

MULHERES SOROPOSITIVAS: UM OLHAR PARA SUA SEXUALIDADE**Ingrid de Assis Camilo Cabral¹****RESUMO**

Para além da prática do sexo, a sexualidade é um processo de individualização do sujeito e de suas apropriações do desejo e do afeto. Neste sentido, o presente estudo analisa as implicações da sorologia positiva para o HIV na sexualidade de mulheres que vivem com a doença. Alguns estudos (HEBLING & GUIMARÃES, 2004; PRAÇA & LATORRE, 2003; SANTOS et. al., 2002) consideram que a forma sexual de transmissão do HIV é responsável pela maior parte dos casos de infecção em mulheres no Brasil. Estes indicam que a esfera da sexualidade foi afetada pela epidemia do HIV/AIDS, pois traz a ideia de risco às relações sexuais e afetivas entre os (as) parceiros (as).

Palavras- chave: mulheres; soropositividade para o HIV; sexualidade.

ABSTRACT

In addition to the practice of sex, sexuality is a process of individualization of the subject and its appropriation of desire and affection. In this sense, the present study examines the implications of positive serology for HIV in the sexuality of women living with the disease. Some studies (HEBLING & GUIMARÃES, 2004; SQUARE & LATORRE, 2003, SANTOS et. al., 2002) consider that the form of sexual transmission of HIV is responsible for most cases of infection in women in Brazil. These indicate that the sphere of sexuality has been affected by the HIV/AIDS, as it brings the idea of risk to sexual and affective relationships between partners.

Keywords: Women; HIV Seropositive; Sexuality.

INTRODUÇÃO

O início da epidemia de HIV/AIDS foi marcado pela infecção em grupos sociais específicos, discriminados pela sua orientação sexual e dependência química, como homossexuais masculinos e usuários de drogas endovenosas. Estigma e preconceito

¹ Assistente Social do CAPSAD – Resende e do Hemorio. Doutoranda em Políticas Públicas e Formação Humana – PPFH. Mestre em Prevenção e Assistência a usuários de álcool e outras drogas pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre/UFRGS. Pós-Graduação em Serviço Social e Doenças Transmissíveis pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/UFRJ.

são potencializados e soma-se a tal situação a incurabilidade da doença, transmitida também via do sexo. Naquele momento, a contaminação por HIV/AIDS determinava tanto a condenação biológica quanto o afastamento social do soropositivo, através da morte moral e social, impedindo assim de exercer plenamente seus direitos de cidadania². Nesse sentido, a AIDS, mais do que doença, configurou-se como “pena” aplicada aos “criminosos morais”. (SILVIA, 1993: 11).

Como afirma Zaquieu (2007: 59),

A carga simbólica associada à epidemia é facilmente reconhecida já nas primeiras matérias de jornais que tratavam do assunto no Brasil. As matérias que traziam informações sobre a nova infecção no início dos anos 80 foram orientadas por um mesmo padrão moral, determinando o perfil dos sujeitos que apresentavam os primeiros sintomas, transformando-os em disseminadores potenciais. Os Homens-homo e bissexuais em sua maioria – logo foram alçados à condição de vetores, enquanto as mulheres eram representadas, ora como suas grandes vítimas - quando conseguiam provar sua monogamia -, ora como vetores de menor magnitude – quando assumiam viver da prostituição ou apenas relatam contato com múltiplos parceiros.

No entanto, a transição epidemiológica aponta que o número de casos de AIDS em mulheres adultas aumentou significativamente desde o início da epidemia. Entre 1980 e 2007 foram notificados 159.793 casos do sexo feminino (BRASIL, 2007a). A disseminação do vírus do HIV entre mulheres no Brasil é alarmante e um dos mais graves problemas de saúde pública. Vários foram os fatores que contribuíram para que a doença se disseminasse dessa forma, sendo alguns evidentes: falta de informação, precariedade do atendimento oferecido pelos serviços de saúde, ineficiência das políticas de combate ao avanço do HIV, entre outros. (ZAQUIEU, 2007).

