

A PARCERIA SEXUAL NA VISÃO DE MULHERES PORTADORAS DO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA – HIV

SEXUAL PARTNERSHIP ACCORDING TO WOMEN WITH THE HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS

*Elucir Gir¹, Silvia RMS Canini¹, Milton J Carvalho²,
Marinésia AP Palos³, Renata K Reis¹, Geraldo Duarte⁴*

RESUMO

Introdução: vários fatores influenciam a vulnerabilidade da mulher para a aquisição do HIV, dentre eles baixa percepção de risco e desconhecimento sobre comportamentos de risco de sua parceria sexual. **Objetivo:** investigar a percepção de mulheres portadoras do HIV/aids sobre comportamentos de risco para aquisição de infecção e sua parceria sexual. **Métodos:** estudo descritivo exploratório realizado no ambulatório de moléstias infecto-contagiosas de ginecologia de um hospital-escola do interior paulista. Entrevistaram-se 50 mulheres portadoras do HIV, em seguimento clínico puerperal, adotando-se um roteiro de entrevista. Utilizou-se o programa EPI-INFO 6.0, para a análise dos dados. **Resultados:** as mulheres investigadas apresentaram baixa percepção sobre riscos para aquisição do HIV/aids: 36 (72%) delas tiveram conhecimento de sua infecção, casualmente, e 33 (66%) relataram não ter nenhum comportamento de risco para a aquisição desse vírus. Para 42 (84%) mulheres, a aquisição do HIV foi atribuída à via sexual, e a maioria considerou o primeiro ou o segundo parceiro como o infectante. Dentre os aspectos do comportamento do parceiro tido como “infectante”, as mulheres citaram fatores de riscos isolados; a maioria, 38 (76,0%), relatou mais de um fator de risco associado. **Conclusão:** a prevenção da transmissão sexual deve-se constituir numa das principais metas dos programas de educação em saúde, buscando sensibilizar os indivíduos a adotarem comportamentos mais sexuais seguros. Com crescente aumento de HIV/aids entre a população feminina, não apenas estratégias preventivas específicas devem ser direcionadas a essa clientela, também deve haver a conscientização masculina sobre a sua co-responsabilidade pela saúde sexual e reprodutiva de suas parceiras.

Palavras-chave: HIV, mulheres, comportamento sexual

ABSTRACT

Introduction: various factors influence the vulnerability of women to acquire HIV, including low perceived risk and lack of knowledge about their sexual partners' risk behaviors. **Objective:** examine how women with HIV/aids perceive risk behaviors related to acquiring the infection and to their sexual partners. **Methods:** a descriptive and exploratory study was carried out at the outpatient clinic for infectious-contagious diseases and gynecology of a teaching hospital in the interior of São Paulo State. We interviewed 50 women with HIV, who were under clinical follow-up during the puerperium, using an interview script. EPI-INFO 6.0 was used for data analysis. **Results:** participants presented low perceived risk to acquire HIV/aids; 36 (72%) of them found out about their infection by chance and 33 (66%) informed they did not perform any risk behavior to acquire this virus. Forty-two women (84%) attributed their HIV infection to sexual intercourse, and most of them considered their first or second partner as the source of infection. As to the aspects of their partners' behavior considered as a “source of infection”, these women mentioned isolated risk factors, and 38 of them (76.0%) indicated more than one associated risk factor. **Conclusion:** health education programs should adopt prevention of sexual transmission as one of their main targets, with a view to making people aware of the need to adopt safe sexual behavior. In view of the advancement of HIV/aids in the female population, specific prevention strategies need to be directed at this clientele, and men need to be made aware of their co-responsibility for the sexual and reproductive health of their partners.

