

Prevenção às DST/HIV/Aids para mulheres em situação de violência doméstica de gênero: uma análise sobre a vulnerabilidade programática

DST / HIV / AIDS for women in domestic gender violence situation: an analysis of the programmatic vulnerability

Maria Fernanda Terra¹, Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira²

Resumo

Objetivo: Este estudo se propõe a analisar as abordagens de prevenção às DST/HIV/Aids voltadas para mulheres em situação de violência doméstica perpetrada por parceiro íntimo ou ex-parceiro. **Material e método:** análise temática dos documentos norteadores da assistência à violência sexual produzidos pelo Ministério da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. **Resultados:** entre os principais resultados estão a falta de priorização e de proposta específica de ações de prevenção às DST/HIV/Aids para mulheres em situação de violência sexual perpetrada por parceiro íntimo, a necessidade de superar a abordagem de prevenção focada na ação individual, tendo o preservativo como a única estratégia efetiva de prevenção, e a necessidade de promover a compreensão de que a violência sexual perpetrada por parceiro íntimo potencializa a vulnerabilidade das mulheres às DST/HIV/Aids. **Discussão:** há uma preocupação descrita nos documentos analisados em orientar os profissionais de saúde para reconhecerem os contextos de vulnerabilidade a que as mulheres estão expostas, com maior atenção para a vulnerabilidade programática; apesar disso, a violência sexual perpetrada por parceiro íntimo se mantém como uma lacuna assistencial que precisa ser corrigida por se apresentar como uma barreira importante para a prevenção das DST/HIV/Aids.

Descritores: HIV, Prevenção de doenças, Violência contra a mulher, Violência sexual

Abstract

Aim: This study aims to analyze the approaches to prevent STD/HIV/Aids in women in situations of domestic violence perpetrated by an intimate partner or ex-partner. **Method:** thematic analysis from the guiding documents of assistance to sexual violence produced by the Ministry of Health and the Municipal Health of São Paulo. **Results:** among the main results are the lack of prioritization and specific proposal of preventive actions against STD/HIV/AIDS for women experiencing sexual violence by an intimate partner, the need to overcome the prevention approach focused on individual action, having condoms as the only effective prevention strategy and the need to promote an understanding that sexual violence by an intimate partner enhances women's vulnerability to DST/HIV/Aids. **Discussion:** We conclude that there is concern in the documents analyzed to guide health professionals to recognize the contexts of vulnerability to which women are exposed, with greater attention to programmatic vulnerability. Nevertheless sexual violence by an intimate partner remains as a care gap that needs to be corrected as it presents an important barrier for the prevention of STD/HIV/Aids.

Keywords: HIV, Disease prevention, Violence against women, Sexual violence

Introdução

As desigualdades de gênero permeiam intensamente a sociedade e impactam de maneira negativa as relações interpessoais, o acesso aos direitos e os processos de reprodução social traduzidos nos modos de vida e trabalho das mulheres. Segundo autoras como Giffin⁽¹⁾ e Schraiber^(2, 3), estas desigualdades sociais podem ser traduzidas em situações de violência que se mostram diferentes para homens e mulheres. Enquanto a maioria dos homens são vítimas de violência

1. Professora Instrutora da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Curso de Graduação em Enfermagem

2. Professora Doutora do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Trabalho realizado: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - Curso de Graduação em Enfermagem / Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva

Endereço para correspondência: Maria Fernanda Terra, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - Curso de Graduação em Enfermagem. Rua: Dr. Cesário Mota Júnior, 61, 9º andar - Vila Buarque, 01221-020 - São Paulo - SP - Brasil. Telefone: (11)3367-7799

na esfera pública, a violência sofrida pelas mulheres se dá com maior frequência no ambiente doméstico, perpetrada principalmente pelo parceiro íntimo, sob condições severas e repetitivas⁽¹⁻³⁾. Hoje se conceitua a maior parte da violência cometida contra as mulheres como violência de gênero, pois sua base está diretamente relacionada às desigualdades entre homens e mulheres na sociedade⁽⁴⁾.

O movimento feminista foi responsável por denunciar o problema da violência contra as mulheres e cobrar políticas públicas⁽⁵⁾. Apesar dos avanços das políticas, os sofrimentos decorrentes da violência doméstica ainda são remetidos ao espaço íntimo e interpretados como um problema exclusivamente das mulheres, principalmente quando os parceiros são bons provedores do lar⁽⁶⁾. Desse modo, a situação de violência se mantém pouco visível apesar das elevadas taxas de prevalência mostradas num estudo realizado no Brasil entre os anos 2000 e 2001 nas regiões de São Paulo e da Zona da Mata de Pernambuco com 2.502 mulheres de 15 a 49 anos, que mostrou que 43% das brasileiras já haviam sofrido violência na vida praticada por um homem, sendo os parceiros ou ex-parceiros os principais agressores, responsáveis por 88% das violências físicas como tapas e empurrões e 79% das violências sexuais⁽³⁾.