Dos casos notificados, a concentração na faixa etária de 20 a 49 anos chama a atenção, correspondendo a 85,9% dos casos de HIV em pessoas do sexo feminino (BRASIL, 2008b). Dados do início desse século (BRASIL, 2007a) apontavam uma participação proporcional cada vez maior de mulheres, em idade reprodutiva, entre os novos casos de AIDS. Enquanto entre os homens há uma tendência de estabilização, entre as mulheres há o crescimento da epidemia. De acordo com Rodrigues-Júnior e

² Cidadania é aqui compreendida como processo de “(...) Construção histórica, definida, portanto, por interesses concretos e práticas concretas de luta pela sua contínua transformação. Significa dizer que não há uma essência única imanente ao conceito de cidadania, que o seu conteúdo e seu significado não são universais, não estão definidos e delimitados previamente, mas respondem à dinâmica dos conflitos reais, tais como vividos pela sociedade num determinado momento histórico”. (DAGNINO, 1994: 107).

Castilho (2004: 315), “a tendência de maior número de mulheres na categoria de transmissão heterossexual, desde 1992, deve traduzir a maior vulnerabilidade feminina em relação à menor capacidade de negociar sexo seguro e à menor possibilidade de acesso aos serviços de saúde reprodutiva”.

Ao recorte de gênero se soma o baixo poder aquisitivo, as moradias localizadas nas periferias urbanas e cidades do interior, e a relação heterossexual desprotegida como a principal via de contaminação. (GONÇALVEZ et. al., 2009). Esse cenário leva os autores (SANTOS, 2002; SILVEIRA, 2002 e GONÇALVES, 2009) a afirmarem que o perfil epidemiológico da população com HIV/AIDS no Brasil apresenta como principais características a feminização, a interiorização e a pauperização, distanciando-se da realidade da década de 1980.

Em sua trajetória, a infecção pelo HIV esteve associada a práticas sexuais externas, às regras sociais e a um padrão de conduta capaz de ‘ameaçar o bem-estar social’. Uma consequência utilizada como recurso de defesa por muitos soropositivos foi o isolamento comportamental, particularmente, a ‘clandestinidade’ sexual. “Quando o medo da AIDS afronta o ser Humano, este é capaz de romper com o que há de mais belo: relações pessoais, amizades, relações mais íntimas. É como se uma avalanche se espalhasse sobre as suas segurança e convicções (...)”. (KERN, 2003: 42).

O ‘claustro’ comportamental compromete a vivência da sexualidade e reduz o rol de possibilidades do soropositivo de experimentar e compartilhar uma série de sentimentos, sentidos e significados existenciais. Ademais, a estreita relação que essa patologia possui com os comportamentos sexuais remete a uma maior compreensão das formas como a cultura ocidental vem valorizando a sexualidade humana, pois sua emergência mantém claras relações com as mudanças políticas, culturais e econômicas (ZAQUIEU, 2007).

Autores como Bozon (2004) e Giddens (1993) chamam a atenção para a relação dialética entre momento histórico e sexualidade. A afirmativa consensual entre os autores é de que a sexualidade assume formas e significados distintos de acordo com a cultura na qual está inserida. Giddens (1993) enfatiza o entrelaçamento entre os acontecimentos globalizantes da vida moderna e as transformações ininterruptas da intimidade. Tais mudanças dizem respeito a novas construções e configurações de subjetividades e identidades, inclusive sexuais, que são expressas nas relações sociais, isto é, na vida cotidiana.

De forma semelhante, Bozon (2004) argumenta que a sexualidade retira sua importância política do momento cultural no qual foi gerida e para o qual contribuiu. Foca sua atenção para as 'novas' experiências pessoais e 'novas' relações interpessoais, que assinala serem resultados de amplas transformações sociais.

Logo, a sexualidade, como qualquer outro domínio da vida social, tem relação estreita com o processo de socialização e com a aprendizagem das normas estabelecidas pelas sociedades. Giddens (1993: 33) a apresenta como oriunda do processo social, operando "dentro dos campos do poder, e não simplesmente um conjunto de estímulos biológicos que encontram ou não uma liberação direta". A sexualidade ultrapassa a genitalidade e a reprodução, e estaria intimamente ligada ao desenvolvimento integral dos sujeitos, além de representar uma parcela muito importante na estruturação da sua personalidade, modelando as relações sociais e sexuais dos indivíduos.