Keywords: HIV, women, sexual behavior

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 18(1): 53-57, 2006

INTRODUÇÃO

A mudança do perfil epidemiológico da transmissão sexual do vírus da imunodeficiência humana (HIV), da categoria homossexual para a heterossexual, registrou-se de modo expressivo com a inserção das mulheres no curso da epidemia da aids, constatada pela proporção de infecção pelo HIV homem/mulher de 16:1, no

início da epidemia, chegando a 1,5:1, nos últimos anos. A aids foi a principal causa de mortalidade entre mulheres maiores de 13 anos, no estado de São Paulo, em 2004, apontando a magnitude com que a doença atingiu a população feminina (94,8% dos óbitos)¹.

Até o final da década de 1980, as mulheres não haviam adquirido ainda “visibilidade” quanto à expansão da epidemia da aids, vista até então como uma doença de homossexuais masculinos de usuários de drogas injetáveis e de hemofílicos/transfundidos, os chamados grupos de risco². Esta concepção marcou a história da epidemia da aids, no Brasil, e contribuiu para a sua disseminação entre as pessoas que não se incluíam no grupo de risco, particularmente as mulheres. Os papéis de gênero, que determinam as funções sociais de homens e mulheres na sociedade podem con-

¹Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Departamento de Enfermagem Geral e Especializada – Núcleo de Aids e Doenças Sexualmente Transmissíveis (NAIDST).

²Faculdade de Medicina do ABC Paulista.

³Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem.

⁴Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.

tribuir para a vulnerabilidade destas últimas visto que a utilização de um dos métodos de prevenção para a aquisição do HIV, o preservativo masculino, depende da concordância dos homens. Também o preservativo feminino desponta como método que beneficia e protege as mulheres contra a concepção e a aquisição do HIV, porém seu uso nem sempre é uma realidade, mesmo entre as que têm parceiro soronegativo ao HIV³⁻⁵.

O número de mulheres com aids, no Brasil, mostra que apesar da ampla divulgação da epidemia, esta clientela tem dificuldade para mudar seus hábitos, mesmo sendo as vias de transmissão do HIV conhecidas por grande parte das mulheres, o que ocorre é que os fatores psicossociais que favorecem a aquisição do vírus pelas mulheres, devem ser mais bem enfocados e divulgados a essa população, pois se bem compreendidos poderão dar maior efetividade aos atuais programas de prevenção⁶.

OBJETIVOS

Identificar aspectos da vulnerabilidade da mulher portadora do HIV/aids quanto à sua percepção acerca dos fatores e dos comportamentos de risco para a infecção do HIV/aids e sua parceria sexual.

MÉTODOS

A população-alvo deste estudo descritivo exploratório foi constituída por 305 mulheres soropositivas ao HIV-1, em seguimento clínico puerperal no Ambulatório de Moléstias Infecto-Contagiosas da Ginecologia de um hospital-escola do interior paulista. A população de acesso, na realidade, foi composta por 258 mulheres, devido à exclusão das que foram a óbito no período de seguimento. A amostra, então, contou com 50 mulheres soropositivas ao HIV-1, número que correspondeu a 19,4% da população de acesso.

A seleção das mulheres foi feita por meio de uma tábua de números randômicos. A cada mulher foi atribuído um número e quando uma delas não se enquadrava em algum dos itens de inclusão, sorteava-se outro número.

Fizeram parte da pesquisa as mulheres soropositivas ao HIV-1 em que pelo menos uma de suas gestações tivesse resultado em feto vivo, com atendimento feito no referido hospital; compareceram aos retornos médicos no ambulatório especializado; receberam o diagnóstico de infecção pelo HIV-1 antes ou durante o pré-natal ou na ocasião do parto; conhecessem sua condição sorológica há pelo menos 6 meses; concordaram em participar da pesquisa e que apresentaram condições clínicas e/ou emocionais para participar da entrevista.

