



HIV e violência contra mulheres: estudo em município com alta prevalência de Aids no Sul do Brasil

Roger Flores Ceccon¹ e Stela Nazareth Meneghel²

Como citar Ceccon RF, Meneghel SN. HIV e violência contra mulheres: estudo município com alta prevalência de Aids no Sul do Brasil. Rev Pana Salud Publica. 2015;37(4/5):287-92.

RESUMO **Objetivo.** Investigar a prevalência e os fatores associados à violência contra mulheres com HIV em um município de porte médio no Sul do Brasil.

Métodos. Estudo transversal com amostra de 161 usuárias de um Serviço de Assistência Especializada para HIV em um município com alta prevalência de Aids no estado do Rio Grande do Sul. Para verificar a prevalência e as formas de violência, foram utilizadas 13 questões do instrumento World Health Organization Violence Against Women (WHO VAW), adaptado e validado para português brasileiro. Pesquisou-se a presença de violência psicológica, física e sexual sofrida em algum momento da vida e perpetrada por parceiro ou ex-parceiro íntimo, familiares, conhecidos, amigos, vizinhos, colegas e desconhecidos. A análise estatística foi realizada através do teste qui-quadrado e regressão múltipla de Poisson.

Resultados. A violência psicológica foi relatada por 117 mulheres (72,7%), a física por 88 (54,6%) e a sexual por 41 (25,4%). A prevalência ajustada da violência em mulheres que viviam há mais de 5 anos com HIV foi 11,5 vezes maior do que a prevalência naquelas que viviam com HIV há ≤ 5 anos; 9,5 vezes maior nas que tinham mais de três filhos vs. três ou menos filhos; e 7,2 vezes maior nas que fizeram sexo antes dos 15 anos vs. a partir dos 15 anos ($P < 0,001$).

Conclusões. As frequências de todos os tipos de violência foram elevadas nesse grupo de mulheres com HIV. É importante que os profissionais de saúde compreendam e abordem questões relativas à discriminação e realizem o cuidado de forma integral, perguntando sobre a presença de violências na vida das mulheres.

Palavras-chave HIV; síndrome da imunodeficiência adquirida; gênero e saúde; violência; violência contra a mulher; Brasil.

A violência contra a mulher é um agravo de elevada prevalência e um importante problema de saúde pública. É definida como qualquer ato de agressão psicológica, física, sexual e patrimonial, incluindo ameaça, coerção,

privação de liberdade, pornografia ou incesto, e determinada pelas desigualdades de poder entre os sexos. Inclui prostituição forçada, tráfico, mutilação genital ou morte por agressão. Quando ocorre em ambiente doméstico é, na maioria das vezes, perpetrada pelo companheiro ou homem conhecido das vítimas (1-7).

A violência é mais prevalente em sociedades tradicionais e de cunho patriarcal, em que há desigualdade de

poder entre os sexos, onde as diferenças de gênero são acentuadas e os homens exercem controle sobre as mulheres por meio do uso da agressão, situação prevalente na sociedade brasileira (3). Nesses contextos de assimetria, as mulheres são "corrigidas" por meios violentos quando infringem as normas sociais de gênero, que estipulam como devem se comportar na sociedade (8).

As violências produzem efeitos negativos na saúde e na qualidade de vida

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre (RS), Brasil. Correspondência: roger.ceccon@hotmail.com

² Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre (RS), Brasil.

das mulheres, expondo-as a discriminação, perda de recursos financeiros e sofrimento emocional (9–13). As violências também aumentam o risco de HIV/Aids, principalmente se o sexo é realizado com coerção, exploração sexual ou agressão, uma vez que pode acontecer sem preservativo e causar lesões genitais ou anais que favorecem a infecção (14).