É a partir dessas considerações que se entende a sexualidade como forma peculiar que cada indivíduo desenvolve e estabelece para viver suas relações subjetivas e coletivas. Logo, os impactos epidemiológicos do HIV/AIDS reatualizariam o dispositivo da sexualidade de modo geral e em especial da feminina, ao agregar questões à intimidade e à saúde sexual e reprodutiva, além de apresentar o imperativo de novas práticas relacionais e de gênero.

Nesse contexto, é inegável a necessidade de se discutir de forma inclusiva as particularidades, singularidades e necessidades daqueles situados neste universo (COROLIANO, VIDAL e VIDAL, 2008). Tendo como cenário de investigação os serviços públicos de saúde, o objetivo deste artigo é analisar a vivência da sexualidade das mulheres soropositivas que faziam tratamento ambulatorial no Hospital Escola São Francisco de Assis e que se encontravam no setor de internação do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho. Para dar visibilidade aos dados construídos e sistematizados, o texto apresenta a seguinte sequência: questões metodológicas, que esclarecem os procedimentos adotados no transcorrer da pesquisa; discussão dos resultados; principais considerações.

METODOLOGIA

A abordagem de pesquisa utilizada foi de natureza qualitativa, o que possibilitou dar visibilidade a como o diagnóstico positivo para HIV/AIDS influencia a sexualidade

das mulheres. Consideramos esta abordagem a mais adequada porque permite qualificar possíveis alterações no que tange à vida sexual após o conhecimento de um diagnóstico positivo. Deslandes e Assis (2002: 197) afirmam que o núcleo básico de um estudo qualitativo “(...) é a pretensão de trabalhar com o significado atribuído pelos sujeitos aos fatos, relações, práticas e fenômenos sociais: interpretar tanto as interpretações e práticas quanto às interpretações das práticas”.

Nesse sentido, realizamos oito entrevistas semi-estruturadas com mulheres portadoras do vírus HIV, na faixa etária de 20 a 49 anos. Minayo (1998a) destaca que, em uma abordagem qualitativa, o critério de escolha dos sujeitos da pesquisa, para garantir sua representatividade, não é numérico, uma vez que a característica principal dessa abordagem é o aprofundamento e a abrangência da compreensão sócio-cultural de determinado grupo que esteja sendo investigado. Para essa autora, a amostra ideal é aquela que possibilita refletir a totalidade, em suas múltiplas dimensões. Como sugestão, destaca alguns critérios básicos que poderão ser considerados:

(...) definir claramente o grupo social mais relevante para as entrevistas e para a observação; (b) não se esgotar enquanto não delinear o quadro empírico da pesquisa; (c) embora não desenhada inicialmente como possibilidade, prever um processo de inclusão progressiva encaminhada pelas descobertas do campo e seu confronto com a teoria; (d) prever uma triangulação. (MINAYO, 1998a: 102).

142

Todas as entrevistadas se mostraram receptivas e interessadas em participar da investigação, estando assim distribuídas: quatro mulheres que faziam tratamento ambulatorial no Hospital Escola São Francisco de Assis e quatro outras que se encontravam no setor de internação do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho. Ambas as instituições estão situadas no Estado do Rio de Janeiro e são campos de treinamento profissional para a Residência Integrada Multiprofissional na Área de Doenças Infecto-Parasitárias.

O roteiro de entrevista compreendeu perguntas fechadas e abertas, o que possibilitou maior exposição das entrevistadas sobre os assuntos abordados. O roteiro, previamente estabelecido, foi testado por meio da realização de duas entrevistas e da análise de duas profissionais da área de Serviço Social, setor saúde. Cumpriu, ainda, a finalidade de orientar o diálogo entre pesquisador e entrevistado, com uma direção, no decorrer do processo de coleta de informações. O roteiro de entrevista incluiu dados sobre a compreensão do perfil social, sexual e reprodutivo dos participantes da pesquisa.

