

Claudia Barros^{1,II}

Lilia Blima Schraiber^{II,III}

Ivan França-Junior^{II}

Associação entre violência por parceiro íntimo contra a mulher e infecção por HIV

Association between intimate partner violence against women and HIV infection

RESUMO

OBJETIVO: Analisar a associação entre a violência por parceiro íntimo contra mulheres e a infecção ou suspeita de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV).

MÉTODOS: Estudo transversal com base em dados de questionários aplicados face-a-face e de prontuários médicos de 2.780 mulheres de 15 a 49 anos, atendidas em unidades do sistema único de saúde da Grande São Paulo, SP, em 2001-2002. As mulheres foram categorizadas em: usuárias em tratamento por serem “soropositivas para o HIV”, com “suspeita de HIV” e aquelas que procuraram os serviços por outros motivos. A violência por parceiro íntimo contra mulheres na vida foi categorizada por gravidade e recorrência dos episódios de violência. A associação com o desfecho foi testada pelo modelo de Poisson com variância robusta e ajustada por variáveis sociodemográficas, sexuais e reprodutivas.

RESULTADOS: A prevalência de violência foi de 59,8%. Sofrer violência reiterada e grave apresentou maior associação de infecção confirmada pelo HIV (RP = 1,91). A violência independente da gravidade e da recorrência dos episódios apresentou maior associação para a suspeita de infecção por HIV (RP = 1,29).

CONCLUSÕES: A violência por parceiro íntimo contra mulheres tem papel relevante nas situações de suspeita e confirmação da infecção pelo HIV, sendo essencial incluir sua detecção, controle e prevenção como parte da atenção integral à saúde das mulheres.

DESCRITORES: Violência contra a Mulher. Infecções por HIV. Saúde da Mulher. Maus tratos conjugais. Violência por parceiro íntimo.

^I Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública (FSP). Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, SP, Brasil

^{II} Grupo de Pesquisa e Intervenção Violência e Gênero nas Práticas de Saúde. Faculdade de Medicina (FM). USP. São Paulo, SP, Brasil

^{III} Departamento de Medicina Preventiva. FM-USP. São Paulo, SP, Brasil

^{IV} Departamento de Saúde Materno-Infantil. FSP-USP. São Paulo, SP, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Lilia Blima Schraiber
Faculdade de Medicina
Universidade de São Paulo
Av. Dr. Arnaldo, 455
01246-903 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: vawbr@usp.br

Recebido: 4/1/2010
Aprovado: 28/9/2010

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

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the association between intimate partner violence against women and infection or suspected infection by the human immunodeficiency virus (HIV).

METHODS: A cross-sectional study was conducted, based on data from questionnaires applied face-to-face and medical records of 2,780 women aged between 15 and 49 years, cared for in *Sistema Único de Saúde* (Unified Health System) units of the Greater São Paulo area, Southeastern Brazil, in 2001-2002. Women were categorized into: users in treatment because they are “HIV seropositive”, those “suspected of having HIV” and others who sought health services for different reasons. Intimate partner violence against women throughout life was categorized according to the severity and recurrence of episodes of violence. The association with the outcome was tested using the Poisson model with robust and adjusted variance for sociodemographic, sexual and reproductive variables.

RESULTS: The prevalence of violence was 59.8%. Suffering repeated and severe violence was more closely associated with confirmed HIV infection (PR = 1.91). Violence independent from severity and recurrence of episodes showed greater association with suspected HIV infection (PR = 1.29).

CONCLUSIONS: Intimate partner violence against women has a key role in situations of suspected and confirmed HIV infection. Thus, it is essential to include its detection, control and prevention as part of the comprehensive care provided for women’s health.

DESCRIPTORS: Violence Against Women. HIV Infections. Women’s Health. Spouse Abuse. Intimate partner violence.