A violência doméstica de gênero perpetrada por parceiro íntimo gera adoecimentos de ordem emocional, psicológica e física e aumenta a vulnerabilidade às DST/HIV e Aids já que nas situações de violência a possibilidade de negociar a proteção é quase nula⁽⁷⁻⁸⁾. Estudo realizado para analisar a associação entre a violência por parceiro íntimo e a suspeita ou infecção pelo HIV em serviços de saúde mostrou que a violência grave e reiterada esteve relacionada à soropositividade ao HIV em mulheres, assim como na intensa busca pelos serviços de saúde por elas com queixas vagas, de diferentes naturezas e de difícil resolução^(3, 9-10).

A referência à vulnerabilidade nesse estudo é utilizada por compreender que esse conceito se estrutura com base em três dimensões orientadoras, identificadoras e articuladoras das ações de elementos explicativos para conhecer e responder a determinados problemas de Saúde⁽¹¹⁾; apesar da compreensão de que as três dimensões são indissociáveis: 1) a *dimensão individual*, se refere às possibilidades de um indivíduo adoecer ou se proteger a partir de seus modos de vida e/ou condições biológicas; 2) a *dimensão social* busca focar diretamente os aspectos contextuais que conformam as vulnerabilidades individuais; 3) a *dimensão programática* busca avaliar como as instituições e setores como a saúde, a educação, o bem-estar social e a cultura contribuem para reduzir, reproduzir ou aumentar as condições de vulnerabilidade⁽¹¹⁻¹²⁾.

A dimensão programática busca apresentar como

as instituições, principalmente os serviços de saúde, de educação, de bem estar social e cultural contribuem para potencializar melhorias nas condições de vida dos indivíduos atendidos a partir dos compromissos das políticas públicas, atitudes e competências dos gestores e servidores para a produção de cuidado e autonomia em parceria com os usuários atendidos⁽¹¹⁾.

Desde o ano de 1998, o Ministério da Saúde tem se preocupado com o tema da violência contra as mulheres e produzido documentos norteadores da atenção à saúde no país, especialmente dirigidos às mulheres vítimas de violência sexual. A oferta da Norma Técnica para a prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual foi um dos primeiros documentos assistenciais propostos no Brasil pelo Programa Nacional de Combate à Violência contra a Mulher⁽¹³⁾. Apesar da violência sexual perpetrada por estranhos ser um grave problema, estudos mostram que a violência sexual ocorre frequentemente no ambiente doméstico e é perpetrada principalmente pelo parceiro ou ex-parceiro⁽³⁾.

Objetivo

Analisar a vulnerabilidade programática de mulheres em situação de violência doméstica de gênero perpetrada por parceiro íntimo, ou ex-parceiro às DST/HIV/Aids por meio da análise temática das abordagens de prevenção constantes em documentos técnicos norteadores da atenção à saúde para vítimas de violência sexual.

Material e método

Utilizou-se como material empírico os documentos normativos produzidos pelo Ministério da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, distribuídos aos serviços de saúde para serem utilizados na atenção à saúde das mulheres em situação de violência sexual, publicados no período de 2007 a 2011. Não foram encontradas publicações específicas distribuídas pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Foram selecionados os documentos: *Caderno de violência doméstica e sexual contra a mulher*⁽¹⁴⁾, *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: Norma Técnica*⁽¹⁵⁾ e *Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva/ Atenção às pessoas em situação de violência doméstica e sexual*⁽¹⁶⁾ por serem os manuais atualizados que orientam a prática assistencial. Esses documentos, apesar de não fornecerem orientações assistenciais que contemplem todos os tipos de violência atendidas, principalmente quando perpetrada por parceiro íntimo, eles são fartamente distribuídos e orientam o fazer profissional⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

