 18.0.

Resultados

Das 691 mulheres vivendo com HIV/Aids, 57,8% relataram violência ao longo da vida. Quando perguntadas sobre a violência psicológica, 39% responderam afirmativamente; sobre a violência física, 38% referiram já ter sofrido esta forma de violência; por fim, 18% das entrevistadas afirmaram que já haviam sofrido uma violência sexual. Considerando-se que as mulheres podem sofrer mais de uma forma de violência, observa-se que a concomitância das formas de violência (psicológica, física e sexual) foi relatada por 8% das mulheres; a violência psicológica e física, 15% das mulheres; a violência psicológica e sexual, 3%; e a violência física e sexual,

3%. As frequências de experiência exclusiva de cada uma dessas formas de violência e suas sobreposições estão apresentadas na figura 1, através de Diagrama de Venn.

A descrição e as comparações das características sociodemográficas, econômicas, reprodutivas e sexuais de mulheres vivendo com HIV/Aids com ou sem experiências de violência ao longo da vida estão apresentadas na Tabela 1. A maioria das mulheres que sofreram violência se autodeclarou branca (57%), com até oito anos de escolaridade (66,9%), sendo que suas mães estudaram até oito anos (82,7%), e declararam renda familiar inferior a dois salários mínimos na época da coleta (56,8%).

Entre as mulheres que sofreram violência geral, foram observadas diferenças estatisticamente significativas no que se refere à renda domiciliar. Usuárias com resposta afirmativa a violência apresentaram menor renda familiar (56,8% referindo até 1,99 salários mínimos a época da pesquisa ($p = 0,026$)). Entre todas as mulheres vivendo com HIV/Aids que referiram renda de até 1,99 salários mínimos, 61,8% afirmaram ter sofrido violência na vida (dado não apresentado em tabela).

Também foram observadas diferenças estatisticamente significativas nas questões que envolviam a saúde reprodutiva, sendo que as mulheres que sofreram violência geral ao longo da vida têm maior número de gestações ($p < 0,001$) e de filhos ($p = 0,050$). A maioria das mulheres (58,5%) que não tinham relato de violência na vida tinha até duas gestações, enquanto que a maioria das mulheres (54,7%) com relato de violência apresentava mais de três gestações. Em relação às gestações que vieram a termo, enquanto a grande maioria das mulheres (69%) sem histórico de violência tinha até dois filhos, esse percentual cai para 58,5% entre aquelas que relataram violência ao longo da vida. Entre as mulheres com relato de violência, 41,5% tinham três filhos ou mais.

Entre as características sexuais, foram observadas diferenças estatisticamente significativas na idade da primeira relação sexual, onde um pouco mais da metade (51,7%) das mulheres que sofreram violência responderam terem tido sua primeira relação sexual até os quinze anos.

Este número cai para 40,4% entre o grupo que não relatou ter vivenciado experiências de violência ($p=0,004$).

Entre o grupo de mulheres HIV positivas, 37,5% relataram violência diretamente relacionada ao diagnóstico de HIV/Aids. Independente do local em que a agressão ocorreu, ter sofrido ofensa verbal em função de sorologia positiva para o HIV/Aids foi relatado por 24% das entrevistadas. A discriminação nos serviços de saúde por ser portadora de HIV/Aids foi relatada por 22% das mulheres. Ter sofrido agressão física em função de sorologia positiva para o HIV/Aids, em qualquer lugar, foi relatado por 2,4% das entrevistadas. As sobreposições observadas foram as seguintes: ter sofrido todas as três formas de violência em função do diagnóstico de HIV/Aids foi relatado por 0,7%; a sobreposição discriminação nos serviços de saúde e ofensa verbal, por 8,4%; a ofensa verbal e a agressão física diretamente relacionada ao diagnóstico de HIV/Aids, por 1,4%; a discriminação nos serviços de saúde e agressão física, 0,1%. As frequências de experiência exclusiva de cada uma dessas formas de violência e suas sobreposições estão apresentadas na figura 2, através de Diagrama de Venn.

A descrição e as comparações de características sociodemográficas, econômicas, reprodutivas e sexuais de mulheres vivendo com HIV/Aids com ou sem experiências de violência diretamente relacionada ao diagnóstico de HIV/Aids estão apresentadas na Tabela 2.

As mulheres vivendo com HIV/Aids que sofreram violência em função de sua soropositividade têm menor escolaridade e menor renda familiar do que aquelas que vivem com HIV/Aids mas não sofreram tal violência. A maioria das mulheres que sofreu violência em função do seu diagnóstico se autodeclarou branca (62,1%). A escolaridade apresentou diferenças estatísticas significantes, com a maioria (73,8%) relatando até oito anos de estudo, ou seja, com no máximo até o ensino fundamental completo ($p < 0,001$). A escolaridade da mãe era igualmente baixa: 84,3% declaram que suas mães estudaram no máximo 8 anos. A renda domiciliar também apresentou diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Entre

as mulheres que afirmaram experiência de violência relacionada ao diagnóstico de HIV/Aids, 62,4% possuíam renda de até 1,99 salários mínimos na época da pesquisa, enquanto tal percentual cai para 47,4% entre as usuárias que não relataram esse tipo de violência ($p < 0,001$).

Todas as características sexuais do grupo de mulheres que relataram violência relacionada ao diagnóstico de HIV/Aids tiveram diferenças estatisticamente significativas. Entre esse grupo, 52,9% tiveram a primeira relação sexual até os 15 anos, porcentagem que cai para 43,3% entre as mulheres que não relataram tal violência ($p = 0,017$). Da mesma forma, o uso de preservativos também apresentou diferenças estatisticamente significativas, tanto no que se refere ao uso na primeira relação sexual quanto na última. Entre as mulheres que relataram violência relacionada ao diagnóstico de HIV/Aids, 79,4% não utilizaram preservativo na primeira relação sexual, dado que cai para 71,2% entre as mulheres sem relato dessa violência ($p = 0,022$). Já na última relação sexual, a maior porcentagem de não uso de preservativos (38,8%) foi encontrada entre o grupo que relatou violência relacionada ao diagnóstico.

Em relação às questões pertinentes à saúde reprodutiva também se observou diferenças estatísticas significativas entre as mulheres que sofreram violência em função do seu diagnóstico em relação às que não sofreram, tanto no que se refere ao número de gestações, quanto no que se refere ao número de filhos. Entre as mulheres com histórico de violência relacionada ao diagnóstico de HIV/Aids, a maioria (59,8%) teve três gestações ou mais, percentual que cai para 42,7% entre as que não relataram ($p < 0,001$). Observa-se ainda que entre as participantes com relato dessa violência 22,3% tinham 3 filhos e 23,8% tinham 4 filhos ou mais, números maiores do que o grupo que não relatou violência relacionada ao diagnóstico, 15,3% para 3 filhos e 16,4% para 4 filhos ou mais ($p < 0,001$).

Discussão

Esse estudo encontrou frequências expressivos de violência contra a mulher vivendo com HIV/Aids: mais da metade da amostra relatou experiências de violência ao longo da vida, reforçando pesquisas nacionais e internacionais que demonstram a intersecção das temáticas do HIV/Aids e da violência contra a mulher (Barros, 2011; Dhairyawan, 2013; Pantalone, 2014; Sareen, 2009).

A relação HIV/Aids e violência têm na sua base as construções desiguais entre os gêneros, que podem impactar nas diversas formas de vulnerabilidades que incidem sobre a população feminina, influenciando fortemente no contexto de saúde e de qualidade da vida. Conhecer esses contextos sociodemográficos e econômicos, juntamente com questões relativas à vida sexual e reprodutiva, podem trazer informações cruciais para se fazer frente a esses dois problemas de saúde pública, que podem auxiliar no planejamento de ações para as mulheres que vivem com HIV/Aids.

Em relação às experiências de violência psicológica e de violência sexual ao longo da vida nosso estudo encontrou resultados semelhantes a outro realizado também entre mulheres vivendo com HIV/Aids. Nesse estudo realizado no Reino Unido, 45% responderam afirmativamente a violência psicológica e 20% afirmaram terem sofrido violência sexual (Dhairyawan, 2013). Entretanto, enquanto esse estudo realizado no Reino Unido encontrou uma prevalência de violência física ao longo da vida de 33% e a pesquisa de Shi e colaboradores (2013) encontrou uma prevalência de violência física de 34,5%, nosso estudo trouxe números ainda maiores, com o relato de violência física por 38% das mulheres vivendo com HIV/Aids, resultados semelhantes aos encontrados na pesquisa realizada no México, onde 37,3% das mulheres vivendo com HIV/Aids afirmaram ter sofrido violência física ao longo da vida (Kendall, 2012).