A entrada em campo só aconteceu após aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética do Centro de Estudo das Instituições citadas, constituída nos termos da Resolução nº 196/1996/MS, do Conselho Nacional de Saúde, devidamente registrada no Comitê Nacional de Ética em Pesquisa. As entrevistas foram gravadas a partir da autorização das usuárias, que receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Utilizamos como referência para a análise das informações a análise de discurso apresentada por Gill (2003). Para esta autora, a análise de discurso corresponde a diferentes abordagens quando se procede ao estudo de textos. Desta forma, “o termo **discurso** [grifos da autora] é empregado para se referir a todas as formas de fala e textos, seja quando ocorre naturalmente nas conversações, como quando é apresentado como material de **entrevistas** [grifos nossos], ou textos escritos de todo tipo”. (GILL, 2003: 247)

Segundo Gill (2003), os analistas de discursos estão interessados nos conteúdos e organização dos textos. “A análise tem quatro temas principais: a preocupação com o discurso em si mesmo; uma visão da linguagem como construtiva e construída; uma ênfase no discurso como forma de ação e uma convicção na organização retórica do discurso”. (GILL, 2003: 247) Um dos objetivos dessa forma de análise é identificar as funções da fala, ou atividades da fala, explorando como elas são realizadas. Desse modo, a análise de discurso evidencia que o discurso está implicado nos conflitos de sua vida social, estabelecendo uma visão de mundo.

Ao término de cada entrevista, transcrevemos as gravações na íntegra, sendo, posteriormente, todas reunidas e analisadas. A decisão de transcrevê-las foi motivada pelo fato de que esta tarefa tornaria possível uma maior familiaridade com os conteúdos apresentados pelas entrevistadas. Nossa suposição foi confirmada na prática, pois, à medida que avançávamos na construção dos dados, percebemos que um desenho de sentidos e significados, ainda insuficiente, mas extremamente útil, começou a se delinear. Entretanto, vale ressaltar que não perdemos de vista o entendimento de que a percepção do real não se mostrava nitidamente, visto que a familiaridade com o objeto não havia sido alcançada (MINAYO, 1998a). Para tanto, havia, ainda, um longo caminho a percorrer.

De posse das transcrições das entrevistas, demos continuidade ao processo de análise, didaticamente, apresentado em quatro procedimentos: leitura flutuante, revisão do *corpus*, elaboração de quadro sinótico e interpretação. Cabe ressaltar que a ‘suposta linearidade’ do texto cumpre duas ressalvas: a de oferecer o caminho percorrido pelos

pesquisadores para chegar aos principais resultados e considerações; se aproximar da riqueza das narrativas individuais e culturais trazidas pelas entrevistadas. Tal organização dos dados nos permitiu dar visibilidade à dinâmica entre as dimensões subjetivas e objetivas, contextos de produção da fala e de vida das usuárias. Ademais, possibilitou problematizar as expressões simbólicas e discursivas das entrevistadas, embora longe de dar conta da miríade de posicionamentos que envolveram a temática.

O primeiro procedimento foi sistemático: todas as entrevistas foram lidas, uma a uma, delineando-se um processo de leitura flutuante do conjunto do material, visando um contato exaustivo com o mesmo, deixando-nos 'impregnar' pelo seu conteúdo (MINAYO, 1998ba). À medida que esse processo alcançava resultados, foi possível "*ultrapassar a sensação de caos inicial*" referida por Minayo (1998a: 209). Com isso, pudemos apreender o movimento através do qual os pressupostos de nossa investigação se articulavam, ou não, com novos pressupostos que surgiam. Vale ressaltar que os conhecimentos acumulados com o estudo do objeto, somados à observação das falas nas entrevistas, tornaram a leitura cada vez mais esclarecedora.

A partir de então, preocupamo-nos com a constituição do '*corpus*' da pesquisa, com vistas à reorganização do material, caracterizando-se como segundo procedimento. Durante essa tarefa, atentamos para as recomendações de Minayo (*op. cit.*), procurando verificar se o material coletado atendia adequadamente às exigências de validade da pesquisa qualitativa, levando em consideração: a necessidade de contemplar todos os aspectos propostos, nos roteiros das entrevistas, até a exaustividade; a necessidade de verificar se o material atendia às exigências de representatividade do universo pretendido; se havia homogeneidade nos critérios de escolha dos discursos, das técnicas e dos interlocutores; se a documentação estava adequada aos objetivos do trabalho, isto é, sua pertinência.

O resultado dessa tarefa foi alcançado, mediante a realização de uma segunda leitura, com a finalidade de retomar o contato com a estrutura das informações coletadas. Esse trabalho tornou possível 'recortar' o material, de acordo com objetivo e questões do estudo, separar os trechos mais significativos e estabelecer as categorias determinadas pelas questões de interesse (GILL, 2003). Entretanto, esse exercício não constituiu uma tarefa simples; ao contrário, exigiu que retomasse a leitura, por diversas vezes, até o momento em que foi possível, efetivamente, dar início ao 'recorte' do material.