Da análise documental nas fontes primárias

dos materiais analisados, foram organizadas as informações que compuseram os dados secundários organizadas a partir de fichamentos sob o propósito de analisar os conteúdos apresentados e a manipulação das mensagens para evidenciar as categorias que permitiram discutir o tema desse artigo⁽¹⁸⁻¹⁹⁾. As leituras e fichamentos tiveram papel central. Para cada documento foi criada uma ficha de leitura contendo o resumo, referência da publicação, além de algumas transcrições de trechos a serem utilizados posteriormente. Após a fase exploratória do material empírico, foram realizadas novas leituras para classificar os temas e as ideias-chave dos dados secundários; posteriormente realizaram-se os agrupamentos dos conteúdos nas categorias para permitir apresentar os resultados, que foram: (1) *definição de violência contra a mulher e impactos na saúde*; (2) *a resposta dos serviços e profissionais na assistência às mulheres*; (3) *intervenções no campo da prevenção às DST/HIV/Aids nas mulheres*. Para facilitar a referência aos materiais analisados, cada um deles recebeu um código que se apresenta em negrito logo abaixo: *Caderno de violência doméstica e sexual contra a mulher – Caderno*⁽¹⁴⁾, *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: Norma Técnica – Norma Técnica*⁽¹⁵⁾ e *Atenção às pessoas em situação de violência doméstica e sexual. In: Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva – Norteador*⁽¹⁶⁾.

Resultados

Definição de violência contra a mulher, impactos na saúde e o uso dos serviços

Os três documentos analisados utilizam o termo violência contra a mulher conforme a definição proposta pela Conferência Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará): *todo ato baseado em gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico a mulher, tanto na esfera pública ou privada*. Esta incorporação mostra a importância desta conferência na formulação das Políticas Públicas de Saúde no Brasil voltadas ao combate da violência de gênero contra a mulher. O documento **Caderno** complementa a definição de violência contra a mulher ao classificá-la como violência de gênero, ao referir que: *“(...) a violência de gênero é um problema mundial ligado ao poder, privilégios e controles masculinos. (...) Seu efeito é, sobretudo social, pois afeta o bem-estar, a segurança e a possibilidade de educação, desenvolvimento pessoal e autoestima das mulheres”*⁽¹⁴⁾.

Este documento citado considera que há dificuldades em detectar as situações de violência sexual perpetrada pelo parceiro, pois *“(...) no casamento, a mulher é constrangida a manter relações sexuais como*

parte de suas obrigações de esposa”⁽¹⁴⁾. A socialização das mulheres ainda se estabelece sobre a regra de que a relação sexual faz parte do papel da mulher no casamento, independentemente de sua vontade, e esse contexto aumenta a situação de vulnerabilidade das mulheres às doenças já que elas têm pouca ou nenhuma possibilidade para negociar a frequência das relações sexuais ou o uso de preservativos⁽²⁰⁾. Este documento reforça que as condições de desigualdade social entre homens e mulheres eleva a situação de vulnerabilidade às DST/HIV/Aids, principalmente às mulheres e lembra da importância de que os serviços de saúde compreendam que a violência deve ser visibilizada na prática assistencial.

A resposta dos serviços e profissionais na assistência às mulheres

O Brasil firmou compromisso na garantia de cidadania e promoção de equidade de gênero ao criar em 1989 o primeiro serviço de saúde especializado no atendimento às vítimas de violência sexual⁽²¹⁾, além de produzir documentos norteadores da assistência às vítimas. Os três documentos analisados referem que os serviços de saúde devem zelar pelos Direitos Humanos, reconhecer e responder às necessidades em saúde da população a partir da identificação de situações de violência, de vulnerabilidades às DST/HIV/Aids e gravidez indesejada, pois, a violência sexual influencia no uso de métodos contraceptivos e na adoção de práticas de autocuidado, assim como tem grande impacto sobre o estado psicológico da mulher⁽¹⁶⁾.

Apesar da referência ao problema da violência doméstica, nenhum dos documentos analisados descreve ações específicas de prevenção às DST/HIV/Aids para as mulheres com história de violência sexual perpetrada por parceiro íntimo, apesar do reconhecimento do papel dos serviços em dar visibilidade à violência sofrida pelas mulheres: *“(...) a assistência nos serviços de saúde requer a observância de determinadas condições e providências para garantir as diferentes etapas do atendimento”*⁽¹⁴⁾; *“... responsabilidade na garantia de seus direitos humanos, haja vista que a maioria tem contato com o sistema de saúde, em algum momento, mesmo que por razão distinta da agressão”*⁽¹⁵⁾.

Os documentos, de maneira geral, abordam a importância da articulação dos serviços da rede assistencial em oferecer o apoio necessário às mulheres e diminuir a invisibilidade da violência nas instituições. Apesar dos documentos referirem que a rede deve fazer parte da assistência prestada às mulheres em situação de violência, não há indicações claras e precisas sobre o papel dos serviços de saúde e os demais locais a serem buscados por elas, ou como articular

a referência e a contra referência, comprometendo a operacionalização da assistência, deixando esta ação como algo a ser pensado individualmente pelos municípios, serviços ou profissionais.