Devido ao caráter transversal do estudo, não é possível estabelecer se essas situações ocorreram antes ou depois da descoberta da sorologia positiva para o HIV/Aids. Todavia, esses dados podem revelar uma maior

vulnerabilidade dessas mulheres à infecção pelo HIV/Aids, pois a literatura aponta um maior risco (podendo ser até três vezes maior) de contrair HIV/Aids entre mulheres que vivenciaram alguma forma de violência na vida em comparação com as que não tiveram essas experiências (Maman 2002; Dunkle, 2004; Sareen, 2009; Schafer 2012).

Por outro lado, viver com HIV/Aids também aumenta a probabilidade de sofrer violência quando comparado com as mulheres sem o respectivo diagnóstico (Maman, 2002; Sareen, 2009; Were, 2011; Zierler, 2000). Dessa forma, a revelação da sorologia positiva para o HIV/Aids pode acarretar em situações de violência decorrentes do preconceito e da discriminação que o HIV/Aids ainda carrega.

Embora muito se tenha avançado no tratamento farmacológico para o paciente soropositivo para o HIV/Aids, a discriminação, resultado do estigma e do preconceito, se apresenta como um enorme desafio para o atendimento efetivo dessa população. Em nosso estudo 37,5% das mulheres relataram discriminação ou violência diretamente relacionada ao diagnóstico de HIV/Aids.

Para além da discriminação e do preconceito por familiares e amigos, as mulheres vivendo com HIV/Aids precisam, algumas vezes, encarar a discriminação dentro dos serviços de saúde por parte dos profissionais que deveriam estar preparados para o seu atendimento. Situações de discriminação nos serviços de saúde em nosso estudo foram relatadas por 22% das mulheres. Kendall et al (2012), em estudo realizado no México com mulheres vivendo com HIV/Aids encontrou mais da metade da amostra (60,8%) relatando discriminação nos serviços de saúde. Outro estudo realizado, em quatro países da África Subsaariana, encontrou uma prevalência de discriminação nos serviços de saúde de 10,4%. Essas situações podem impactar no vínculo das usuárias com os serviços de saúde, funcionando como uma barreira para o acesso e adesão aos tratamentos (King, 2013) podendo impactar na progressão da doença.

O estudo realizado no México (Kendall, 2012) encontrou 7,2% das mulheres vivendo com HIV/Aids relatando violência física (ou agressão

física) diretamente relacionada a soropositividade para HIV/Aids, número maior do que o encontrado em nossa pesquisa (2,4%). Esse mesmo estudo também avaliou a violência psicológica em função do diagnóstico de HIV/Aids, sendo que 26,5% das mulheres responderam afirmativamente a essa questão, número semelhante ao encontrado em nossa pesquisa (24%). Todas essas formas de violência podem impactar no autocuidado da mulher que vive com HIV/Aids. Além do impacto individual, relativo ao autocuidado e ao tratamento da pessoa que vive com HIV/Aids, a estigmatização e o preconceito da condição pode acarretar em recusa para testagens e novos diagnósticos (Duffy, 2005).

Após reconhecer algumas formas de violência a que estão expostas as mulheres vivendo com HIV/Aids, usuárias dos SAE de Porto Alegre, esse estudo teve como objetivo analisar características econômicas, sociodemográficas, sexuais e reprodutivas das mulheres que relataram alguma forma dessas violências.

As características sociodemográficas de idade e cor da pele não se mostraram associadas a qualquer um dos desfechos de violência aqui estudados, como em outros estudos nacionais (Vieira, 2011; D'Oliveira, 2009). Embora sem significância estatística, entre a amostra de usuárias desse estudo 40,7% se autodeclararam não brancas. De acordo com o último Censo realizado no Brasil (IBGE, 2010), Porto Alegre tem sua população composta por 20% das mulheres se autodeclarando pretas/pardas. Portanto, as mulheres não brancas estão aqui sobre representadas sugerindo uma maior vulnerabilidade dessas pessoas à infecção pelo HIV/Aids.

Quanto à escolaridade, a literatura nacional aponta que 66% das mulheres soropositivas para HIV/Aids têm até oito anos de escolaridade (Barbosa, 2009; Barros, 2011), dado semelhante ao encontrado nesse estudo em que foram entrevistadas mulheres usuárias dos SAE de Porto Alegre. Entretanto no grupo das mulheres com violência relacionada diretamente ao diagnóstico de HIV/Aids há uma maior proporção de mulheres com baixa escolaridade (73,8%), havendo diferença

estatisticamente significativa entre aquelas que sofreram tal violência e as que não a sofreram ($p < 0,001$), revelando uma maior vulnerabilidade à violência relacionada ao diagnóstico de HIV/Aids nas mulheres com menor escolaridade, ou seja, com no máximo o ensino fundamental completo.

A maioria das mulheres nesse estudo encontrava-se casada/coabitando com parceiro à época da pesquisa e 93% (dados não apresentados em tabela) referiu como categoria de exposição, para sua infecção pelo HIV/Aids, relações heterossexuais. Esses dados corroboram com a transição da epidemia que atualmente tem como categoria de exposição mais frequente entre as mulheres a via heterossexual (Aboim, 2012; Cunha, 2011; Kendall, 2012; Pitpitan, 2012; Stockman, 2013; Taquette, 2013; UNAIDS, 2013).

As mulheres que relataram violência (seja ela geral na vida ou diretamente relacionada ao diagnóstico) demonstraram menor renda familiar em comparativo com as mulheres que não sofreram violência. Esse contexto de vulnerabilidade é ainda maior entre as mulheres que sofreram violência diretamente relacionada ao diagnóstico, onde 62,4% tinham até dois salários mínimos de renda domiciliar. Dados nacionais revelam o fenômeno da pauperização da epidemia juntamente com a feminização da epidemia de HIV/Aids (Lima, 2013).

De acordo com a literatura a idade média da primeira relação sexual entre as adolescentes brasileiras era de 18,6 em 1996 diminuindo para 17,9 em 2006 (Brasil, 2006). Dessa forma, embora a literatura mostre que o início da vida sexual entre todas as mulheres tem acontecido cada vez mais cedo, a maioria das mulheres dos dois grupos aqui estudados (mulheres que sofreram violência em geral e que sofreram violência em relação ao diagnóstico de HIV/Aids), relatou predominantemente primeira relação sexual antes dos 15 anos. Entre aquelas que não sofreram tais violências a maioria relatou iniciação sexual com 16 anos ou mais. Pode-se aventar como hipótese que haja relação entre a violência e a iniciação sexual das mulheres entrevistadas, podendo indicar situação de coerção sexual e um contexto de maior dificuldade na gestão autônoma da vida sexual.

A dificuldade na gestão da vida sexual implica relações sexuais que ocorrem de forma insegura, ou seja, sem que seja feito o uso de preservativo ou de outras formas de anticoncepção, podendo acarretar em gestações não planejadas, infecções sexualmente transmissíveis e DST/Aids. Alguns desses impactos podem ser observados pelo aumento da fecundidade entre as meninas mais jovens (13 a 19 anos), que passou de 17% para 23% na última década e também pelo fato de que, especificamente nessa faixa etária os casos de HIV/Aids do sexo feminino já correspondem ao dobro dos masculinos (Brasil 2009; Teixeira 2010).

O uso de preservativo na primeira ou na última relação sexual teve associação estatística somente entre as mulheres que relataram terem sofrido violência diretamente relacionada ao HIV/Aids. Dentre estas, a grande maioria relatou o não uso de preservativo na primeira relação sexual, fato que pode demonstrar a dificuldade na negociação do preservativo, que pode ter culminado na infecção pelo HIV/Aids. No que se refere à última relação sexual, quase 40% das mulheres relataram não terem utilizado preservativo, mesmo sendo uma das indicações dos serviços de saúde como forma de prevenir novas infecções em parceiros soronegativos para o HIV e também para prevenir reinfecções pelo HIV (Redd, 2013).