A Aids é uma doença cuja incidência tem aumentado entre as mulheres nos últimos anos. No mundo, há 16 milhões de mulheres com HIV — o que representa 50% das infecções —, a maioria vivendo em países pobres (2). No Brasil, está acontecendo um processo de feminização da epidemia: nos últimos 10 anos, a razão de masculinidade da Aids caiu de 6 homens por mulher para 1,5 homem por mulher (15). Um dos determinantes da feminização da Aids é a desigualdade de poder entre os sexos e a menor autonomia feminina para decisões sexuais e reprodutivas, incluindo iniciação sexual sob pressão, sexo inseguro, abuso e exploração sexual. A vulnerabilidade social, biológica e de acesso a serviços de saúde por parte das mulheres contribui para que aumente a probabilidade de que mulheres com HIV sofram violências (16).

A literatura sugere que as mulheres com HIV estão ou estiveram em maior risco de agressões em relação às que não possuem o vírus. Uma em cada sete infecções poderia ter sido evitada se não houvesse desigualdade de poder nos relacionamentos (17, 18). Um estudo brasileiro estimou que 72% das mulheres com HIV sofrem violência de gênero, sendo 63% psicológica, 52% física e 28% sexual. Agressões físicas e sexuais, geralmente coexistentes, correspondem à maioria dos casos (6).

A elevada prevalência de violência em mulheres que vivem com HIV em alguns países (12, 14) e em algumas regiões brasileiras (6) nos levou a indagar se essa situação se repete em outros contextos, especialmente em cidades de médio porte e no interior do país, onde há maior exposição ao preconceito, à rejeição social e à culpabilização pela doença e violência (16). Portanto, esta investigação teve como objetivo verificar a prevalência e os fatores associados à violência em mulheres com HIV em um município de médio porte e com alta prevalência de Aids no estado do Rio Grande do Sul.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este é um estudo transversal realizado em um Serviço de Assistência Especializada (SAE) para HIV/Aids em Cruz Alta, um município de médio porte do interior do Rio Grande do Sul, Brasil. São considerados municípios de médio porte aqueles com população de 50 mil a 250 mil habitantes. A epidemia na cidade de Cruz Alta apresenta elevada incidência e acentuada feminização e interiorização. A feminização da Aids ocorre em contextos em que há elevada disseminação do vírus entre mulheres, fazendo com que a razão de masculinidade caia rapidamente. A interiorização ocorre quando a doença começa a migrar para locais distantes das capitais e regiões metropolitanas, atingindo maiores prevalências em regiões rurais, municípios pequenos e locais menos assistidos. Ainda, o município encontra-se em quinto lugar em casos de Aids entre as cidades do Brasil (15).

Após o cálculo do tamanho da amostra, foram entrevistadas 161 mulheres, com nível de confiança de 95%, margem de erro de 3% e tendo por base 200 mulheres cadastradas no serviço. Considerou-se uma possível prevalência de 50% para violência, visto que não há dados populacionais sobre o agravo neste grupo.

As informações foram obtidas por meio de entrevistas realizadas por um dos pesquisadores, utilizando-se dois questionários contendo questões relativas à violência e às características sociodemográficas, sexuais, reprodutivas e clínicas.

Os aspectos sociodemográficos incluíam idade, situação conjugal, cor da pele, escolaridade, religião, renda familiar e número de filhos. As características sexuais e reprodutivas referem-se à idade na primeira relação sexual, uso de preservativos e filhos com HIV. As características clínicas abordam o tempo de diagnóstico da doença, tratamento antirretroviral e doenças oportunistas. Essas informações não fazem parte de questionários previamente validados, mas incluem dados pesquisados em estudos epidemiológicos sobre HIV/Aids.

Para verificar a prevalência e as formas de violência, foram utilizadas 13 questões extraídas da versão nacional do instrumento *World Health Organization Violence Against Women* (WHO VAW), usado em um estudo multicêntrico inter-

nacional coordenado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (5), validado e adaptado para o Brasil por Schraiber et al. (9). O questionário considera que uma resposta afirmativa já indica a presença de violência.