INTRODUÇÃO

Os danos à saúde das mulheres que sofrem violências por parceiro íntimo (VPI) do tipo psicológica, física ou sexual são reconhecidos mundialmente.¹⁰ Entre eles está a pandemia da Aids. No Quênia, 40% das mulheres que sofreram violência física por parceiro íntimo foram infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) por seus parceiros. A maior proporção de casos de infecção manteve-se associada à violência, mesmo após ajuste por variáveis sociodemográficas.⁶

Nos Estados Unidos, foi observada forte associação entre sofrer VPI física e/ou sexual e infecção pelo HIV (OR = 3,44) entre 13.928 mulheres com 20 anos ou mais, mesmo ajustada por variáveis sociodemográficas, idade da primeira relação sexual e relato de outra doença sexualmente transmissível (DST).¹⁶

Estudo transversal na Índia constatou que mulheres infectadas sofreram 3,9 vezes mais violência física e/ou sexual quando comparadas às soronegativas.¹⁹ Entretanto, esse resultado pode ser decorrente de associação reversa, uma vez que a violência foi informada por ocasião da revelação diagnóstica de infecção pelo HIV.

Em estudo brasileiro que estimou prevalências de VPI psicológica, física e sexual entre mulheres de 15 a 49 anos usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) da Grande São Paulo, foi observada prevalência de 70% de VPI (por qualquer tipo de violência) entre usuárias portadoras do HIV e aquelas que procuravam os serviços para testagem da infecção. Destas, 63% relataram violência psicológica, 52%, física e 28%, a sexual. Violências físicas e sexuais, geralmente superpostas, corresponderam em conjunto a 56%.¹⁷

A alta prevalência brasileira de VPI sofrida pelas mulheres aliada a estudos sobre seus fatores associados apontam a relevância de conhecer seu papel na infecção de mulheres por HIV ou a sua suspeita. O objetivo deste estudo foi analisar a associação entre a VPI contra mulheres e infecção ou suspeita de infecção por HIV.

MÉTODOS

Estudo transversal com 3.193 usuárias de 15 a 49 anos do SUS de São Paulo, SP, 2001-2002.

A seleção de 19 serviços foi realizada por conveniência (Schraiber et al),¹⁷ sendo 18 unidades de atendimento

de atenção primária e um Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids, reagrupados em nove locais, bem distribuídos geograficamente na Grande São Paulo.¹⁷ A amostra de mulheres foi consecutiva, i.e., foram captadas para entrevista por ordem de chegada no serviço. Das 3.193 mulheres, 2.780 eram usuárias há mais de um ano, tiveram examinados seus prontuários e compuseram a amostra final. Dentre as participantes, 179 (6,4%) eram soropositivas para o HIV, 995 (35,8%) procuraram os serviços por estarem com alguma DST ou para fazer o teste anti-HIV e 1.606 (57,8%) procuraram os serviços por qualquer outro motivo.

As variáveis independentes analisadas foram: sociodemográficas (idade, situação marital, anos de estudo, cor de pele auto-referida; religião), e as sexuais e reprodutivas (número de gestações, idade da primeira relação sexual – antes ou depois dos 15 anos). As perguntas dos tipos de VPI abordaram atos concretos (atos de agressões bem discriminados) sofridos ou não pela mulher ao menos uma vez na vida (Figura).

As modalidades de VPI foram recategorizadas para apontar a gravidade e a recorrência do ato perpetrado.

Foi utilizado o instrumento do estudo multicêntrico internacional coordenado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), do qual participou o Brasil,⁸ para estimar a VPI. Segundo o estudo, a avaliação da gravidade da VPI teve como base repercussões físicas diretas dos atos (lesões físicas presumidas) de violências físicas e sexuais. A definição de gravidade utilizada não fazia referência à violência psicológica. A violência sexual, cuja base é a penetração forçada, foi considerada violência grave para todos os itens do instrumento. A violência física, por outro lado, foi grave para respostas positivas a qualquer dos quatro de seus últimos itens (questões 3, 4, 5 e 6 da Figura) e moderada para a resposta sim a qualquer dos dois primeiros itens da violência física e resposta negativa para os demais. Os atos de violência restantes, denominados “demais formas de violência”, foram os itens da violência psicológica exclusiva e referiam-se à resposta sim a qualquer um de seus quatro itens (Figura) e resposta negativa para qualquer item da VPI física ou sexual. Observou-se no estudo multicêntrico no Brasil que a categoria psicológica exclusiva compõe-se, sobretudo, dos insultos, depreciações e humilhações. Intimidações e ameaças estão freqüentemente sobrepostas à VPI física.¹⁸ Pôde-se assim conformar nesse extrato “demais formas de violência” uma modalidade diferente de gravidade presumida em termos de possíveis agravos à saúde decorrente da violência, tais como danos à saúde mental ou agravos físicos indiretos. No presente estudo, a gravidade da violência foi analisada segundo as categorias: sem violência, violência moderada, violência grave e demais formas de violência. Esta última categoria foi criada para não se diluírem na