Entre os motivos pelos quais as mulheres não insistem no pedido para o uso do preservativo, segundo a literatura, está o medo do abandono pelo parceiro e até mesmo medo de sofrer violência física (Black, 2011). Tanto a violência psicológica, como a física ou a sexual, fruto das relações de poder desiguais entre homens e mulheres, podem diminuir a autonomia da mulher frente à negociação de práticas sexuais seguras (Andersson 2008; Jewkes 2010; Maman 2000, Prabhu 2011; Swan 2012, Shi 2013).

O prejuízo na autonomia da gestão da vida sexual, entre mulheres vivendo com HIV/Aids que sofrem violência, tem impacto nas questões reprodutivas. Na literatura é comumente descrito que as mulheres que relatam um maior número de filhos são justamente aquelas que também trazem com maior frequência experiências de violência na vida (Barros, 2011; D'Oliveira, 2009; Krug, 2002; Teitelman, 2008; Vieira, 2011).

A maternidade após o diagnóstico de HIV/Aids pode trazer um novo significado para a mulher soropositiva, agregando sentimentos positivos e de maior autocuidado (Santos, 2012). Todavia, o grande número de filhos associado aos relatos de violência (geral ou relacionado ao HIV/Aids) pode não estar sendo resultado do exercício pleno dos direitos reprodutivos e sim demonstrando uma maior vulnerabilidade desse grupo às dificuldades na gestão da vida reprodutiva e dos cuidados com a saúde.

Condições econômicas precárias, baixa escolaridade, menor idade na iniciação sexual, não uso ou uso inconsistente de preservativo, maior número de gestações e de filhos são algumas das questões a que estão expostas as mulheres vivendo com HIV/Aids que relataram experiências de violência.

Muitos desses contextos de vulnerabilidades que podem favorecer a infecção pelo HIV/Aids nas mulheres, são também comumente associados a experiências de violência. Dessa forma salienta-se a necessidade do rastreamento da violência entre as usuárias dos SAE, tendo em vista os impactos que essas situações podem ter no tratamento para o HIV/Aids e na qualidade da vida dessa população.

Dentro do contexto da mulher que vive com HIV/Aids, fatores relevantes devem ser considerados para reforçar a importância do reconhecimento de situações de violência nessa população. O estresse que situações de violência pode agregar no cotidiano influencia, por exemplo, na dificuldade de adesão ao tratamento para o HIV/Aids e também favorece o comprometimento do sistema imunológico da mulher (Campbell, 2008; Hale, 2011; Schafer, 2012; Shi 2013).

Com a contextualização trazida acerca de quem são as mulheres soropositivas para o HIV que sofrem com as diferentes formas de manifestação da violência, espera-se contribuir com o aumento da sensibilização e da tomada de consciência por parte dos profissionais e dos gestores em saúde para a elaboração de ações e de programas que considerem essas questões e suas especificidades. Aos profissionais que atuam diretamente com as pacientes, salienta-se a necessidade de uma

escuta cuidadosa, onde questões relacionadas com a violência tenham espaço para vir à tona.

Tornar questões de violência contra a mulher mais visíveis nos serviços de saúde requerirá uma intersectorialização com outras políticas e programas para além da saúde (como as de educação e de segurança pública) para o efetivo combate à violência contra a mulher.

Acredita-se que esse trabalho possa contribuir para o (re)conhecimento de quem são as mulheres vivendo com HIV/Aids que sofrem com a violência, contribuindo assim para a sensibilização da importância do rastreamento dessas situações nos serviços de saúde, para que o atendimento a essas mulheres seja mais efetivo na proteção de suas vidas. Da mesma forma, salienta-se a importância da educação profissional permanente com o intuito de esclarecer aos profissionais questões pertinentes ao HIV/Aids e à violência, assim como dos direitos dos usuários e usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS).

O fortalecimento da autonomia da mulher frente ao seu corpo e seus desejos também poderá ser trabalhado em ações de promoção e de educação em saúde nas escolas e nos serviços de saúde. Ainda, sugerem-se mais estudos sobre a temática da violência entre a população que vive com HIV/Aids tendo em vista o impacto dessas situações no processo saúde-doença e na qualidade da vida.

Como fatores limitantes do presente estudo, aponta-se a amostra ter sido composta exclusivamente por usuárias dos SAE em Porto Alegre, dessa forma tivemos contato com mulheres que já estão vinculadas aos serviços de saúde, podendo não ter tido acesso às mulheres em piores contextos de vulnerabilidade individual e coletiva. Outro fator limitante, próprio de estudos com delineamento transversal, é não podermos considerar a temporalidade dos fatos, dado que a violência geral referida pelas mulheres pode ter acontecido antes ou depois de descoberta a sorologia positiva para o HIV/Aids.

Referências

Aboim S. Risco e prevenção do HIV/Aids: uma perspectiva biográfica sobre os comportamentos sexuais em Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva* 2012;17(1):99-112.

Andersson N, Cockcroft A, Shea B. Gender-based violence and HIV: relevance for HIV prevention in hyperendemic countries of southern Africa. *AIDS* 2008; 22(4):73–86.

Barbosa RM, Pinho AA, Santos NS, Filipe E, Villela W, Aidar T.. Aborto induzido entre mulheres em idade reprodutiva vivendo e não vivendo com HIV/Aids no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2009;14(4):1085-1099.

Barros, C.; Schraiber, L.B.; França-Júnior, I. Associação entre violência por parceiro íntimo contra a mulher e infecção por HIV. *Rev Saúde Pública* 2011;45(2):365-3721.

Black M. Intimate Partner Violence and Adverse Health Consequences: Implications for Clinicians. *American Journal of Lifestyle Medicine* 2011;5: 428-440.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST e Aids. Plano Integrado de enfrentamento da feminização da Epidemia de Aids e outras DST, Versão Revisada. Brasília, Ministério da Saúde, 2011. Acesso em 10 set 2013. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/publicacao/plano-integrado-de-enfrentamento-da-feminizacao-da-epidemia-de-aids-e-outras-dst>

BRASIL, Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/ Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e

Planejamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Acesso em 15 jan. 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pnds/index.php>

Campbell JC, Baty ML, Ghandour RM, Stockman JK, Francisco L, Wagman J. The intersection of intimate partner violence against women and HIV/AIDS: a review. *Int J Inj Contr Saf Promot* 2008;15: 221–231.

Cunha GH, Galvão MTG. Métodos Contraceptivos e de Prevenção da Transmissão/Reinfecção do Vírus entre portadores de HIV/Aids. *Revista Brasileira de Saúde Pública* 2011;12(4):699-708.

Dhairyawan R, Tariq S, Scourse R, Coyne KM. Intimate partner violence in women living with HIV attending an inner city clinic in the UK: prevalence and associated factors. *HIV Medicine* 2013;14: 303–310.

D'Oliveira AFPL, Schraiber LB, França-Júnior I, Ludermir AB, Portella AP, Diniz CS, Couto MT, Valença O. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(2):299-310.

Duffy L. Suffering, Shame, and Silence: The Stigma of HIV/AIDS. *JANAC* 2005; 16(1):13-20.

Dunkle KL, Jewkes RK, Brown HC, Gray GE, McIntyre JA, Harlow SD. Gender-based violence, relationship power, and risk of HIV infection in women attending antenatal clinics in South Africa. *Lancet* 2004; 363:1415-1421.

Garcia S, Koyama MAH. Estigma, discriminação e HIV/Aids no contexto brasileiro, 1998 e 2005. *Rev Saúde Pública* 2008;42(1):72-83.

Gomes NP, Garcia TCS, Conceição CR, Sampaio PO, Almeida VC, Paixão GPN. Violência conjugal: elementos que favorecem o reconhecimento do agravo. *Saúde em Debate* 2012; 36(95):514-522.

Guedes RN, Silva ATMC, Fonseca RMGS. A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2009;13 (3):625-631.

Hale F, Vasquez M. Violence Against Women Living with HIV/AIDS: A Background Paper. Washington, DC, USA 2011.

Jewkes R, 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: 41–48.

Kendall T, van Dijk M, Wilson KS, Picasso N, Lara D, Garcia S. A Lifetime of Violence: Results From an Exploratory Survey of Mexican Women With HIV. *JANAC* 2012;23(5):377-387.

King EJ, Maman S, J. Bowling JM, Kathryn E. Moracco KE, Dudina V. The Influence of Stigma and Discrimination on Female Sex Workers' Access to HIV Services in St. Petersburg, Russia. *AIDS Behav* 2013; 17:2597–2603

Krug EG et al. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002.