Pesquisou-se a presença de violência psicológica, física e sexual sofrida em algum momento da vida e perpetrada por qualquer agressor: parceiro ou ex-parceiro íntimo, familiares, conhecidos, amigos, vizinhos, colegas e desconhecidos. A agressão psicológica foi entendida como intimidação, humilhação e desvalorização. A física incluiu tapas, golpes, lesão física temporária ou permanente, uso de arma ou instrumento. A violência sexual foi considerada quando houve sexo sob coação, exploração e outras formas de abuso sexual.

Para verificar os fatores associados à violência, considerou-se como variável dependente a violência psicológica (que apresentou a maior prevalência) e, como independentes, as características sociodemográficas, sexuais, reprodutivas e clínicas. Para a análise estatística utilizou-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0. O teste do qui-quadrado (χ^2) foi usado para verificar as associações, e a regressão múltipla de Poisson, para estimar as razões de prevalência ajustadas. Considerou-se significativo $P < 0,05$.

As razões de prevalência foram calculadas mediante ajuste robusto da variância e intervalo de confiança de 95% (IC95%). Foram incluídas no modelo de regressão as variáveis independentes que apresentaram significância estatística na análise bivariada.

Este estudo é parte de uma pesquisa desenvolvida pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e foi conduzido segundo as normas da Declaração de Helsinque. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Pesquisa da UFRGS (protocolo 22209). As informantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido e as que apresentaram sofrimento emocional foram encaminhadas para atendimento psicológico no SAE.

RESULTADOS

A tabela 1 apresenta a frequência das violências psicológica, física e sexual referidas pelas mulheres investigadas. A prevalência foi elevada — 98% das

TABELA 1. Prevalência de violência psicológica, física e sexual sofrida na vida pelas mulheres que vivem com HIV em um município do Rio Grande do Sul, Brasil, 2013

Tipo de violência	No.	%
Psicológica		
Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma	114	70,8
Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas	114	70,8
Fez coisas para assustá-la ou intimidá-la de propósito	117	72,7
Ameaçou machucá-la ou alguém de quem você gosta	112	69,6
Física		
Deu-lhe um tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la	88	54,6
Empurrou-a ou deu-lhe um tranco/chacoalhão	86	53,4
Machucou-a com um soco ou com algum objeto	72	44,7
Estrangulou ou queimou você de propósito	68	42,2
Ameaçou usar ou usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você	59	36,6
Sexual		
Forçou-a fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria	41	25,4
Você teve relação sexual porque estava com medo do que ele pudesse fazer	37	23,0
Forçou-a a uma prática sexual degradante ou humilhante	29	18,0

161 entrevistadas sofreram pelo menos uma dessas violências. Pelo menos um tipo de agressão psicológica foi relatado por 117 (72,7%) mulheres, algum tipo de agressão física por 88 (54,6%) e algum tipo de violência sexual por 41 mulheres (25,4%). Além disso, 25 (15,5%) participantes relataram ter sofrido os três tipos de violência. A combinação de violência física e sexual foi relatada por uma mulher (0,6%), a combinação de violência sexual e psicológica foi relatada por três mulheres (1,9%) e a combinação entre as violências física e psicológica foi relatada por 34 mulheres (21,1%).

Na tabela 2, as características socio-demográficas, sexuais, reprodutivas e clínicas das mulheres foram comparadas segundo a presença de violência psicológica. Maior tempo de vida com HIV, relação sexual antes dos 15 anos e maior número de filhos estiveram estatisticamente associados à violência ($P < 0,01$).

A tabela 3 apresenta as razões de prevalência ajustadas das variáveis que entraram no modelo de regressão em relação à violência. Assim, a prevalência ajustada da violência em mulheres que viviam há mais de 5 anos com HIV foi 11,5 vezes maior do que a prevalência naquelas que viviam com HIV há ≤ 5 anos; 9,5 vezes maior nas que tinham mais de três filhos vs. três ou menos filhos; e 7,2 vezes maior nas que fizeram sexo antes dos 15 anos vs. a partir dos 15 anos.