Tal procedimento possibilitou a construção de um quadro sinótico com o

propósito de separar as categorias que emergiram das falas, dando a cada uma delas uma nomeação. Para tanto, utilizamos, como recurso, o computador, separando as diferentes categorias, identificando-as com cores diferentes, nomeando-as com um título provisório. Após a identificação das falas, foram percebidos e anotados os significados correspondentes. Esse trabalho resultou em um ordenamento lógico dos sentidos em seu contexto social. Procedendo dessa maneira, foi possível organizar o material empírico e caminhar para o último procedimento.

Nessa etapa, investigamos as questões e respostas à luz da interpretação dos dados, partindo de categorias centrais para a análise, como: mulher, soropositividade para HIV e sexualidade. Para tanto, realizamos inferências sobre trechos dos depoimentos, sendo possível através de questões formuladas, a saber: “Quem está dizendo?”, “O que está sendo dito?”, “Como está sendo dito?”, “Quais os significados presentes nas falas?” e “O que se encontra manifesto ou latente nos discursos dos entrevistados?”. Esse conjunto de questionamentos, amparado pela discussão teórica sobre o tema, orientou a discussão dos dados.

DISCUSSÃO

145

A análise dos dados, para dar visibilidade à forma como as mulheres soropositivas vivenciam sua sexualidade após o conhecimento de que são portadores de diagnóstico HIV/AIDS positivo, foi subdividida em cinco eixos: 1. Os sujeitos da pesquisa; 2. Como e com quem contraiu a doença; 3. A configuração das relações sexuais após a descoberta do diagnóstico; 4. O uso de preservativos; 5. O processo de tratamento da doença.

Os participantes da pesquisa

O conhecimento do perfil das entrevistadas possibilita compreender a forma como estas interpretam e valorizam as questões que dizem respeito ao tema, segundo suas vivências pessoais, culturais e sociais. É com base em tais referências que os significados são atribuídos à sexualidade, ao sexo, a soropositividade e a como as pessoas devem se relacionar afetiva e sexualmente.

O grupo de mulheres entrevistadas foi constituído por oito usuárias na faixa de

28 a 46 anos, assim distribuídas: uma de 28 anos, seis com idade entre 29 e 40 anos e uma com 46 anos. Desse conjunto de entrevistadas, quatro mulheres residem na Zona Norte e quatro na Zona Oeste, sendo que cinco possuem casa própria, quatro moram de aluguel e uma reside em casa cedida pelo companheiro.

Em relação à escolaridade, uma havia concluído o ensino médio, outra tinha o ensino médio incompleto, seis tinham o ensino fundamental incompleto, e nenhuma estudava mais até o momento da entrevista. A escolaridade pode indicar tanto a possibilidade de inserção no mercado de trabalho quanto a renda mensal dos participantes e seu consumo.

Das entrevistadas, nem todas se encontravam inseridas no mercado de trabalho: três eram do lar, uma fazia bijuterias para vender, duas trabalhavam como domésticas, uma possuía um salão na comunidade onde mora, uma era cobradora de ônibus e a outra era costureira. Neste estudo, como decorrência do grau de escolaridade e da ocupação, seis delas têm renda entre um a três salários mínimos e apenas uma tem renda de quatro a seis salários mínimos. É relevante que dentre as entrevistadas só uma não possuía renda própria, embora em duas situações as mulheres possuíam renda proveniente de benefícios sociais, a exemplo Bolsa Família e Benefício de Prestação Continuada.

Outro fator importante é a relação que essas mulheres possuem com a religião: três são católicas, duas evangélicas e duas não possuem religião alguma e não acreditam em Deus. Dentre as evangélicas, uma passou a ter o contato com a religião após a descoberta do diagnóstico.

No que diz respeito ao estado civil, seis entrevistadas vivem em situação caracterizada como união estável, uma é viúva e outra solteira, sendo que no momento da realização das entrevistas, apenas uma mulher não tinha nenhum relacionamento afetivo, uma vez que a entrevistada solteira alegou ter namorado. Ressaltamos que dos oito companheiros mencionados, um havia falecido deixando sua companheira viúva. Dos companheiros atuais, apenas um é positivo para sorologia de HIV/AIDS, quatro são negativos e três companheiros têm sua sorologia desconhecida.