Lima M, Schraiber LB. Violência e Outras Vulnerabilidades de Gênero em Mulheres Vivendo com HIV/Aids. *Temas em Psicologia* 2013; 21(3):947-960.

Maman S, Campbell J, Sweat MD, Gielen AC. The intersections of HIV and violence: directions for future research and interventions. *Social Science & Medicine* 2000; 5:459-478.

Maman S, Mbwambo LK, Hogan NM, Kilonzo GP, Campbell JC, Weiss E. HIV-positive women report more lifetime partner violence: Findings from a

voluntary counseling and testing clinic in Dar es Salaam, Tanzania. *American Journal of Public Health* 2002; 92(8):1331-1337.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã. 2011. Acesso em: 14 de set de 2013. Disponível em: http://www.who.int/ageing/mulheres_saude.pdf

Pantalone DW, Rood BA, Morris BW, Simoni JM. A Systematic Review of the Frequency and Correlates of Partner Abuse in HIV-Infected Women and Men Who Partner With Men. *Journal of the Association of Nurses in Aids Care* 2014; 25(1):15-35.

Parker R, Camargo Jr KR. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cad. Saúde Pública* 2000;16(1):89-102.

Pedrosa CM, Spink MJP. A Violência Contra Mulher no Cotidiano dos Serviços de Saúde: desafios para a formação médica. *Saúde Soc.* 2011; 20(1):124-135.

Pitpitan EV, Kalichman SC, Eaton LA, Sikkema KL, Watt MH, Skinner D. Gender-based violence and HIV sexual risk behavior: Alcohol use and mental health problems as mediators among women in drinking venues, Cape Town. *Social Science & Medicine* 2012; 75:1417-1425.

Porto Alegre. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2010. Acesso em: 20 de fev de 2014. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/pms.pdf

Prabhu M, Mchome B, Ostermann J, Itemba D, Njau B, Thielman N. Prevalence and correlates of intimate partner violence among women attending HIV voluntary counseling and testing in northern Tanzania, 2005–2008. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2011; 113(1): 63–67.

Redd AD, Quinn TC, Tobian AAR. Frequency and implications of HIV superinfection. *Lancet* 2013; 13(7):622-628.

Santos WS, Medeiros M, Munari DB, Oliveira NF, Machado ARM. A Gravidez e a Maternidade na Vida de Mulheres após o Diagnóstico do HIV/Aids. *Ciência, Cuidado e Saúde* 2012; 11(2):250-258.

Sareen J, Pagura J, Grant B. Is intimate partner violence associated with HIV infection among women in the United States? *General Hospital Psychiatry* 2008; 31: 274–278.

Schafer KR, Brant J, Gupta S, Thorpe J, Winstead-Derlega C, Pinkerton R et al. Intimate Partner Violence: A Predictor of Worse HIV Outcomes and Engagement in Care. *Aids Patient Care and STDs* 2012; 26(6):356-365.

Shi C, Kouyoumdjian FG, Dushoff J. Intimate partner violence is associated with HIV infection in women in Kenya: A cross-sectional analysis. *BMC Public Health* 2013;13:.512.

Stockman JK, Lucea MB, Campbell JC. Forced Sexual Initiation, Sexual Intimate Partner Violence and HIV Risk in Women: A Global Review of the Literature. *AIDS Behav.* 2013; 17:832–847.

Swan H, O'Connell DJ. The Impact of Intimate Partner Violence on Women's Condom Negotiation Efficacy. *Journal of Interpersonal Violence* 2012; 27(4):775–792.

Taquette SR. HIV/Aids among adolescents in Brazil and France: similarities and differences. *Saude Soc.* 2013; 22 (2):225- 235.

Teitelman AM, Ratcliffe SJ, Dichter ME, Sullivan CM. Recent and Past Intimate Partner Abuse and HIV Risk among Young Women. *The Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses* 2008;37:219-227.

Teixeira SAM, Taquette SR. Violência e atividade sexual desprotegida em adolescentes menores de 15 anos. *Rev Assoc Med Bras* 2010; 56(4):440-46.

UNAIDS. Global Report. UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013. Acesso em 25 de dez 2013. Disponível em: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_en.pdf

Vieira EM, Perdoná GSC, Santos MA. Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde. *Rev Saúde Pública* 2011; 45(4):730-737.

Were E, Curran K, Delany-Moretlwe S, Nakku-Joloba E, Mugo NR, Kiarie J, Bukusi EA, Celum C, Baeten JM. A Prospective Study of Frequency and Correlates of Intimate Partner Violence among African Heterosexual HIV Serodiscordant Couples. *AIDS* 2011; 25(16): 2009–2018.

WHO. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. 2013.

Zierler S, Cunningham WE, Andersen R, Shapiro MF, Bozzette SA, Nakazono T, et al. Violence victimization after HIV infection in a US probability sample of adult patients in primary care. *Am J Public Health* 2000;90(2):208-215.

Tabela 1: Características de mulheres vivendo com HIV/Aids, conforme a ocorrência de violência geral durante a vida, Porto Alegre, 2011.

Características	Todas (n = 680)	Não (n = 287)	Sim (n = 393)	P*
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E ECONÔMICAS				
Idade (anos)				
18 a 24	58 (8,5%)	23 (8%)	35 (8,9%)	
25 a 29	83 (12,2%)	37 (12,9%)	46 (11,7%)	
30 a 34	148 (21,8%)	59 (20,6%)	89 (22,6%)	
35 a 39	157 (23,1%)	64 (22,3%)	93 (23,7%)	
40 a 49	234 (34,4%)	104 (36,2%)	130 (33,1%)	0,863
Cor da pele (autorreferida)				
Branca	403 (59,3%)	179 (62,4%)	224 (57%)	
Não Branca	277 (40,7%)	108 (37,6%)	169 (43%)	0,179*
Escolaridade (anos)				
Até 8	450 (66,2%)	187 (65,2%)	263 (66,9%)	
≥ 9	230 (33,8%)	100 (34,8%)	130 (33,1%)	0,682*
Escolaridade da mãe (anos)				
Até 8	394 (83,3%)	165(84,2%)	229 (82,7%)	
≥ 9	79 (16,7%)	31 (15,8%)	48 (17,3%)	0,708*
Casada (coabita)				
Sim	377 (55,4%)	165 (57,5%)	212 (53,9%)	
Não	303 (44,6%)	122 (42,5%)	181 (46,1%)	0,390*
Renda domiciliar (em salários mínimos)				
< 2	343 (53%)	131 (47,8%)	212 (56,8%)	
≥ 2	304 (47%)	143(52,2%)	161 (43,2%)	0,026*
CARACTERÍSTICAS SEXUAIS				
Idade da primeira relação sexual				
Até 15	318 (46,9%)	116 (40,4%)	202 (51,7%)	
≥16	360 (53,1%)	171 (59,6%)	189 (48,3%)	0,004
Uso de preservativo na primeira relação sexual				
Sim	170 (25,7%)	82 (28,9%)	88 (23,3%)	
Não	492 (74,3%)	202 (71,1%)	290 (76,7%)	0,104
Uso de preservativo na última relação sexual				
Sim	447(63,7%)	196 (70%)	251 (65,4%)	
Não	217 (32,7%)	84 (30%)	133 (34,6%)	0,241
CARACTERÍSTICAS REPRODUTIVAS				
Número de gestações				
Até 2	346 (50,9%)	168 (58,5%)	178 (45,3%)	
≥ 3	334 (49,1%)	119 (41,5%)	215 (54,7%)	0,001*
Número de filhos				
0	83 (12,2%)	37 (12,9%)	46 (11,7%)	
1	183 (26,9%)	80 (27,9%)	103 (26,2%)	
2	162 (23,8%)	81 (28,2%)	81 (20,6%)	
3	121 (17,8%)	41 (14,3%)	80 (20,4%)	
≥ 4	131 (19,3%)	48 (16,7%)	82 (21,1%)	0,050

Valor p associado ao teste de homogeneidade de proporções baseado na estatística de qui-quadrado de Pearson.

*Teste exato de Fischer

Números totais podem diferir para cada variável pela possibilidade de não resposta.

Tabela 2: Características de mulheres vivendo com HIV/Aids, conforme a ocorrência de violência relacionada com HIV/Aids, Porto Alegre, 2011.