Intervenções no campo da prevenção as DST/HIV/Aids às mulheres

Dentre as ofertas às demandas descritas nos protocolos **Caderno** e **Norma Técnica** estão: a anticoncepção de emergência e a profilaxia das DST/HIV/Aids, mas que são intervenções que não se aplicam facilmente aos contextos das mulheres que sofrem violência sexual reiterada, perpetrada por parceiro ou ex-parceiro. Para estas situações, os documentos **Norma Técnica** e **Norteador** apontam para a necessidade do apoio continuado para "(...) traçar um plano terapêutico individual de acordo com as necessidades de cada situação"; mas sem descrever quais são as abordagens possíveis de serem utilizadas nesses casos. O documento **Norteador** refere que os profissionais de saúde devem conhecer as leis e as normas assistenciais para ajudar no acolhimento das mulheres, orientando-as sobre direitos e sobre a rede de apoio, contribuindo para dar visibilidade à violência perpetrada pelo companheiro no contexto da prevenção da infecção pelo HIV. Neste contexto, o documento avança ao apresentar a necessidade de que a situação de violência não seja vista pontualmente, mas que a investigação sobre a sua ocorrência seja contínua e faça parte do processo assistencial nos serviços de saúde e nos serviços da rede a partir de um plano assistencial comum, pautado nos pressupostos da garantia de direitos e da equidade de gênero.

O documento **Norteador** refere que a violência perpetrada pelo companheiro é relevante nas "situações de suspeita e confirmação da infecção pelo HIV"⁽¹⁶⁾. Para os casos de violência perpetrada pelo companheiro, o documento **Norma técnica** foi o único que abordou esta situação, e propôs: "(...) alertar a pessoa quanto às medidas de proteção individual, formas de defesa e, sobretudo, orientar condutas que evitem maiores danos. Se a violência contra a mulher é perpetrada por parceiro íntimo é preciso avaliar a necessidade de acompanhamento e proteção, no sentido de garantir socorro e abrigo a ela e aos filhos, quando necessário (...)"⁽¹⁵⁾.

Discussão

Estudos^(3,10,21) mostram que a abordagem do tema da violência na atenção à saúde é reduzida ou nula, não aparecem descritas nos prontuários das usuárias e, conseqüentemente, as respostas às demandas e necessidades das mulheres se distanciam da integralidade

esperada na assistência em saúde. Uma das estratégias para a prevenção das DST/HIV/Aids é o uso do preservativo nas relações, mas que é pouco utilizado pelas mulheres e homens nos relacionamentos prolongados e nos contextos conjugais marcados pela violência⁽²²⁾.

Apesar da busca por ajuda, as mulheres podem continuar a viver com seus companheiros por longos períodos. As mudanças significativas podem demorar a acontecer, portanto, a assistência deve basear-se na identificação de condições de risco de vida e apoiá-las, fortalecer e compartilhar projetos assistenciais, a partir do referencial da garantia dos direitos, da não culpabilização e da emancipação das mulheres⁽²³⁾. Nesta perspectiva, pode-se fazer uso da tecnologia do aconselhamento que é embasada no "apoio emocional, educativo, na troca de informações, na avaliação de riscos e na elaboração de um plano de redução desses riscos, baseado nas necessidades, circunstâncias e habilidades do usuário"⁽²⁴⁻²⁵⁾. No campo da prevenção às DST/HIV/Aids se faz necessário incluir a sexualidade como dimensão da vida, determinada pelo contexto individual, social e cultural dos indivíduos⁽²⁶⁾.

A partir do conceito da vulnerabilidade é possível reconhecer que sofrer violência sexual perpetrada por parceiro íntimo, compreendida como violência de gênero, não é um problema individual de cada mulher, mas está diretamente relacionado com as crenças e valores reproduzidos socialmente, reiterando as desigualdades de gênero que aumentam a situação de vulnerabilidade das mulheres às DST/HIV/Aids, à violência, dentre outras violações. Há uma preocupação descrita nos documentos analisados em orientar os profissionais de saúde para reconhecerem os contextos de vulnerabilidade a que as mulheres estão expostas, com maior atenção para a vulnerabilidade programática. A existência de documentos norteadores, mesmo que não considerem especificamente as violências sexuais perpetradas por parceiro íntimo, é uma importante estratégia assistencial para legitimar a responsabilidade do setor saúde sobre o problema da violência e permitir o reconhecimento dos impactos deste sobre a saúde das mulheres, além de reforçar a necessidade de que este problema seja visibilizado; apesar disso, essa lacuna assistencial precisa ser corrigida, pois a violência sexual perpetrada por parceiro íntimo também se apresenta como uma barreira importante para a prevenção das DST/HIV/Aids⁽²⁶⁾.