Elaborou-se um roteiro de entrevista semi-estruturado, que foi submetido à validação de forma e conteúdo por três profissionais especialistas na temática. As entrevistas tiveram duração de 30 a 50 minutos, com média de 40 minutos, e foram realizadas no próprio ambulatório, na ocasião do retorno médico agendado. Expliou-se o objetivo do trabalho a cada um dos sujeitos e solicitou-

se sua aquiescência formal para a gravação da entrevista, sendo também assegurado o seu anonimato.

Os dados complementares foram obtidos por meio de consulta ao prontuário de cada paciente e o presente estudo teve início após a sua aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa do referido hospital. Utilizou-se o EPI-INFO 6.0 para armazenar e analisar os dados, tratados através de porcentagem simples, média, moda ou tratados através de porcentagem simples, média, moda e teste de significância entre duas proporções.

RESULTADOS

Quanto aos dados sociodemográficos das mulheres, identificou-se que, em relação ao estado civil, 22 (44%) delas eram amasiadas; 14 (28%), solteiras; 10 (20%), casadas e 4 (8%), viúvas. A faixa etária predominante em 33 (66%) pacientes era de 22 a 27 anos, ficando a idade modal em 22 anos e a média em 25,1 anos. Dentre os indivíduos, de um modo geral, o intervalo entre 15 e 49 anos é o que abriga maior número de casos com infecção pelo HIV, em todo o mundo².

Com relação ao grau de escolaridade, 2 (4%) mulheres eram analfabetas; 42 (84%) tinham o ensino fundamental incompleto; 4 (8%), ensino médio incompleto; 1 (2%), ensino médio completo e 1 (2%), ensino superior incompleto.

Quando questionadas sobre o tempo decorrido desde o resultado do teste que revelou a sua soropositividade ao HIV até o momento da entrevista, observou-se uma variação de 6 meses a 6 anos e 11 meses (**Tabela 1**).

Com relação ao motivo que as levou a realizar o teste sorológico anti-HIV, 30 (60%) mulheres relataram como motivo a gravidez ou a ocasião do parto; apenas 7 (14%) o realizaram por iniciativa própria (**Tabela 2**).

As respostas alocadas na Tabela 2 podem se categorizadas em dois grupos: o que conduz a um diagnóstico por acaso e o sugestivo. Nesse sentido, observa-se que a maioria das mulheres investigadas soube da sua condição de portadora do HIV em diferentes situações. Se se considerarem as respostas "iniciativas da paciente" (7%-14%) e edido do médico porque o parceiro era suspeito ou confirmado como soropositivo" (7%-14%), como

Tabela 1 - Distribuição das respostas atribuídas por 50 mulheres soropositivas ao HIV-1, segundo o tempo de conhecimento do diagnóstico. Ribeirão Preto, 1998

Tempo de conhecimento do diagnóstico	n	(%)
6 a 11 meses	9	18
1 ano a 1 ano e 11 meses	8	16
2 anos a 2 anos e 11 meses	8	16
3 anos a 3 anos e 11 meses	5	10
4 anos a 4 anos e 11 meses	13	26
5 anos a 5 anos e 11 meses	6	12
6 anos a 6 anos e 11 meses	1	2
TOTAL	50	100

Tabela 2 – Distribuição das respostas atribuídas por 50 mulheres soropositivas ao HIV-1, segundo os motivos que determinaram a realização do teste anti-HIV-1. Ribeirão Preto, 1998

Motivo do 1º teste	N	N°	f(p)	f(p')	Z	α
Pedido médico – pré-natal/parto	30	30	0,60	0,60	3,33	< 0,001
Pedido médico – DST	1		0,02			
Pedido médico – parceiro HIV/suspeito	7		0,14			
Aborto	1		0,02			
Iniciativa da paciente	7	20	0,14	0,40		
Triagem – banco de sangue	1		0,02			
Triagem cadeia	2		0,04			
Problemas clínicos gerais	1		0,02			
TOTAL	50		1,0		1,00	–

Tabela 3 – Distribuição das respostas atribuídas por 50 mulheres portadoras do HIV-1, segundo o número do parceiro sexual tido como “infecante”. Ribeirão Preto, 1998