DISCUSSÃO

Este estudo evidenciou prevalências elevadas de violência em mulheres que

vivem com HIV: 72,7% referiam violência psicológica, 54,6% física e 25,4% sexual. As taxas encontradas foram maiores do que as relatadas por estudos semelhantes realizados no Quênia, onde 40% das mulheres com HIV sofreram agressão (19), e na Índia, onde as mulheres que vivem com o vírus têm 4 vezes mais risco de serem agredidas (20). Em muitos locais, viver com HIV significa uma condição de risco para a violência feminina, pois as mulheres são culpabilizadas pela doença e acusadas de relações extraconjugais, mesmo que o vírus tenha sido transmitido pelo parceiro (21–27).

Nesta investigação, relação sexual antes dos 15 anos, ter mais de três filhos e estar vivendo com HIV há mais de 5 anos estiveram associados à violência. O modelo deste estudo não permite estabelecer relações de causa/efeito. Desse modo, consideramos dois cenários para problematizar os achados: 1) a violência como um dos fatores que facilita a aquisição do HIV e 2) o vírus como fator de risco para a violência sofrida pela mulher. Portanto, as duas possibilidades foram pensadas para explicar as relações encontradas.

Para a primeira hipótese, o marcador é a idade da primeira relação sexual, pois a violência foi mais prevalente entre mulheres que tiveram a primeira relação sexual antes dos 15 anos, etapa em que a maioria ainda não é completamente autônoma frente às decisões sexuais. A sociedade estimula a sexualização precoce das jovens, e elas muitas vezes se relacionam com homens mais velhos, que exercem maior poder na relação afetiva e sexual (28).

O exercício da sexualidade feminina, em muitos casos, ocorre em contextos de machismo, abuso sexual, sexo não consentido ou pressão social para namoro ou casamento (29, 30). Essas jovens geralmente têm pouco conhecimento sobre o corpo e a sexualidade, e o sexo pode acontecer sem vínculo afetivo ou resultar de abuso (26, 31). Assim, a iniciação sexual em cenários de violência e de abuso pode facilitar a aquisição do HIV.

A segunda hipótese considera que um dos efeitos da aquisição do vírus é a violência dirigida às mulheres afetadas. Essa situação pode ser inferida por meio das variáveis “número de filhos” e “tempo de vida com HIV”, e está relacionada ao estigma e à sobrecarga que a maternidade e a Aids exercem, fazendo com que, depois do diagnóstico, haja maior possibilidade de culpabilização e violência contra a mulher (32).

A associação entre violência e maior número de filhos sugere o baixo poder feminino nas decisões reprodutivas, no planejamento familiar e no controle da natalidade (33). Para fugir do controle e do abuso do pai, muitas mulheres têm urgência em casar, ter filhos e construir família, situações influenciadas pelos mitos do amor romântico e pela ideologia patriarcal (29).

Em sociedades nas quais o sistema patriarcal determina o padrão de conduta esperado para homens e mulheres, a maternidade é um destino obrigatório. O desejo de ter filhos não pode ser dissociado da função social, pois representa laço familiar, dá sentido ao casamento e garante o lugar das mulhe-

TABELA 2. Características sociodemográficas, sexuais, reprodutivas e clínicas das mulheres com e sem violência psicológica em um município do Rio Grande do Sul, Brasil, 2013