É importante mencionar que todas as mulheres possuíam filhos, seis entre um a três filhos e duas entre quatro a seis filhos. Todos tinham sorologia negativa para o HIV, embora tivessem nascido após o diagnóstico. Dentre as entrevistadas, duas possuíam o desejo de ainda ter mais filhos e seis não desejavam ter mais filhos.

Como e com quem contraiu a doença?

A literatura (GUEDES et. al., 2009; SILVEIRA et. al., 2002) aponta que uma das explicações para a feminização da epidemia envolveria a crença na monogamia, estando as mulheres em relações estáveis protegidas da contaminação pelo HIV/AIDS. No grupo das entrevistadas, três mulheres foram infectadas pelo marido e/ou companheiro e a descoberta do diagnóstico para uma deu-se quando fazia pré-natal; outra descobriu durante a realização do parto e uma terceira quando os primeiros sintomas da doença ficaram perceptíveis. As demais, quatro não souberam identificar quem as infectou, tão pouco como contraiu a doença e uma foi infectada através de violência sexual.

A não identificação de como e com quem a doença foi contraída, como revelaram quatro das mulheres entrevistadas, parece indicativa da existência de mais de um parceiro sexual, sendo ainda reveladora de que as relações sexuais aconteciam sem o uso da proteção adequada.

Eu nunca usei o preservativo, nem na primeira vez que transei [refere-se a sua primeira relação sexual]. (M.40).

É chato usar [o preservativo] parece que eu estou chupando bala com papel (...) você não sente muito o gosto. (M.34).

Kahhale et. al (2010) em sua recente pesquisa aponta que mais da metade dos usuários do serviço público de São Paulo não utiliza proteção nas relações sexuais, tendo ou não companheiro fixo, expondo-se a reinfecção e à infecção de outras pessoas. Guedes et.al. (2009) e Silveira et. al. (2002) igualmente indicam em seus estudos a não adesão ao preservativo por parte das mulheres. Neste sentido, caberia indagações sobre a efetividade das campanhas de prevenção ao HIV/AIDS e, ainda, uma avaliação acerca da relação existente entre o grau de informação do sujeito sobre os riscos de uma relação sexual sem preservativos e seu efetivo comportamento. *Eu sei que a gente tem que usar camisinha, eu até pego aqui perto [refere-se ao posto de saúde], mas é para dar ao meu filho.* (M.34).

Observa-se no discurso acima que existe o conhecimento acerca da transmissão, entretanto, a proteção levada em conta é apenas no que tange ao comportamento sexual do filho. Novamente nos deparamos com o 'mito do relacionamento estável', como denomina Guedes et. al. (2009). Para essas autoras, a

mulher confiaria na sua monogamia, transferindo esse sentimento ao parceiro, em função da intimidade e do convívio. Ou seja, a monogamia pode levar ao abandono das formas de proteção, quando utilizada, como sugerida pelas entrevistadas que contraíram o vírus com seus parceiros. Estas parecem demonstrar que a relação sexual sem preservativo é resultado da confiança na fidelidade do parceiro, não tendo a autopercepção da vulnerabilidade a DST/HIV/AIDS.

Nunca me preocupei com isso [refere-se à camisinha] porque eu só o tenho e ele só me tem. Pelo menos eu acreditava nisso, e agora (...) estou doente. (M.36).

Nunca falei de preservativo com meu marido. Acho que ele ia pensar que eu estava traindo ele ou que desconfio dele. (M.39).

Observa-se que neste caso o uso do preservativo não é questionado, para além da crença na suposta fidelidade do companheiro, também por receio de aparecer como infiel ou manifestar falta de confiança na relação. Assim, nota-se que a entrevistada estende a confiança que tem em seu próprio comportamento para o parceiro, sem considerar a possibilidade de estar diante de algo realmente impossível de se garantir. Ao falar por ela, na sua certeza de fidelidade, este discurso só pode ser garantido em relação a ela própria e não em relação a qualquer outra pessoa.