Nº do parceiro considerado “contaminador”	N	n°	f(p)	f(p')	Z	α
1º	15	0,30	30	0,68	6,0	< 0,001
2º	19	0,38	38			
3º	2	0,04	4			
4º	5	0,10	10	0,32		
5º	3	0,06	6			
Não sabe	6	0,12	12			
TOTAL	50	1	100		1,00	–

Tabela 4 – Distribuição das respostas atribuídas por 50 mulheres soropositivas ao HIV-1, no que diz respeito ao número do parceiro tido como infectante e o número de parceiros total. Ribeirão Preto, 1998

Nº total de parceiros	Número de parceiro(s) tido(s) como infectante(s)								Total
	1º	2º	3º	4º	5º	NS*	I *	NH*	
1	6	0	0	0	0	0	1	0	7
2	5	10	0	0	0	0	0	0	15
3	1	8	1	0	0	0	0	0	10
4	0	1	0	3	0	2	0	0	6
5	2	0	1	2	2	0	0	0	7
6	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Não sabe	0	0	0	0	0	2	0	1	3
≥ 7	1	0	0	0	0	0	0	0	1
TOTAL	15	19	2	5	3	4	1	1	50

* NS = Não sei; I = indeterminado; NH = nenhum.

Tabela 5 – Distribuição dos fatores/marcadores de risco (isolados ou associados) à infecção pelo HIV-1 referidos pelas mulheres enquanto fatores próprios, do parceiro tido como infectante e do parceiro dos últimos 6 meses. Ribeirão Preto, 1998

Fator de Risco	Paciente	Parceiro infectante	Parceiro dos últimos 6 meses
Droga EV	2 (4)	12 (24)	3 (6)
Vários parceiros	6 (12)	6 (12)	2 (4)
Não sabe	–	12 (24)	26 (52)
DST	2 (4)	–	1 (2)
Droga EV + vários parceiros	2 (4)	13 (26)	6 (12)
Nenhum	33 (66)	–	–
Vários parceiros + DST	1 (2)	1 (2)	–
Vários parceiros + alcoolismo	1 (2)	2 (4)	1 (2)
Transfusão + droga EV	1 (2)	–	–
Droga EV + álcool + vários parceiros	2 (4)	3 (6)	–
Droga EV + vários parceiros + DST	–	1 (2)	2 (4)
Não tem parceiro	–	–	9 (18)
TOTAL	50 (100)	50 (100)	50 (100)

Droga EV = uso endovenoso e compartilhado de droga ilícita; DST = doença sexualmente transmissível.

motivos “sugestivos”, tem-se um total de 14 (28%) indivíduos, daí conclui-se que 36 (72%) mulheres souberam da sua infecção casualmente.

Assim, constata-se que o número de mulheres que teve conhecimento de seu diagnóstico de infecção casualmente, durante o pré-natal ou parto, é significativo (teste entre proporções, $z = 3,33$) o que confirma a hipótese de que a proporção desse segmento é muito maior que de todos os outros motivos mencionados pelas mulheres, sujeitas desta investigação, para conhecimento do seu diagnóstico de portadora de HIV.

Sobre a via de aquisição do HIV, 42 (84%) mulheres mencionaram o sexo; 5 (10%) associaram sexo e exposição sanguínea e 3 (6%) não souberam informar como se infectaram.

Com relação aos seus parceiros sexuais, questionou-se qual número ordinal corresponderia ao parceiro que ela considerava como infectante. Em resposta, 15 (30%) mulheres referiram ter se infectado com o primeiro parceiro sexual; e 19 (38%, no relacionamento com o segundo parceiro e 10 (20%) mulheres indicaram o terceiro, o quarto ou o quinto parceiro como infectantes. As demais afirmaram não saber o número correspondente, devido à multiplicidade de parceiros, ou ainda por não terem certeza se a aquisição do vírus foi realmente pela via sexual (**Tabela 3**).