Característica	Violência				P
	Sim (n = 117)		Não (n = 44)		
	No.	%	No.	%	
Características sociodemográficas					
Idade (anos)					
≤ 20	29	74,3	10	25,7	0,469
20 a 39	48	73,8	17	26,2	
40 a 70	40	70,2	17	29,8	
Estado civil					
Casada	17	68,0	8	32,0	0,484
Solteira	41	73,2	15	26,8	
Outra	59	73,8	21	26,2	
Cor da pele					
Branca	61	70,1	26	29,9	0,865
Negra	56	75,7	18	24,3	
Anos de estudo					
Analfabeta	29	80,0	5	20,0	0,453
1 a 8	78	72,2	30	27,8	
9 a 11	17	68,0	8	32,0	
≥ 12	2	66,7	1	33,3	
Religião					
Católica	75	79,8	19	20,2	0,521
Evangélica	12	42,8	16	57,2	
Outra	30	76,9	9	23,1	
Renda (salários mínimos)					
≤ 2	104	73,2	38	26,8	0,167
> 2	13	68,4	6	31,6	
Número de filhos					
≤ 3	98	70,0	42	30,0	<0,001
> 3	19	90,5	2	9,5	
Características sexuais e reprodutivas					
Idade na primeira relação sexual					
> 15	65	87,8	9	12,2	< 0,001
≤ 15	52	59,8	35	40,2	
Companheiro com HIV					
Sim	41	71,9	16	28,1	0,846
Não	76	73,1	28	26,9	
Uso de camisinha					
Sim	60	75,0	20	25,0	0,582
Não	57	70,4	24	29,6	
Filho com HIV					
Sim	4	57,1	3	42,9	0,282
Não	113	73,4	41	26,6	
Características clínicas					
Tempo de HIV (anos)					
≤ 5	37	50,0	37	50,0	< 0,001
> 5	80	92,0	7	8,0	
Tratamento antirretroviral					
Sim	81	73,6	29	26,4	0,885
Não	36	70,6	15	29,4	
Doença oportunista					
Sim	41	77,4	12	22,6	0,566
Não	76	70,4	32	29,6	

TABELA 3. Razões de prevalência ajustadas para violência psicológica entre mulheres que vivem com HIV em um município do Rio Grande do Sul, Brasil, 2013

Variável	RP ajustada	IC95%	P
Número de filhos			
≤ 3	1	—	< 0,001
> 3	9,5	7,2 a 10,4	
Idade na primeira relação sexual (anos)			
> 15	1	—	< 0,001
≤ 15	7,2	6,1 a 8,9	
Tempo de HIV (anos)			
≤ 5	1	—	< 0,001
> 5	11,5	9,3 a 13,6	

res como esposas e mães (29). Porém, os filhos podem aumentar a vulnerabilidade da mulher à violência devido à sobrecarga financeira e laboral que uma grande prole acarreta. Além do mais, muitos casais assumem filhos de outros relacionamentos, havendo maior risco de violência quando os filhos são de outro parceiro (29).

O último marcador é a relação entre violência e maior tempo de vida com HIV. Nessa situação, a violência pode acontecer porque as mulheres estão há mais tempo expostas a preconceitos, rejeição social e estigmas gerados pela doença (32, 34).

O advento dos antirretrovirais fez com que a Aids se assemelhasse a outras doenças crônicas, permitindo maior tempo de vida às pessoas afetadas, porém sem diminuição do preconceito e da discriminação. Apesar de a terapêutica ter prolongado a vida das mulheres, o HIV impõe limitações sociais, profissionais, afetivas, sexuais e reprodutivas (23). A cronicidade permite a naturalização da doença, ocasionando descuido com a saúde, má qualidade de vida, aquisição de doenças oportunistas e maior possibilidade de sofrer violência (23, 35).

Esta investigação apresenta limitações decorrentes do modelo do estudo, que não permite estabelecer relações de causa/efeito. Desse modo, não foi possível evidenciar se a violência foi perpetrada em decorrência da Aids ou se a Aids vulnerabilizou as mulheres à violência, ainda que ambas situações possam estar sobrepostas. Os achados deste estudo referem-se a fenômenos pouco estudados: a violência em mulheres com HIV em um município de médio porte, com alta prevalência de Aids, no interior do Brasil. Nesses locais, em que a sociedade é mais tradicional e machista, é difícil manter sigilo sobre a condição de portador, aumentando o risco de preconceito, rejeição social e violência.

É necessário que os profissionais de saúde, especialmente os que atuam em serviços especializados em HIV, compreendam o contexto patriarcal em que vivem as mulheres, abordem questões relativas à discriminação e realizem o cuidado de forma integral, sem esquecer de perguntar sobre a presença de violências na vida das mulheres que atendem.

Conflitos de interesse. Nada declarado pelos autores.