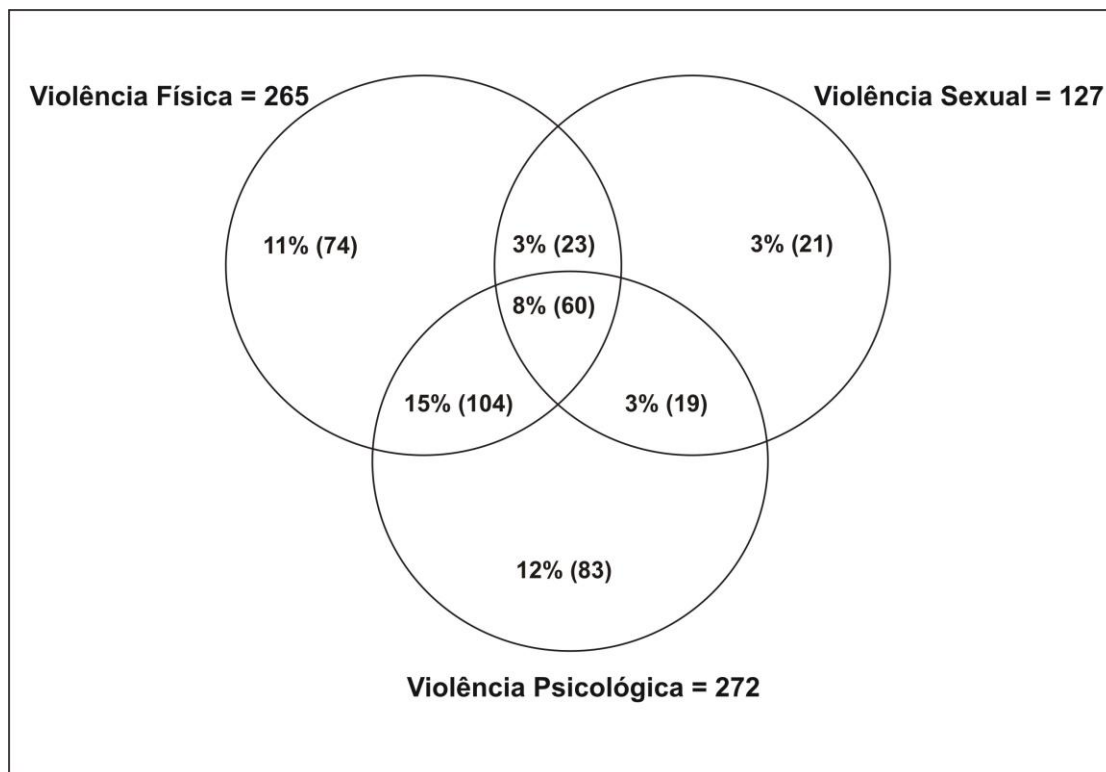
Características	Todas (n = 682)	Não (n = 426)	Sim (n = 256)	P*
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E ECONÔMICAS				
Idade (anos)				
18 a 24	59 (8,7%)	40 (9,4%)	19 (7,4%)	
25 a 29	83 (12,2%)	53 (12,4%)	30 (11,7%)	
30 a 34	149 (21,8%)	86 (20,2%)	63 (24,6%)	
35 a 39	157 (23%)	94 (22,1%)	63 (24,6%)	
40 a 49	234 (34,3%)	153 (35,9%)	81 (31,6%)	0,475
Cor da pele (autorreferida)				
Branca	405 (59,4%)	246 (57,7%)	159 (62,1%)	
Não Branca	277 (40,6%)	180 (42,3%)	97 (37,9%)	0,295*
Escolaridade (anos)				
Até 8	451 (66,1%)	262 (61,5%)	189 (73,8%)	
≥ 9	231 (33,9%)	164 (38,5%)	67 (26,2%)	0,001*
Escolaridade da mãe (anos)				
Até 8	395 (83,3%)	245(82,8%)	150(84,3%)	
≥ 9	79 (16,7%)	51 (17,2%)	28 (15,7%)	0,704*
Casada (coabita)				
Sim	378 (55,4%)	231 (54,2%)	147 (57,4%)	
Não	304 (44,6%)	195 (45,8%)	109 (42,6%)	0,427*
Renda domiciliar (em salários mínimos)				
< 2	344 (53%)	193 (47,4%)	151 (62,4%)	
≥ 2	305 (47%)	214 (52,6%)	91 (37,6%)	< 0,001
CARACTERÍSTICAS SEXUAIS				
Idade da primeira relação sexual				
Até 15	319 (46,9%)	184 (43,3%)	135 (52,9%)	
≥16	361 (53,1%)	241 (56,7%)	120 (47,1%)	0,017*
Uso de preservativo na primeira relação sexual				
Sim	171 (25,8%)	120 (28,8%)	51 (20,6%)	
Não	493 (74,2%)	297 (71,2%)	196 (79,4%)	0,022*
Uso de preservativo na última relação sexual				
Sim	448 (67,3%)	295 (70,9%)	153 (61,2%)	
Não	218 (32,7%)	121 (29,1%)	97 (38,8%)	0,011*
CARACTERÍSTICAS REPRODUTIVAS				
Número de gestações				
Até 2	347 (50,9%)	244 (57,3%)	103 (40,2%)	
≥ 3	335 (49,1%)	182 (42,7%)	153 (59,8%)	< 0,001
Número de filhos				
0	83 (12,2%)	69 (16,2%)	14 (5,5%)	
1	184 (27%)	123 (28,9%)	61 (23,8%)	
2	162 (23,8%)	99 (23,2%)	63 (24,6%)	
3	122 (17,9%)	65 (15,3%)	57 (22,3%)	
≥ 4	131 (19,2%)	70 (16,4%)	61 (23,8%)	< 0,001

Valor p associado ao teste de homogeneidade de proporções baseado na estatística de qui-quadrado de Pearson.

*Teste exato de Fischer

Números totais podem diferir para cada variável pela possibilidade de não resposta.

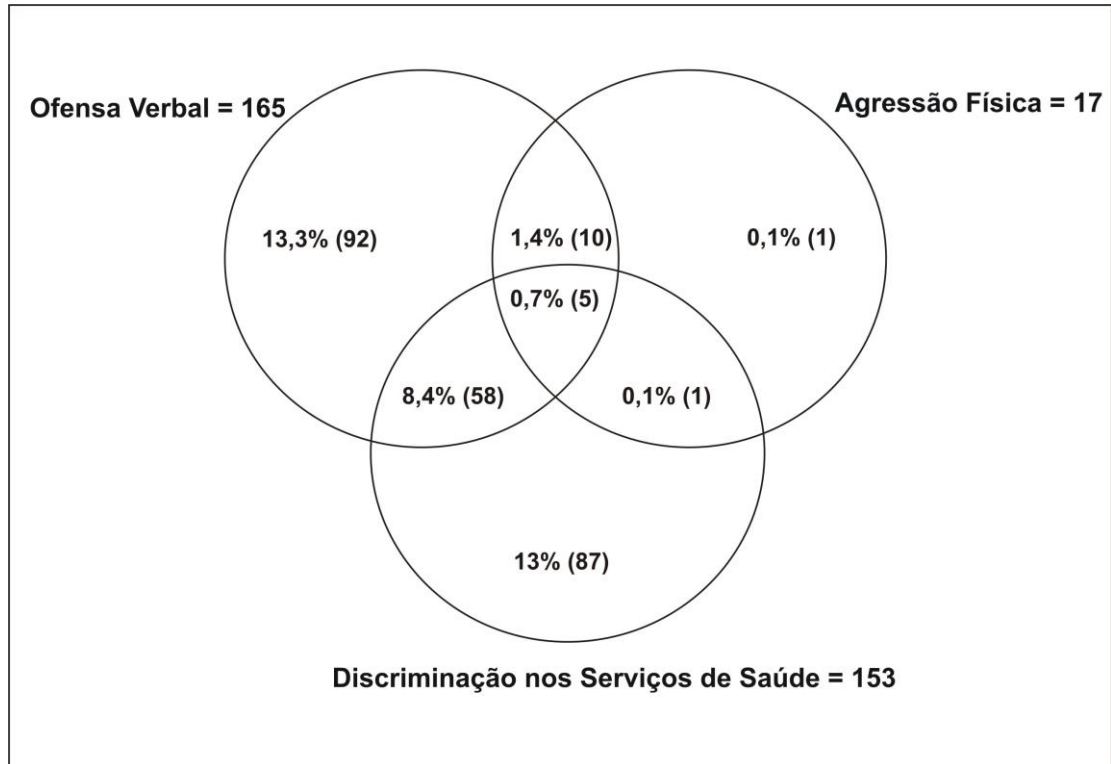
Figura 1: Violência geral contra a mulher vivendo com HIV/Aids, Porto Alegre, 2011.