Uma proporção significativa de mulheres atribuiu o evento infectante ao parceiro de número 1 ou 2, hipótese que foi aceita ($z = 6,0$). É perfeitamente compreensível que algumas mulheres indicaram o seu primeiro parceiro como o infectante, pois tiveram apenas ele e, tampouco, estiveram expostas a outros fatores de risco; estas só souberam da sua condição de portadora do vírus, posteriormente.

Na **Tabela 4**, observa-se a distribuição do número de parceiros tidos como infectantes, em relação ao número total de parceiros. Surpreenderam, entretanto, as respostas de 10 mulheres que referiram como infectante o seu segundo parceiro. Questiona-se como isso é possível, se desconheciam a condição sorológica do antecedente. O fato de a condição sorológica do segundo ter sido definida, não isenta os antecessores não-testados, que poderiam ser também soropositivos.

Os fatores e/ou marcadores de risco isolado ou associado da paciente e do parceiro tido como infectante e dos parceiros dos últimos 6 meses estão apresentados na **Tabela 5**. Quanto às mulheres, observou-se que pelo menos 33 (66%) referiram não apresentar nenhum fator de risco intrínseco para contrair o HIV, citando seu fator de risco como extrínseco, representado por seu parceiro sexual.

Considerando-se o aspecto previamente apresentado de que 15 (30%) mulheres citaram como causa de contaminação o primeiro parceiro sexual, e outras 19 (38%) o segundo, nota-se claramente a baixa percepção de risco que estas mulheres têm, fator importante para sua vulnerabilidade à infecção pelo HIV. As outras 16 participantes apresentaram outros fatores ou marcadores de risco, com destaque para o indicativo de terem pelo menos cinco parceiros sexuais.

No que diz respeito ao parceiro tido como “infectante”, 38 (76%) mulheres citaram fatores de riscos isolados ou associados para estes, e 12 (24%) informaram não conhecer o fator de risco do parceiro. Destaca-se que cinco mulheres citaram como via de

aquisição a sexual, associada à sanguínea e três não souberam precisar a via de contágio.

Compartilhar drogas por via endovenosa foi o fator de risco mais citado para o parceiro infectante, seguido pelas parcerias sexuais múltiplas.

Quanto ao número de parceiros sexuais, após conhecimento da soropositividade, 25 (50%) mulheres informaram que continuaram se relacionando apenas com um parceiro, ou seja, o atual na época da entrevista; 17 (34%) afirmaram ter tido um novo parceiro; 4 (8%), dois novos parceiros; 1 (2%), quatro parceiros, e 2 (4%), acima de seis. Um dado que merece destaque refere-se a uma das mulheres, que mencionou um número incontável de parceiros. Pelo exposto, evidencia-se que 24 (48%) delas tiveram pelo menos um novo parceiro após seu diagnóstico, o que mostra a necessidade de se desenvolverem trabalhos educativos e preventivos voltados a essa população.

Das 41 mulheres que tinham parceiro na época da entrevista, 25 (61%) não souberam referir se ele apresentava ou não algum fator de risco; isto evidencia que, provavelmente, certa parcela destas pessoas não revelou seus reais comportamentos de risco. Por outro lado, alguns destes parceiros poderiam estar isentos de fatores intrínsecos e caso este relacionamento tivesse ocorrido de maneira desprotegida poder-se-ia constituir num fator de risco para o HIV e outras DST.

Ao serem questionadas sobre o uso de preservativo, a maioria informou que nunca o usara antes do diagnóstico, e que mesmo após o conhecimento do diagnóstico exerciam práticas sexuais desprotegidas, não usando o preservativo sistematicamente. A persistência da subestimação da infecção pelo HIV também é evidenciada pela falta de interesse em buscar fatores de risco em seu parceiro e pela sua despreocupação em relação às doenças sexualmente transmissíveis (DST), de modo geral.