REFERÊNCIAS

1. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/ Acessado em fevereiro de 2015.
2. World Health Organization (WHO). Global consultation on violence and health. Violence: a public health priority. Geneva: WHO; 1996. (document WHO/EHA/SPI.POA.2.).
3. Meneghel SN, Ceccon RF, Hesler LZ, Margarites AF, Rosa S, Vasconcelos VD. Femicídios: narrativas de crimes de gênero. *Interface*. 2013;17(46):523-33.
4. Devries K, Watts C, Yoshihama M, Kiss L, Schraiber LB, Deyessa N, et al. Violence against women is strongly associated with suicide attempts: evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. *Soc Sci Med*. 2011;73(1):79-86.
5. Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*. 2006;368(9543):1260-9.
6. Barros CRS, Schraiber LB, França-Junior I. Associação entre violência por parceiro íntimo contra a mulher e infecção por HIV. *Rev Saude Publica*. 2011;45(2):365-72.
7. Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, Ivan França-Junior I, Diniz S, Portella AP, Ludermir AB, et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Rev Saude Publica*. 2007;41(5):797-807.
8. Rabin RF, Jennings JM, Campbell JC, Bair-Merritt MH. Intimate partner violence screening tools. *Am J Prev Med*. 2009;36(5):439-45.
9. Schraiber LB, Latorre MRDO, França-Junior I, Segri NJ, d'Oliveira AFPL. Validade do instrumento WHO VAW STUDY para estimar violência de gênero contra a mulher. *Rev Saude Publica*. 2010;44(4):658-66.
10. Abramsky T, Watts CH, Garcia-Moreno C, Devries C, Kiss L, Ellsberg M, et al. What factors are associated with recent intimate partner violence? Findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *BMC Public Health*. 2011;11:109-26.
11. Galvão MTG, Cerqueira ATAR, Machado MJ. Avaliação da qualidade de vida de mulheres com HIV/AIDS através do HAT-QoL. *Cad Saude Publica*. 2004;20(2):430-7.
12. Vlahov D, Wientge D, Moore J, Flynn C, Schuman P, Schoenbaum E, et al. Violence among women with or at risk for HIV infection. *Aids Behav*. 1998;2(1):53-60.
13. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*. 2002;359(9314):1331-6.
14. Decker MR, Seage GR, Hemenway D, Raj A, Saggurti N, Balaiah D, et al. Intimate partner violence functions as both a marker and risk factor for women's HIV infection: findings from Indian husband-wife dyads. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2009;51(5):593-600.
15. Brasil, Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico: Aids e DST Ano VII, no. 1. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2010/45974/vers_o_final_15923.pdf Acessado em fevereiro de 2015.
16. Santos NJS, Barbosa RM, Pinho AA, Villela WV, Aidar T, Filipe EM. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. *Cad Saude Publica*. 2009;25(supl 2):321-33.
17. Jewes RK, Dunkle K, Nduna M, Shai N. Intimate partner violence, relationship k power inequity, and incidence of HIV infection in young women in South Africa: a cohort study. *Lancet*. 2010;376(9734):41-8.
18. Rachel J. HIV/AIDS. Gender inequities must be addressed in HIV prevention. *Science*. 2010;329(5988):145-7.
19. Fonck K, Leye E, Kidula N, Ndinya-Achola J, Temmerman M. Increased risk of HIV in women experiencing physical partner violence in Nairobi, Kenya. *AIDS Behav*. 2005;9(3):335-9.
20. Silverman JG, Decker MR, Saggurti N, Balaiah D, Raj A. Intimate partner violence and HIV infection among married Indian women. *JAMA*. 2008;300(6):703-10.
21. Sareen J, Pagura J, Grant B. Is intimate partner violence associated with HIV infection among women in the United States? *Gen Hosp Psychiatry*. 2009;31(3):274-8.
22. Gielen AC, O'Campo P, Faden RR, Eke A. Women's disclosure of HIV status: experiences of mistreatment and violence in an urban setting. *Women Health*. 1997;25(3):19-31.
23. Zierler S, Cunningham WE, Andersen R, Shapiro MF, Nakazono T, Morton S, 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.
24. Vandello JA, Cohen D. Male honor and female fidelity: implicit cultural scripts that perpetuate domestic violence. *J Pers Soc Psychol*. 2003;84(5):997-1010.
25. Stacey P, Falik M. Prevalence of violence and its implications for women's health. *Womens Health Issue*. 2011;11(3):244-58.
26. Edgardh K. Sexual behaviour and early co-itarche in a national sample of 17-year-old Swedish boys. *Acta Paediatr*. 2002;91(9):985-91.
27. Roberts TA, Klein JD, Fisher S. Longitudinal effect of intimate partner abuse on high-risk behavior among adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2003;157(9):875-81.
28. Taquette SR, Ruzany MH, Meirelles Z, Ricardo I. Relacionamento violento na adolescência e risco de DST/AIDS. *Cad Saude Publica*. 2003;19(5):1437-44.
29. Meneghel SN, Barbiani R, Steffen H, Wunder AP, Roza M, Rotermund JB, et al. Impacto de grupos de mulheres em situação de vulnerabilidade de gênero. *Cad Saude Publica*. 2003;19(4):109-18.
30. Conard LA, Blythe MJ. Sexual function, sexual abuse and sexually transmitted diseases in adolescence. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2003;17(1):103-16.
31. Teixeira SAM, Taquette SR. Violência e atividade sexual desprotegida em adolescentes menores de 15 anos. *Rev Assoc Med Bras*. 2010;56(4):440-6.
32. Simbayi LC, Kalichman S, Strebel A, Cloete A, Henda N, Mqeketo A. Internalized stigma, discrimination, and depression among men and women living with HIV/AIDS in Cape Town, South Africa. *Soc Sci Med*. 2007;64(9):1823-31.
33. d'Oliveira AFPL, Schraiber LB, França-Junior I, Ludermir AB, Portella AP, Diniz CS, et al. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. *Rev Saude Publica*. 2009;43(2):299-311.
34. Ceccon RF, Meneghel SN, Hirakata VN. Mulheres que vivem com HIV: violência de gênero e ideação suicida. *Rev Saude Publica*. 2014;48(5):758-65.
35. Garcia-Moreno C, Heise L, Jansen HAFM, Ellsberg M, Watts C. Violence against women. *Science*. 2005;310(5752):1282-3.