Fonte: Dados da pesquisa

Figura 1: Frequência de violência psicológica, física e sexual entre mulheres vivendo com HIV/Aids atendidas nos Serviços de Atendimento Especializado para DST/Aids na cidade de Porto Alegre. Do total de mulheres vivendo com HIV/Aids entrevistadas, 83 relataram exclusivamente violência psicológica, 74 relataram exclusivamente experiências de violência física, e 21 relataram exclusivamente violência sexual. Sobreposição de violência psicológica e física foi relatada por 104 mulheres. Sobreposição de violência psicológica e sexual foi relatada por 19 das usuárias. Sobreposição de violência física e sexual foi relatada por 23 das mulheres. Experiências dos três tipos de violência ao longo da vida foram relatadas por 60 das mulheres vivendo com HIV/Aids. Números totais podem diferir pela possibilidade de não resposta. Porcentagens sobre o total (691).

Figura 2: Violência contra a mulher diretamente relacionada ao diagnóstico de HIV/Aids, Porto Alegre, 2011.



Fonte: Dados da pesquisa

Figura 2: Frequência de discriminação nos serviços de saúde, agressão verbal e agressão física diretamente relacionada ao diagnóstico de HIV/Aids entre mulheres vivendo com HIV/Aids atendidas nos Serviços de Atendimento Especializado para DST/Aids na cidade de Porto Alegre. Do total de mulheres vivendo com HIV/Aids entrevistadas nos SAE, 153 relataram exclusivamente discriminação nos serviços de saúde decorrente de sua sorologia positiva para o HIV/Aids. Relatos exclusivamente de experiências de ofensa verbal e de agressão física em função de sorologia positiva para o HIV/Aids foram relatadas por 165 e 17 respectivamente. Sobreposição de discriminação nos serviços de saúde e ofensa verbal foi relatada por 58 mulheres. Sobreposição de discriminação nos serviços de saúde e agressão física foi relatada por 1 das usuárias. Sobreposição ofensa verbal e agressão física diretamente relacionada ao diagnóstico de HIV/Aids sexual foi relatada por 10 das mulheres. Experiências dos três tipos de violência relacionados diretamente ao diagnóstico de HIV/Aids foram relatadas por 5 das mulheres vivendo com HIV/Aids. Números totais podem diferir pela possibilidade de não resposta. Porcentagens sobre o total (691).

7 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A feminização da epidemia trouxe novos desafios para o enfrentamento das complexas vulnerabilidades que auxiliaram no rápido crescimento de casos entre as mulheres. Um dos fatores que compõem essa vulnerabilidade feminina à infecção pela HIV/Aids é a violência contra a mulher, que tem na sua base as desigualdades de gênero.

A violência contra a mulher é reconhecida como um problema de saúde pública e também como uma grave violação dos direitos humanos. Experiências de violência podem aumentar o risco para a infecção pelo HIV/Aids, assim como, por outro lado, ser soropositiva para o HIV/Aids pode resultar em situações de violência devido ao estigma e ao preconceito que a condição ainda carrega.

Os impactos na saúde que a violência pode gerar na mulher que vive com HIV/Aids podem ser vistos na saúde física e mental da portadora. Os direitos sexuais e reprodutivos podem estar comprometidos, acentuando contextos de vulnerabilidade, que poderão impactar também no autocuidado e na adesão ao tratamento para a infecção pelo HIV/Aids.

A violência contra a mulher não deve ser vista como algo natural da sociedade, pois, sendo um fenômeno social, é passível de mudança. Acredita-se que com ações nas escolas e nos serviços de saúde se possa colaborar para uma construção mais equânime entre mulheres e homens, através do reconhecimento do outro como um sujeito com desejos e com direitos.

Esse estudo trouxe número expressivos de violência contra a mulher vivendo com HIV/Aids usuária dos serviços públicos de saúde. Dessa forma, salienta-se a necessidade de rastreamento da violência contra a mulher nos Serviços de Atendimento Especializado (SAE) para DST/Aids. Assim como entende-se ser de suma importância a educação profissional permanente entre os trabalhadores, para que se possa dialogar sobre questões

pertinentes ao HIV/Aids e à violência, assim como dos direitos dos usuários e usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para além do reconhecimento individual dos casos de mulheres em contextos de violência, salienta-se a possibilidade de auxílio através da construção de grupos de promoção e de educação em saúde. Esses grupos poderiam trabalhar com as mulheres soropositivas para o HIV/Aids e seus familiares nos SAE, realizando uma escuta atenta das dificuldades enfrentadas, assim como aumentando o conhecimento sobre a temática do HIV/Aids para uma vida com menos tabus, medos e preconceitos que certamente beneficiariam essas mulheres e suas famílias.

8 ANEXOS

DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA

ANEXO A: Parecer Consubstanciado da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul



COMISSÃO DE PESQUISA
FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Rua Ramiro Barcellos, 2400/4º andar
Porto Alegre - RS, BRASIL - CEP 90035-003
compesq@famed.ufrgs.br



PARECER CONSUBSTANCIADO

Porto Alegre, 30 de setembro de 2009.

Referencia: Projeto de pesquisa – Saúde sexual e reprodutiva das mulheres no contexto da epidemia do HIV/AIDS em Porto Alegre

Autores: Daniela Riva Knauth (pesquisadora responsável), Luciana Barcellos Teixeira, Alvaro Vigo e Flávia Bulegon Pilecco.

Adequação do título: adequado

Revisão da literatura: adequada.

Adequação dos objetivos frente a literatura: adequada

Justificativa do projeto: Objetivo: Verificar as implicações da feminilização da epidemia do HIV/AIDS nas decisões de saúde sexual e reprodutiva das mulheres, comparando-as com mulheres soronegativas para o HIV.

Desenho e metodologia do projeto (grupos experimentais, procedimentos, indicadores de resultado, tipo de estudo, fase da pesquisa). Critérios de participação(recrutamento, inclusão/exclusão, interrupção da pesquisa).

O trabalho trata de um estudo transversal e descritivo e analítico, sendo um projeto de tese de doutorado em epidemiologia. O seu desfecho será o resultado de análises quantitativas e qualitativas dos componentes da pesquisa, analisando as mulheres HIV positivas na situação de vulnerabilidade frente a doença. Será implementado um questionário de avaliação com treinamento prévio dos pesquisadores. Trata-se de um trabalho de Saúde Coletiva e o projeto tem interesse prático e sob o ponto de vista de informações sobre a população em estudo, comparando-as com as HIV negativas muito importante. O tema é relevante e de interesse em saúde populacional. Os métodos propostos no projeto estão adequados aos objetivos. A bibliografia é atual. Orçamento e cronograma compatível com a execução do projeto.

Fontes de Custeio: Edital Universal do CNPq/2009 (edital MCT/CNPq numero 14/2009)

Confidencialidade e questão ética (Responsabilidade do pesquisador em não divulgar dados individuais). Será solicitado consentimento informado

Departamento(s) envolvido(s) no projeto: Departamento de Medicina Social e PPG Epidemiologia



COMISSÃO DE PESQUISA
FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Rua Ramiro Barcelos, 2400/4º andar
Porto Alegre - RS, BRASIL - CEP 91035-003
compesq@famed.ufrgs.br



Análise crítica de riscos: não há

Termo de consentimento livre e esclarecido: adequado

Data prevista para o início da pesquisa: 01/10/2009

Duração total da pesquisa: 26 meses

Local da pesquisa: Programa de Pós graduação em epidemiologia

Parecer final: **APROVAR** projeto para ser encaminhado ao Comitê de Ética da UFRGS.