DISCUSSÃO

Parcela importante das mulheres declarou-se casada; o estado civil pode ser considerado uma importante condição social, uma vez que confere ao indivíduo uma série de papéis sociais, porém não é um bom parâmetro para avaliar a atividade sexual ou o tipo de parceria.

Os avanços tecnológicos e científicos possibilitaram mudanças tanto no modo como nas condições para a realização do diagnóstico da soropositividade ao HIV, ou seja, abreviaram os resultados dos testes anti-HIV, e ampliaram a rede de serviços especializada em aids.

Em muitos casos, os testes não são feitos voluntariamente⁷ e o motivo de maior relevância para as mulheres se submeterem ao teste sorológico inclui a gravidez ou o parto, predominantemente. Isso reforça a importância da realização do pré-natal e de se oferecer a sorologia anti-HIV a todas as gestantes, independentemente de relatarem ou não fatores de risco para a sua aquisição.

Vale salientar que nos relacionamentos heterossexuais, as mulheres, em sua maioria, tendem a manter relações exclusivas com seus parceiros, embora a recíproca nem sempre seja verdadeira. Chama a atenção o perigo que correm por encararem dessa

forma o seu relacionamento com o parceiro; por acreditarem em sua exclusividade como parceira sexual, não o identificam como risco para a infecção pelo HIV.

Ainda hoje muitas mulheres apresentam dificuldade para compreender que o companheiro sexual pode ser aquele que lhe traz “perigo”. No entanto, pelas explicações dadas sobre a baixa percepção de risco que têm, percebe-se a necessidade de se elaborar um programa que discuta o papel da mulher na sociedade, em busca de uma visão mais igualitária nas relações homem/mulher na sociedade⁶.

Foi notável observar como as mulheres reforçaram o “-achismo”, ao citarem as características físicas do primeiro parceiro como motivo para este não ter sido considerado como o infectante.

O uso de drogas injetáveis através de materiais compartilhados, de acordo com o Ministério da Saúde do Brasil, é responsável por 22% dos casos notificados de contaminação pelo HIV. Ainda, segundo o próprio Ministério, a situação é preocupante uma vez que estes números estão em ascensão, e esta via de transmissão vem sendo responsabilizada pela alteração contínua do perfil da epidemia. Além disso, a rápida expansão do uso de drogas, como o *crack*, e sua associação com a prostituição e a violência, são fatores adicionais de vulnerabilidade das pessoas para aquisição das DST/Aids⁸.

O panorama atual do uso de drogas mostra que as mulheres ainda subestimam o consumo destas pelos seus parceiros, isto porque não os vêem como um fator de risco para a aquisição do HIV. Quanto ao álcool, este não é entendido como um fator de risco, propriamente dito, mas sim como uma condição ou um marcador que pode deixar a pessoa vulnerável a outros possíveis fatores de risco. Para estas pacientes, a parceria sexual múltipla constituiu-se em fator de risco modal, seguido pelo uso de drogas endovenosas.

Quanto à presença de outras DST, elas são obviamente um marcador de risco epidemiológico, pois indiretamente sinalizam a via sexual como porta de entrada para o HIV⁹; no entanto, poucas mulheres entrevistadas reconheceram as DST como fatores de risco em seus parceiros.

Constatou-se que muitas mulheres portadoras do HIV desempenham comportamento sexual inseguro, independentemente de conhecerem ou não as vias de transmissão e as maneiras de prevenção, por isso é importante considerar as informações corretas, o que não basta. Fatores como a baixa percepção de risco das mulheres investigadas, a falta de conhecimento sobre os comportamentos da parceria sexual e o descaso quanto à utilização de medidas de proteção mostram a vulnerabilidade feminina para a aquisição do HIV e a necessidade de se elaborarem medidas preventivas eficazes que aumentem sua percepção não só quanto à vulnerabilidade, mas também demonstrarem seu poder de negociação sexual.