categoria de referência (sem VPI) casos de violência que não correspondiam aos tipos físicos ou sexuais.

A recorrência dos episódios foi classificada em: sem VPI, VPI física e/ou sexual esporádica (se ocorreu uma ou poucas vezes), VPI física e/ou sexual reiterada (se ocorreu muitas vezes).

Violências foram combinadas por gravidade e por recorrência para modelagem. Violências episódicas e reiteradas foram integradas apenas no caso da violência física moderada, pois não foi observada diferença estatisticamente significativa quanto à recorrência. Isso garantiu o tamanho satisfatório da amostra na categoria.

A variável dependente foi construída segundo motivos de procura pelo serviço no último ano: “mulheres soropositivas para o HIV” (com conhecimento do diagnóstico, em busca de tratamento/acompanhamento), “mulheres com suspeitas de infecção” (infectadas por outras DSTs e/ou em busca do teste anti-HIV) e “sem suspeita de HIV” (outro motivo).

As variáveis foram descritas por meio de proporções e o teste de hipótese utilizado foi o qui-quadrado de Pearson.

Realizou-se modelo de Poisson com variância robusta para estimar a associação da violência à infecção ou suspeita de infecção por HIV.¹⁴

A variável dependente utilizada como referência na modelagem foi “sem suspeita de HIV”. Foram realizados dois modelos: um utilizando como desfecho a soropositividade e outro, a suspeita de infecção, ambos com a mesma categoria de referência.

As variáveis independentes com $p < 0,20$ após a análise univariada (qui-quadrado de Pearson) foram selecionadas para o modelo múltiplo com variáveis relativas à violência, ajustadas pelas demais.

A entrada das variáveis sociodemográficas, sexuais e reprodutivas no modelo foi feita na ordem crescente do valor de p da análise univariada. O ajuste do modelo de Poisson foi verificado pelo teste de Wald e Hosmer-Lemeshow.

O modelo foi do tipo confirmatório, no qual se testa a associação da VPI nos desfechos de interesse, e são incluídas outras variáveis preditoras (independentes) para efeito de ajuste, sem se debruçar detalhadamente em associações específicas. Esse tipo de modelagem foi escolhido para estimar a relevância da violência na suspeita ou infecção pelo HIV.

O programa Stata 10.0 foi utilizado para a realização das análises.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Pesquisa da Faculdade de Medicina e Hospital das Clínicas em 12/5/2000. Usou-se o Termo de

Violência Psicológica

- 1- Insultou-a ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma?
- 2- Depreciou ou humilhou você diante de outras pessoas?
- 3- Fez coisas para assustá-la ou intimidá-la de propósito?
- 4- Ameaçou machucá-la ou alguém de quem você gosta?

Violência Física

- 1- Deu-lhe um tapa ou jogou algo em você que poderia machucá-la?
- 2- Empurrou-a ou deu-lhe um tranco ou chacoalhão?
- 3- Machucou-a com um soco ou com algum objeto?
- 4- Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você?
- 5- Estrangulou ou queimou você de propósito?
- 6- Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você?

Violência Sexual

- 1- Forçou-a fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria?
- 2- Você teve relação sexual porque estava com medo do que ele pudesse fazer?
- 3- Forçou-a a uma prática sexual degradante ou humilhante?

Figura. Perguntas acerca da violência por parceiro íntimo.