Profa Maria Isabel Edelweiss
Coordenadora da Comissão de Pesquisa

ANEXO B: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA CARTA DE APROVAÇÃO



O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul analisou o projeto:

Número : 2008216

Título : Saúde sexual e reprodutiva das mulheres no contexto da epidemia do HIV/Aids

Pesquisador (es)

<u>NOME</u>	<u>PARTICIPAÇÃO</u>	<u>EMAIL</u>	<u>FONE</u>
ALVARO VIGO	PESQUISADOR		
DANIELA RIVA KNAUTH	PESQUISADOR RESP		
LUCIANA BARCELLOS TEIXEIRA	PESQUISADOR		
FLÁVIA BULEGON PILECCO	PESQUISADOR		

O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS na reunião nº 62, ata nº14 de 17/12/2009 por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, sexta - feira , 18 de dezembro de 2009


JOSÉ ARTUR BOGO CHIES
Coordenador do CEP-UFRGS

Bruno Cassel Neto
Vice-Pró-Reitor de Pesquisa
PROPESQ/UFRGS

ANEXO C: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição



HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A.
Av. Francisco de Assis, 394
13050-900, São Francisco de Assis
Fone: 51 3372-0000
CNPJ: 02.971.138/0001-20

HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO
Rua Celso Rangel, 100, Hospital Nossa
Senhoras da Conceição S.A.
Fone: 51 3372-0000

HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A.
Rua Dom Bosco, 110, Centro,
91200-000, Porto Alegre, RS
Fone: 51 3372-0000
CNPJ: 02.971.138/0001-20

HOSPITAL FEMINA S.A.
Rua Montebello, 17,
91200-000, Porto Alegre, RS
Fone: 51 3372-0000
CNPJ: 02.971.138/0001-20



Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 93.264/90

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/GHC

O Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP/GHC), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS desde 31/10/1997, pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0001105) e pelo FWA - Federalwide Assurance (FWA 00000378), em 19 de abril de 2010 reavaliou o estudo apreciado em reunião extraordinária realizada em 24 de março de 2010 referente ao seguinte projeto de pesquisa:

Projeto: 10-011

Versão do Projeto:

Versão do TCLE:

Pesquisadores:

FLAVIA BULEGON FILECCO

ÁLVARO VIGO

LUCIANA BARCELLOS TEIXEIRA

DANIELA RIVA KNAUTH

Título: Saúde sexual e reprodutiva das mulheres no contexto da epidemia do HIV/AIDS em Porto Alegre.

Documentação: Aprovados

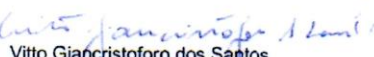
Aspectos Metodológicos: Aprovados

Aspectos Éticos: Aprovados

Parecer final: Este projeto, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por estar de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, obteve o parecer de APROVADO.

Considerações Finais: Toda e qualquer alteração do projeto, deverá ser comunicada imediatamente ao CEP/GHC, bem como os Eventos Adversos ocorridos. O Pesquisador compromete-se a encaminhar dentro dos prazos estipulados, o(s) relatório(s) parcial(ais) e/ou final ao Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição e ao Centro de Resultado onde a pesquisa for desenvolvida.

Porto Alegre, 20 de abril de 2010.


Vitto Giancristoforo dos Santos
Coordenador do CEP

ANEXO D: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

COMISSÃO CIENTÍFICA E COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

A Comissão Científica e o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CEP/HCPA), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB00000921) analisaram o projeto:

Projeto: 100517 **Versão do Projeto:** 22/11/2010 **Versão do TCLE:** 23/03/2011

Pesquisadores:

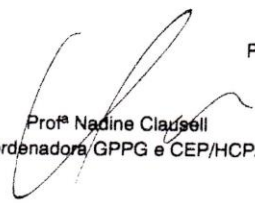
LUCIANA BARCELLOS TEIXEIRA
ALVARO VIGO
FLÁVIA BULEGON PILECCO
DANIELA RIVA KNAUTH

Título: SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DAS MULHERES NO CONTEXTO DA EPIDEMIA DO HIV/AIDS EM PORTO ALEGRE

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos, bem como o respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as diretrizes e normas nacionais e internacionais de pesquisa clínica, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

- Os membros da Comissão Científica e do Comitê de Ética em Pesquisa não participaram do processo de avaliação dos projetos nos quais constam como pesquisadores.
- Toda e qualquer alteração do projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao CEP/HCPA.
- Somente poderá ser utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no qual conste o carimbo de aprovação do CEP/HCPA.

Porto Alegre, 30 de março de 2011.


Profª Nadine Clausell
Coordenadora GPPG e CEP/HCPA

ANEXO E: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre



Prefeitura Municipal de Porto Alegre Secretaria Municipal de Saúde Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER CONSUBSTANCIADO

Pesquisador (a) Responsável: Daniela Riva Knauth

Registro do CEP: 623 Processo Nº. 001.012109.11.8

Instituição onde será desenvolvido: Secretaria Municipal de Saúde – todas as Gerencias Distritais

Utilização: TCLE

Situação: APROVADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre analisou o processo N 001.012109.11.8, referente ao projeto de pesquisa: “Saúde sexual e reprodutiva de mulheres vivendo no contexto do HIV/AIDS em Porto Alegre”, tendo como pesquisador responsável Daniela Riva Knauth cujo objetivo é Avaliar a associação entre o diagnóstico de soropositividade para o HIV/Aids e prática de aborto; Avaliar a associação de soropositividade para o HIV/Aids e relato de violência física e sexual; Investigar o uso de métodos contraceptivos pelas mulheres que vivem com HIV/Aids; Compreender as especificidades do contexto de vulnerabilidade para o vírus que se apresenta para as mulheres infectadas pelo HIV/Aids em relação às mulheres soronegativas.”

Assim, o projeto preenche os requisitos fundamentais das resoluções. O Comitê de Ética em Pesquisa segue os preceitos das resoluções CNS 196/96, 251/97 e 292/99, sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde / Conselho Nacional de Ética em Pesquisa / Agência nacional de Vigilância Sanitária. Em conformidade com os requisitos éticos, classificamos o presente protocolo como **APROVADO**.

O Comitê de Ética em Pesquisa, solicita que :

1. Enviar primeiro relatório parcial em seis meses a contar desta data;
2. Informar imediatamente relatório sobre qualquer evento adverso ocorrido;
3. Comunicar qualquer alteração no projeto e no TCLE;
4. Entregar junto com o relatório, todos os TCLE assinados pelos sujeitos de pesquisas e a apresentação do trabalho.
5. Após o término desta pesquisa, o pesquisador responsável deverá apresentar os resultados junto à equipe da unidade a qual fez a coleta de dados e/ou entrevista, inclusive para o Conselho Local da Unidade de Saúde.

Porto Alegre, 25/04/2011

Elen Maria Borba
Coordenadora do CEP

ANEXO F: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), através de um núcleo de estudos na área de saúde sexual e reprodutiva, está conduzindo uma pesquisa na cidade de Porto Alegre com mulheres entre 18 e 49 anos. Essa pesquisa está sendo realizada em vários serviços de saúde e, após a conclusão do estudo, serão elaboradas propostas para melhorar a prevenção do HIV e dos cuidados com a saúde sexual e reprodutiva das mulheres nessa cidade.

Estamos fazendo um convite para você participar do estudo, caso você concorde, deverá assinar esse documento em duas vias (uma que ficará arquivada com os documentos da pesquisa e outra que será entregue a você). A participação na pesquisa consiste na realização de uma única entrevista individual com duração de aproximadamente uma a duas hora, em local privativo, e conduzida por uma entrevistadora treinada. Você não precisará informar seu nome completo, nem apresentar documentos de identificação. Os dados dessa entrevista serão posteriormente utilizados para uma pesquisa científica, com a garantia que não será possível associar sua pessoa com as respostas que serão dadas, pois seu nome não será mencionado em nenhum momento na condução da pesquisa. O material dessa pesquisa será arquivado, em local seguro, no núcleo de estudos que a pesquisa pertence na UFRGS por cinco anos, após esse prazo deverá ser destruído.

A participação no estudo é voluntária, ficando você livre caso você não queira responder alguma pergunta; depois que iniciarmos a entrevista, você terá o direito de interrompê-la se desejar desistir da participação. A decisão de participar ou não da pesquisa não influenciará nas rotinas desse serviço de saúde; portanto, se você optar por não participar da entrevista, você não terá nenhum tipo de prejuízo no seu atendimento no serviço de saúde.