É imprescindível, também, que o homem seja conscientizado de sua co-responsabilidade pela saúde sexual e reprodutiva de suas parceiras. Para tanto, os profissionais envolvidos nesse processo educativo devem sensibilizá-los a adotarem comportamentos sexuais, uma das principais metas dos programas de educação em saúde, e ainda discutir as situações que aumentam a vulnerabilidade desta clientela ao HIV e às DST.

A infecção pelo HIV requer uma atuação multiprofissional efetiva, com abordagem da dimensão psicossocial, cujos profissionais, além de capacitados, devem estar integrados à equipe.

Assim, Vitiello¹⁰ menciona que “o processo educativo é mais do que a soma do Informar, Orientar, Aconselhar. O Educar proporciona condições e meios para a pessoa crescer interiormente. O Informar, como uma das etapas deste processo significa apenas fornecer dados, sem necessariamente gerar discussões e consciência crítica”. Como afirma Pompidou¹¹, a mudança de atitudes efetiva-se a partir do momento que o indivíduo desperta para o problema e assume a não imposição ou a obrigação.

CONCLUSÃO

A prevenção da transmissão sexual deve-se constituir numa das principais metas dos programas de educação em saúde, buscando sensibilizar os indivíduos a adotarem comportamentos mais sexuais seguros. Com crescente aumento de HIV/aids entre a população feminina, não apenas estratégias preventivas específicas devem ser direcionadas a essa clientela, também deve haver a conscientização masculina sobre a sua co-responsabilidade pela saúde sexual e reprodutiva de suas parceiras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. AIDS. Bol Epidemiol Aids DST 2005, v1.
2. Vermelho LL, Barbosa RHS, Nogueira AS. Mulheres com Aids: desvendando história de risco. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro 1999; 15(2): 369-79.
3. David RA. Vulnerabilidade ao Adoecimento e à Morte por Aids em Usuários de um Serviço Ambulatorial Especializado em DST/AIDS do Município de São Paulo. [Dissertação] São Paulo. Escola de Enfermagem/USP; 2002.
4. Galvão MTG, Cerqueira ATAR, Machado JM. Medidas contraceptivas e de transmissão do HIV/aids por mulheres com HIV/Aids. Rev Saúde Pública 2004; 38(2): 194-200.
5. Reis RK, Gir E. Dificuldades enfrentadas pelos parceiros sorodiscordantes ao HIV na manutenção do sexo seguro. Rev Latino-am Enfermagem 2005; 13(1): 32-7.
6. Alves RN, Kavács MJ, Stall R, Paiva V. Fatores psicossociais e a infecção por HIV em mulheres, Maringá-PR. Rev Saúde Pública 2002; 36 (4): 32-9.
7. Praça NS, Latorre MRDO. Saúde sexual e reprodutiva com enfoque na transmissão do HIV: práticas de puérperas atendidas em maternidades filantrópicas do município de São Paulo. Rev Bras Matern Infantil 2003; 3(1): 61-74.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Aids Bol Epidemiol. Semanas epidemiológicas 36 a 52, outubro a dezembro de 2000; v XIII, n 3.
9. Carrington C. Doenças Sexualmente Transmissíveis. In: Naud P. Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
10. Vitiello NN. Reprodução e Sexualidade: um Manual para Educadores. São Paulo: Ceich 1994. 236 p.
11. Pompidou A. National Aids Information Programme in France. In: World Health Organization. AIDS: Prevention and Control. Geneva : Pergamon Press; 1998. p. 28-31.

Endereço para correspondência:

ELUCIR GIR

Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP
Avenida Bandeirantes 3900- Campus Universitário
14040-902, Ribeirão Preto, SP, Brasil
E-mail: egir@eerp.usp.br

Recebido em: 16/03/2006

Aprovado em: 28/09/2006