Consentimento Livre e Esclarecido assinado, além de outras medidas éticas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde para temas sensíveis como a violência.^{18,a}

RESULTADOS

A maioria das mulheres tinha idade entre 29 e 39 anos, era casada, possuía até oito anos de estudo, com cor de pele não negra e católica. A maior parte iniciou a vida sexual com idade superior a 15 anos e quatro ou mais gestações até a entrevista (Tabela 1).

A prevalência de VPI foi alta (59,8%), sobretudo para a violência grave (32,1%) (Tabela 1).

Na análise univariada, observou-se associação entre soropositividade e não ter parceiros, cor de pele não negra, maior escolaridade e início da vida sexual aos 15 anos ou menos. A violência grave esteve associada à soropositividade, com maior magnitude observada para a violência reiterada (Tabela 2).

As variáveis sociodemográficas e reprodutivas estiveram associadas à suspeita de HIV, exceto cor de pele e religião. Ter entre 29 e 39 anos, não viver com o parceiro, maior escolaridade, até três gestações e início

da vida sexual aos 15 anos ou menos apresentaram maior magnitude de associação. Ter sofrido violência grave e episódica também apresentou associação com o desfecho (Tabela 2).

A violência grave e reiterada manteve-se associada à soropositividade após ajuste com as demais variáveis, o que reduziu sua magnitude. A violência grave episódica perdeu a significância com a adição do estado marital ao modelo (Tabela 3).

A procura dos serviços por suspeita de infecção pelo HIV continuou associada à violência moderada e grave, independentemente da recorrência, após o ajuste (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Este é o primeiro estudo brasileiro sobre a associação entre sofrer ou ter sofrido violência física ou sexual por parceiro íntimo e estar sob suspeita ou confirmação de infecção pelo HIV. Estudo realizado nos Estados Unidos, de base populacional, mostra associação entre violência física e/ou sexual sofrida no último ano e o diagnóstico positivo à infecção ao HIV.¹⁵ O presente estudo acrescenta a isso a associação do desfecho com formas graves e reiteradas de violência.

Dada a natureza transversal do presente artigo, não é possível excluir a associação reversa, pois a violência pode ter ocorrido após a infecção pelo HIV e sua revelação ao parceiro. Mulheres que revelam sua soropositividade podem tornar-se alvos de violência doméstica praticada por seus parceiros.^{9,21}

A revelação diagnóstica positiva da mulher ao seu parceiro, principalmente se soronegativo para o HIV, pode desencadear atos de violência física.²² A violência sofrida por mulheres soropositivas levanta questões sobre cuidados quanto à revelação diagnóstica, o que pode repercutir no tratamento. É necessário o diagnóstico de situações de violência por profissionais que devem estar capacitados para lidar com essas situações e para promover maior adesão ao tratamento.

Há mecanismos possíveis que explicam a associação entre violência por parceiro íntimo e a infecção pelo HIV. O sexo por obrigação marital ou sem vontade e as formas mais explícitas de violência sexual (estupro, sexo forçado ou sexo por medo), por exemplo, acarretam maior vulnerabilidade à infecção por doenças sexualmente transmissíveis, uma vez que, geralmente, ocorrem sem uso de preservativos^{2,11} e podem causar lesões genitais ou anais que favoreçam a infecção.¹

Estudo sugere que homens podem entender a realização

^a World Health Organization. Putting women's safety first: ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women. Geneva; 1999. (WHO/EIP/GPE/99.2).

Tabela 1. Freqüência e porcentagem das características sociodemográficas, sexuais e reprodutivas e relativas à violência por parceiro íntimo contra mulheres sem infecção e suspeita, soropositivas e com suspeita de infecção para o HIV. São Paulo, SP, 2001-2002.