Cabe aos serviços de saúde reconhecer que as desigualdades de gênero impactam intensamente a vida e a saúde das mulheres e que a partir do pilar da integralidade, identifiquem os contextos que aumentam essas vulnerabilidades, seja nos espaços públicos ou privados, de modo a prestar um cuidado que contribua para a manutenção ou retomada da qualidade

de vida e da garantia de uma vida plena no âmbito dos direitos das mulheres.

Referências bibliográficas

1. Giffin K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. *Cad Saúde Pública*. 1994; 10(sup 1):146-55.
2. Schraiber LB, d'Oliveira A FPL, Fraça-Junior I, Pinho AA. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36:470-7.
3. Schraiber LB, d'Oliveira A FPL, Fraça-Junior I, Diniz S, Portela AP, Ludermir AB, et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41:797-807.
4. Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, Portella AP, Menecucci E. Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009; 14: 1019-27.
5. Piovesan F. Direitos Humanos das mulheres: proteção internacional e constitucional. In: Bertoldi MR, Oliveira KCS. *Direitos fundamentais em construção: estudos em homenagem ao ministro Carlos Ayres Britto*. Belo Horizonte: Fórum; 2010. p. 81-95.
6. Barros C, Shraiber LB, França-Junior I. Associação entre violência por parceiro íntimo contra a mulher e infecção por HIV. *Rev Saúde Pública*. 2011; 45:365- 72.
7. Schraiber LB. Violência contra as mulheres e políticas de saúde no Brasil: o que podem fazer os serviços de saúde? *Revista USP*. 2001; 51: 104-13.
8. Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, Hanada H, Figueiredo W, Couto MT, Kiss L, et al. Violência vivida: a dor que não tem nome. *Interface Comun Saúde Educ*. 2003;7:41-54.
9. Schraiber LB, Barros CRS, Castilho EA. Violência contra as mulheres por parceiros íntimos: usos de serviços de saúde. *Rev Bras Epidemiol*. 2010;13(2): p. 237-45.
10. Ayres JRM, França-Junior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.117-39.
11. Ayres JRCM. Prevenção de Agravos, Promoção da Saúde e Redução da Vulnerabilidade. In: Martins MA, Carrilho FJ, Alves VA, Castilho CG, Wen CL, organizadores. *Clínica Médica*. 1ª ed. Barueri: Manole; 2009. v. 1. p. 437-455.
12. Seffner F. O conceito de vulnerabilidade: uma ferramenta útil em seu consultório. *Aletheia*. 1998;7:53-8.
13. Brasil. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Política nacional de enfrentamento à violência contra as mulheres. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres 2011. 45p. (Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres).
14. São Paulo (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde – CODEPPS. *Caderno de violência doméstica e sexual contra a mulher*. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde; 2007. 103p.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica*. 3ª. ed. atual. ampl. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 124p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno n. 6)
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção às pessoas em situação de violência doméstica e sexual*. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde sexual e saúde reprodutiva*. Brasília: Ministério de Saúde, 2013. p. 257-76.
17. Severino AJ. *Metodologia do trabalho científico*. São Paulo: Cortez; 2002. 279p.
18. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2009. 281p.
19. Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cad Saúde Pública*. 1993; 9:239-48.
20. Dantas-Berger S, Giffin K. A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? *Cad Saúde Pública*. 2005; 21:417-25.
21. Schraiber LB, d'Oliveira AFPL. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. *Interface Comun Saúde Educ*. 1999; 3:11-26.
22. Kronbauer JFD, Meneghel SN. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39:695-701.
23. 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. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14:1037-50.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Aconselhamento em DST, HIV e Aids: Diretrizes e procedimentos básicos*. Brasília: Ministério da Saúde; 1999. 21p.
25. Paiva V. Sem mágicas soluções: a prevenção e o cuidado em HIV/Aids e o processo de emancipação psicossocial. *Interface Comun Saúde Educ*. 2002; 6:25-38.
26. World Health Organization. Department of Gender, Women and Health. Department of HIV/Aids. *Addressing violence against women in HIV testing and counselling: A meeting reports* Geneva, 16–18 January 2006. Geneva: WHO; 2006. 60p.

Trabalho recebido: 06/05/2015

Trabalho aprovado: 29/10/2015