Se você tiver alguma dúvida sobre o estudo, poderá contatar uma das pesquisadoras responsáveis: Daniela Riva Knauth ou Luciana Barcellos Teixeira, pelo telefone: (51) 33085461.

Declaração de consentimento:

Eu fui convidada e aceitei participar desta entrevista. Li as informações acima ou estas foram lidas para mim. Eu tive a oportunidade de perguntar tudo que eu queria saber sobre o estudo e obtive respostas satisfatórias. Eu entendi o motivo deste estudo, os procedimentos e os riscos e benefícios desses procedimentos.

Nome por extenso

Assinatura

Data

ANEXO G: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), através de um núcleo de estudos na área de saúde sexual e reprodutiva, está conduzindo uma pesquisa na cidade de Porto Alegre com mulheres entre 18 e 49 anos. Essa pesquisa está sendo realizada em vários serviços de saúde e, após a conclusão do estudo, serão elaboradas propostas para melhorar a prevenção do HIV e dos cuidados com a saúde sexual e reprodutiva das mulheres nessas cidades.


Estamos fazendo um convite para você participar do estudo, caso você concorde, deverá assinar esse documento em duas vias (uma que ficará arquivada com os documentos da pesquisa e outra que será entregue a você). A participação na pesquisa consiste na realização de uma única entrevista individual com duração de aproximadamente uma a duas horas, em local privativo, e conduzida por uma entrevistadora treinada. Você não precisará informar seu nome completo, nem apresentar documentos de identificação. Os dados dessa entrevista serão posteriormente utilizados para uma pesquisa científica, com a garantia que não será possível associar sua pessoa com as respostas que serão dadas, pois seu nome não será mencionado em nenhum momento na condução da pesquisa. O material dessa pesquisa será arquivado, em local seguro, no núcleo de estudos que a pesquisa pertence na UFRGS por cinco anos, após esse prazo deverá ser destruído.

A participação no estudo é voluntária, ficando você livre caso você não queira responder alguma pergunta; depois que iniciarmos a entrevista, você terá o direito de interrompê-la se desejar desistir da participação. A decisão de participar ou não da pesquisa não influenciará nas rotinas desse serviço de saúde; portanto, se você optar por não participar da entrevista, você não terá nenhum tipo de prejuízo no seu atendimento no serviço de saúde.

Se você tiver alguma dúvida sobre o estudo, poderá contatar uma das pesquisadoras responsáveis: Daniela Riva Knauth ou Luciana Barcellos Teixeira, pelo telefone: (51) 33085461. Se tiver alguma dúvida ou pergunta sobre os aspectos éticos desta pesquisa, pode contatar o Sr. Vitto Giancristoforo dos Santos, Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC, no telefone 33572407.

Versão Aprovada em

19 ABR. 2010


Dr. Vitto Giancristoforo dos Santos
Coordenador-geral do CEP-GHC

Declaração de consentimento:

Eu fui convidada e aceitei participar desta entrevista. Li as informações acima ou estas foram lidas para mim. Eu tive a oportunidade de perguntar tudo que eu queria saber sobre o estudo e obtive respostas satisfatórias. Eu entendi o motivo deste estudo, os procedimentos e os risco e benefícios desses procedimentos.


Nome por extenso

Assinatura

Data

Versão Aprovada em

19 ABR. 2010


Dr. Vito Giancristoforo dos Santos
Coordenador-geral do CEP-GHC

ANEXO H: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

ANEXO 3: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) está conduzindo a pesquisa Saúde Sexual e Reprodutiva das Mulheres no Contexto do HIV/Aids em Porto Alegre. Essa pesquisa está sendo realizada com mulheres entre 18 e 49 anos em vários serviços de saúde e tem por objetivo compreender as decisões reprodutivas e os comportamentos sexuais das mulheres. Após a conclusão do estudo serão elaboradas propostas para melhorar a prevenção do HIV e dos cuidados com a saúde sexual e reprodutiva.

Estamos fazendo um convite para você participar do estudo, caso você concorde, deverá assinar esse documento em duas vias (uma que ficará arquivada com os documentos da pesquisa e outra que será entregue a você). A participação na pesquisa consiste na realização de uma única entrevista individual com duração de aproximadamente uma hora, em local privativo, e conduzida por uma entrevistadora treinada. A participação não terá nenhum custo financeiro para você.

Os dados dessa entrevista serão posteriormente utilizados para uma pesquisa científica, com a garantia que não será possível associar sua pessoa com as respostas que serão dadas, pois seu nome não será mencionado em nenhum momento na condução da pesquisa. O material dessa pesquisa será arquivado, em local seguro, no núcleo de estudos que a pesquisa pertence na UFRGS por cinco anos, após esse prazo deverá ser destruído. Para garantir a qualidade da pesquisa, você poderá ser contatada posteriormente, através do telefone informado, por outro pesquisador do estudo. Neste contato serão confirmados alguns dados como idade, número de filhos, escolaridade, situação conjugal, a fim de garantir que a entrevista foi de fato realizada e os dados registrados corretamente. A confirmação destes dados com os da entrevista original serão realizadas pelos pesquisadores principais do estudo, pois somente estes têm a identificação dos participantes, garantindo a confidencialidade das informações.

A participação no estudo é voluntária, ficando você livre caso você não queira responder alguma pergunta e mesmo depois que iniciarmos a entrevista, você terá o direito de interrompê-la se desejar desistir da participação. A decisão de participar ou não da pesquisa não influenciará nas rotinas desse serviço de saúde; portanto, se você optar por não participar da entrevista, você não terá nenhum tipo de prejuízo no seu atendimento no serviço de saúde.

Se você tiver alguma dúvida sobre o estudo, poderá contatar a pesquisadora responsável, Profa. Daniela Riva Knauth pelo telefone: (51) 33085461. Se tiver alguma dúvida ou pergunta sobre os aspectos éticos desta pesquisa, pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA no telefone 3359-8304.

Participante

Nome do Entrevistador

Assinatura

Assinatura

Data

Data

Comitê de Ética em Pesquisa
GPPG/HCPA
VERSÃO APROVADA

ANEXO I: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidada (o) para participar da pesquisa “Saúde sexual e reprodutiva de mulheres vivendo no contexto do HIV/AIDS em Porto Alegre”. Essa pesquisa tem como objetivo “investigar as especificidades das mulheres vivendo com HIV/Aids no que concerne à saúde sexual e reprodutiva, comparando-as com mulheres soronegativas para o HIV”. O Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), através de um núcleo de estudos na área de saúde sexual e reprodutiva, está conduzindo uma pesquisa na cidade de Porto Alegre com mulheres entre 18 e 49 anos. Essa pesquisa está sendo realizada em vários serviços de saúde e, após a conclusão do estudo, serão elaboradas propostas para melhorar a prevenção do HIV e dos cuidados com a saúde sexual e reprodutiva das mulheres nessas cidades.

A participação na pesquisa consiste na realização de uma única entrevista individual com duração de aproximadamente uma a duas horas, em local privativo, e conduzida por uma entrevistadora treinada. Você não precisará informar seu nome completo, nem apresentar documentos de identificação. Os dados dessa entrevista serão posteriormente utilizados para uma pesquisa científica, com a garantia que não será possível associar sua pessoa com as respostas que serão dadas, pois seu nome não será mencionado em nenhum momento na condução da pesquisa. O material dessa pesquisa será arquivado, em local seguro, no núcleo de estudos que a pesquisa pertence na UFRGS por cinco anos, após esse prazo deverá ser destruído.

A participação no estudo é voluntária, ficando você livre caso você não queira responder alguma pergunta; depois que iniciarmos a entrevista, você terá o direito de interrompê-la se desejar desistir da participação. A decisão de participar ou não da pesquisa não influenciará nas rotinas desse serviço de saúde; portanto, se você optar por não participar da entrevista, você não terá nenhum tipo de prejuízo no seu atendimento no serviço de saúde.

Se você tiver alguma dúvida sobre o estudo, poderá contatar a pesquisadora responsável, Profa. Daniela Knauth pelo telefone (51) 33085461, e com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde no telefone 32895517 / 91441379 .

Assinatura

Data

Observação: o presente documento, baseado no item IV das Diretrizes e Normas Regulamentadoras para a Pesquisa em Saúde, do Conselho Nacional de Saúde (Resolução 196/96), será assinado em duas vias, de igual teor, ficando uma via em poder do participante e a outra com o (z) pesquisador (a) responsável.