Variável	Amostra total		Sem infecção e suspeita		Soropositiva para HIV		Suspeita de infecção	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Características sociodemográficas								
Idade (anos)								
15 a 29	654	23,5	412	25,7	66	36,9	176	17,7
29 a 39	1.299	46,7	726	45,2	24	13,4	549	55,2
39 a 50	827	29,8	468	29,1	89	49,7	270	27,1
p*								0,000
Situação marital								
Casada	1.776	63,9	1.093	68,1	77	43,0	606	60,9
Não vive junto com parceiro	457	16,4	229	14,2	25	14,0	203	20,4
Não tem parceiro	547	19,7	284	17,7	77	43,0	186	18,7
p*								0,000
Anos de estudo								
Não sabe	217	7,8	136	8,5	7	4,0	74	7,4
0 a 8	1.928	69,4	1.154	71,9	123	68,7	651	65,4
9 a 11	546	19,6	281	17,5	40	22,3	225	22,6
Acima de 12	89	3,2	35	2,2	9	5,0	45	4,6
p*								0,000
Cor de pele								
Negra	1.036	37,3	625	38,9	54	30,2	357	35,9
Não negra	1.744	62,7	981	61,1	125	69,8	638	64,1
p*								0,038
Religião								
Católica	1.624	58,4	950	59,2	74	41,3	600	60,3
Não católica	1.156	41,6	656	40,8	105	58,7	395	39,7
p*								0,000
Características sexuais e reprodutivas								
Número de gestações								
Nenhuma	624	22,4	378	23,5	58	32,4	188	18,9
1 a 3	503	18,1	266	19,6	21	11,7	216	21,7
4 ou mais	1.653	59,5	962	59,9	100	55,9	591	59,4
p*								0,000
Idade da 1ª relação sexual								
Não sabe	98	3,5	76	4,7	1	0,6	21	2,1
≤ 15 anos	712	25,6	370	23,1	48	26,8	294	29,6
≥ 15 anos	1.970	70,9	1.160	72,2	130	72,6	680	69,3
p*								0,000
Características relativas à violência sofrida na vida								
Não sofreu violência	1.079	40,2	667	43,5	50	27,9	362	37,2
Exclusivamente psicológica	418	15,6	241	15,7	20	11,2	157	16,1
Moderada (episódica ou reiterada)	326	12,1	182	11,8	21	11,7	123	12,6
Grave e episódica	523	19,5	268	17,5	39	21,8	216	22,2
Grave e reiterada	341	12,6	176	11,5	49	27,4	116	11,9
p*								0,000

* teste qui-quadrado

Tabela 2. Proporção e razão de prevalência bruta das características sociodemográficas; sexuais e reprodutivas e relativas à violência segundo soropositividade para o HIV e com suspeita de infecção. São Paulo, SP, 2001-2002.

Variável	Soropositivas para HIV			Suspeita de infecção		
	%	RP bruta	(IC95%)	%	RP bruta	(IC95%)
Características sociodemográficas						
Idade (anos)						
15 a 29	36,9	1		17,7	1	
29 a 39	13,4	0,23	(0,1;0,3)	55,2	1,43	(1,2;2,2)
39 a 50	49,7	1,15	(0,8;1,5)	27,1	1,22	(1,0;1,4)
Situação marital						
Casada	43,0	1		60,9	1	
Não vive junto com parceiro	14,0	1,49	(0,9;2,3)	20,4	1,31	(1,2;1,5)
Não tem parceiro	43,0	3,24	(2,4;4,3)	18,7	1,10	(0,9;1,3)
Anos de estudo						
Não sabe	4,0	1		7,4	1	
0 a 8	68,7	1,96	(0,9;4,1)	65,4	1,02	(0,8;1,2)
9 a 11	22,3	2,54	(1,2;5,5)	22,6	1,26	(1,0;1,5)
Acima de 12	5,0	4,17	(1,6;10,6)	4,6	1,59	(1,2;2,1)
Cor de pele						
Negra	30,2	1		35,9	1	
Não negra	69,8	1,42	(1,0;1,9)	64,1	1,08	(0,9;1,2)
Religião						
Católica	41,3	1		60,3	1	
Não católica	58,7	1,91	(1,4;2,5)	39,7	0,97	(0,9;1,1)
Características sexuais e reprodutivas						
Número de gestações						
Nenhuma	32,4	1		18,9	1	
1 a 3	11,7	0,55	(0,3;0,9)	21,7	1,34	(1,2;1,6)
4 ou mais	55,9	0,70	(0,5;0,9)	59,4	1,14	(1,0;1,3)
Idade da 1ª relação sexual						
Não sabe	0,6	1		2,1	1	
≤ 15 anos	26,8	8,84	(1,2;63,1)	29,6	2,04	(1,4;3,0)
> 15 anos	72,6	7,75	(1,1;54,7)	69,3	1,70	(1,2;2,5)