Manuscrito recebido em 14 de agosto de 2014. Aceito em versão revisada em 3 de fevereiro de 2015.

HIV and violence against women: study in a municipality with high prevalence of Aids in the South of Brazil

ABSTRACT

Objective. To investigate the prevalence and factors associated with violence against women with HIV in a mid-sized city in the South of Brazil.

Methods. This cross-sectional study included 161 users of an HIV Specialized Care Service in a city with high prevalence of Aids in the state of Rio Grande do Sul. To determine the prevalence and forms of violence, 13 questions of the World Health Organization Violence Against Women (WHO VAW) instrument, adapted and validated for Brazilian Portuguese, were used. The presence of lifetime psychological, physical, and sexual violence perpetrated by intimate partners or former partners, family members, acquaintances, friends, neighbors, colleagues, or strangers was investigated. Statistical analysis employed the chi-square test and Poisson multiple regression.

Results. Psychological violence was reported by 117 women (72.7%), physical violence by 88 women (54.6%), and sexual violence by 41 women (25.4%). The adjusted prevalence of violence was 11.5 times higher in women living with HIV for more than 5 years as compared to those living with HIV for ≤ 5 years; 9.5 times higher in those with more than three children vs. three or fewer children; and 7.2 times higher in those who had sex before the age of 15 years vs. at 15 years of age or older ($P < 0.01$).

Conclusions. The frequency of all types of violence was high in this group of women with HIV. Health care professionals should understand and address issues relating to prejudice and provide comprehensive care, asking about the presence of violence in the life of women.

Key words

Women's health; HIV; acquired immunodeficiency syndrome; gender and health; violence against women; Brazil.