do teste por suas esposas como relacionada à promiscuidade sexual de suas parceiras. Além disso, no mesmo estudo, os homens relataram furar a camisinha para que parceira engravidasse, mesmo contra sua vontade.¹² A literatura aponta maior número de filhos entre mulheres que sofrem violências.^{3,11,13} Desse modo, mesmo com o uso do preservativo, há risco de transmissão do HIV.

Os resultados do presente estudo são similares aos que apontam maior violência entre as mulheres com maior número de filhos, menor uso de preservativo nas relações sexuais e que tiveram alguma doença sexualmente transmissível na vida.^{5,20}

O fato de o presente estudo abordar mulheres usuárias de serviços é uma limitação, sobretudo em relação a pesquisas populacionais, pois aborda apenas as

mulheres que possuem já alguma demanda em saúde e estão em busca de alguma atenção. Apresenta ainda lacunas quanto a questões detalhadas sobre a vida sexual e reprodutiva e da infecção pelo HIV dessas mulheres, como, por exemplo, número de relações sexuais sem preservativo na vida. Outra questão é a temporalidade entre a exposição e o desfecho. Dado não ser possível controlar a temporalidade em estudos transversais, a violência por parceiro íntimo pode ter ocorrido antes da infecção ou após o diagnóstico confirmado e sua revelação ao parceiro. No primeiro caso, será fator relevante para o risco de infecção ao HIV e outras DSTs. Esta última hipótese é fortemente sugerida pelo resultado ora encontrado da violência associada também à suspeita de infecção, e não somente para as usuárias já diagnosticadas como portadoras de HIV.

Tabela 3. Razão de prevalência bruta e ajustada das mulheres soropositivas e com outras DST e/ou fez o teste anti-HIV segundo a violência. São Paulo, SP, 2001-2002.

Violência sofrida na vida	Soropositivas para o HIV					Suspeita de infecção				
	%	RP bruto	(IC95%)	RP ajustado ^a	(IC95%)	%	RP bruto	(IC95%)	RP ajustado ^a	(IC95%)
Não sofreu violência	27,9	1		1		37,2	1		1	
Exclusivamente psicológica	11,2	1,09	(0,7;1,8)	1,12	(0,7;1,8)	16,1	1,12	(0,9;1,3)	1,10	(0,9;1,3)
Moderada (episódica ou reiterada)	11,7	1,48	(0,9;2,4)	1,31	(0,8;2,0)	12,6	1,14	(0,9;1,3)	1,18	(1,0;1,4)
Grave e episódica	21,8	1,82	(1,2;2,7)	1,44	(0,9;2,1)	22,2	1,26	(1,1;1,4)	1,29	(1,1;1,5)
Grave e reiterada	27,4	3,12	(1,2;4,5)	1,91	(1,3;2,8)	11,9	1,12	(0,9;1,3)	1,24	(1,0;1,5)

^a modelo ajustado por idade, estado marital, escolaridade, religião, cor de pele, número de gestações, idade da primeira relação sexual.

^b Variável referência procurar os serviços por qualquer outro motivo de saúde

A identificação da VPI como fator associado ao HIV pode permitir o desenvolvimento de novas estratégias de prevenção dessa epidemia que, apesar de concentrada, vem aumentando entre as mulheres.^{4,7}

A violência sofrida por mulheres deve ser considerada quando da procura pelos serviços de saúde, inclusive com ofertas de teste anti-HIV e aconselhamento para as mulheres afetadas. A detecção da violência contra mulheres nos serviços de saúde é necessária, bem como a proposição de medidas para seu controle e

prevenção como parte das ações de assistência integral às mulheres, e em particular às portadoras do HIV. Considerando em particular a violência sexual, até o momento, apenas as mulheres que sofrem violência perpetrada por estranhos são contempladas por práticas preventivas, como a quimioprofilaxia do HIV, em serviços de referência específicos para essa violência. O que se faz urgente mudar é a atenção ofertada nos serviços de saúde em geral a mulheres vítimas da violência sexual praticada pelo parceiro íntimo, que também deve passar a ser alvo de cuidados preventivos.

REFERÊNCIAS

1. Choi KH, Binson D, Adelson M, Catania JA. Sexual harassment, sexual coercion, and HIV risk among U.S. adults 18-49 years. *Aids Behav.* 1998;2(1):33-40. DOI:10.1023/A:1022355206905
2. Decker MR, Seage 3rd 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. DOI:10.1097/QAI.0b013e3181a255d6
3. d'Oliveira AFPL, Schraiber LB, França-Junior I, Ludermir AB, Portella AP, Diniz CSG, et al. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. *Rev Saude Publica.* 2009;43(2):299-310. DOI:10.1590/S0034-89102009005000013
4. Dourado I, Veras MASM, Barreira D, Brito AM. Tendências da epidemia de Aids no Brasil após a terapia anti-retroviral. *Rev Saude Publica.* 2006;40 (Supl):9-17. DOI:10.1590/S0034-89102006000800003
5. El-Bassel N, Gilbert L, Wu E, Chang M, Gomes C, Vinocur D, et al. Intimate partner violence prevalence and HIV risks among women receiving care in emergency departments: implications for IPV and HIV screening. *Emerg Med J.* 2007;24(4):255-9. DOI:10.1136/emj.2006.041541
6. 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. DOI:10.1007/s10461-005-9007-0
7. Fonseca MGP, Bastos FI. Twenty-five years of the AIDS epidemic in Brazil: principal epidemiological findings, 1980-2005. *Cad Saude Publica.* 2007;23 (Suppl 3):S333-43. DOI:10.1590/S0102-311X2007001500002
8. Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Watts C. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet.* 2006;368(9543):1260-9. DOI:10.1016/S0140-6736(06)69523-8
9. 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.
10. Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending violence against women. *Popul Rep L.* 1999;27(4):1-43.
11. Jewkes R. Intimate partner violence: causes and prevention. *Lancet.* 2002; 359(9315):1423-9. DOI:10.1016/S0140-6736(02)08357-5
12. Karamagi CAS, Tumwine JK, Tylleskar T, Heggenhougen K. Intimate partner violence against women in eastern Uganda: implications for HIV prevention. *BMC Public Health.* 2006;6:284. DOI:10.1186/1471-2458-6-284
13. Kishor S, Johnson K. Profiling domestic violence: a multi-country study. Caverton: ORC Macro; 2004.
14. Kleinbaum DG, Kupper LL, Morgenstern H. Epidemiologic research: principles and quantitative methods. New York: John Wiley & Sons; 1982.
15. Maman S, Mbwapbo LK, Hogan NM, Kilonzo GP, Campbell JC, Weiss E, et al. HIV-positive women report more lifetime partner violence: findings from a voluntary counseling and testing clinic in Dar es Salaam, Tanzania. *Am J Public Health.* 2002;92(8):1331-7.
16. 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. DOI:10.1016/j.genhosppsy.2009.02.004
17. Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, Couto MT, Hanada H, Kiss LB, Durand JG, et al. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. *Rev Saude Publica.* 2007;41(3):359-67. DOI:10.1590/S0034-89102007000300006
18. Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, França-Junior I, Diniz S, Portella AP, Ludermir AB, et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Rev Saude Publica.* 2007;41(5):797-807. DOI:10.1590/S0034-89102007000500014
19. 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. DOI:10.1001/jama.300.6.703
20. Teitelman AM, Ratcliffe SJ, Dichter ME, Sullivan CM. Recent and past intimate partner abuse and HIV risk among young women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2008;37(2):219-27. DOI:10.1111/j.1552-6909.2008.00231.x
21. 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. DOI:10.1023/A:1022359307814
22. 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.

Os autores declaram não haver conflito de interesses.