Como corrobora Kahhale et. al. (2010), há uma preocupação da parceira em relação à sugestão do uso do preservativo e os possíveis efeitos dessa proposta sobre a continuidade do relacionamento, pois muitas vezes a mesma é interpretada como falta de confiança ou interpretada como preservação de sua saúde pessoal. Supomos que aqui há que se considerar, ainda, a questão do prazer implicada na relação sexual. É possível que resida na satisfação obtida com o ato sexual o descuido com medidas de proteção adequada.

Eu sei que tem que usar camisinha, mas na hora não deu tempo [risos]. (M.41).

Não uso [o preservativo] em todas as relações, pois eu e meu companheiro não gostamos, porque diminui o prazer. (M.33).

Não vejo a possibilidade do uso do preservativo em minha vida. (M.28).

Coroliano et. al. (2008: 83) "identificou resultados semelhantes em sua pesquisa. Segundo os entrevistados, o preservativo é observado como um acessório que tende a minimizar as sensações positivas despertadas pelo ato sexual".

No que se refere à descoberta do diagnóstico positivo no pré-natal é um indicativo de que as pessoas não possuem acesso ao teste ou não entendem o mesmo como uma forma de prevenção. *Eu estava grávida e fiz todos os exames no SUS, mas o de AIDS eu não consegui. Quando estava com oito meses, fiz o exame e deu positivo.* (M.28). Neste caso há que se considerar o acesso aos serviços público e também a qualidade do atendimento. A descoberta de um diagnóstico soropositivo para HIV/AIDS no oitavo mês de gravidez pode levar à contaminação da criança na gestação e no momento do parto.

Não raro esta descoberta pode-se dar até mais tarde, ou seja, no momento do parto. A notícia de um diagnóstico de tamanha relevância revelado no parto sugere falta de acesso à rede para a realização do pré-natal, como também o desejo de algumas mulheres em não fazê-lo. *Quando eu descobri que estava grávida fui ao posto, me inscrevi e peguei o cartão. Depois nunca mais apareci. Achei que não era importante e tinha que ocupar de outras coisas [trabalhar fora de casa].* (M.40).

Vale ressaltar que todas entrevistadas relataram a possibilidade de terem se contaminado por relações sexuais desprotegidas, inclusive a entrevistada que sofreu violência sexual quando o agressor não fez o uso da proteção. Apenas uma entrevistada relatou que só descobriu o diagnóstico quando os primeiros sintomas apareceram. Segundo ela, o acúmulo de suas funções de seu cotidiano não a permitia fazer um acompanhamento no posto próximo de sua casa, além do mais, declarou que “sentia-se bem disposta”. Tal situação pode ser um indicativo da cultura existente entre a população, ou seja, da não procura de atendimento preventivo na rede e sim de atendimentos de emergência, reforçando o modelo curativo de atenção à saúde.

A vida sexual pós-diagnóstico HIV/AIDS

O terceiro eixo envolve a configuração das relações sexuais após a descoberta do diagnóstico. Entre as entrevistadas, cinco informaram que tiveram mudanças nas relações sexuais, devido às seguintes situações: relação com parceiro soro discordante, ou seja, negativo para o HIV; medo de infectar alguém; obrigatoriedade do uso do preservativo; recordação da traição do marido/ ou companheiro; em uma situação a entrevistada passou a não ter mais relações sexuais. Outras três entrevistadas relataram que sua vida sexual não trouxe mudanças após o diagnóstico. Entretanto, sinalizaram outras mudanças em sua vida cotidiana, como por exemplo: diminuição dos

parceiros sexuais; *stress* em relação ao tratamento; resistência masculina na adoção do uso do preservativo.

Entre as entrevistadas que nos informaram que ocorreram mudanças em suas atividades sexuais, pudemos observar que isso é proveniente da forma como lidam com a doença em relação a sua sexualidade e da mesma em relação aos outros. Importante ressaltar que todas possuem o conhecimento da forma de transmissão do vírus HIV, mas mesmo assim demonstram insegurança e medo de transmitir o vírus em suas falas:

Eu tenho consciência de que eu não posso pegar uma pessoa pra namorar, se eu for usar, mesmo que eu use o preservativo a minha consciência vai pesar, eu não vou me sentir bem. (M.34).

Tinha mais desejo antes do que tenho hoje (...). Minha vida sexual se resume ao medo de infectar alguém. (M.39).

Eu tenho dificuldade de ter relação com quem eu sei que é negativo, pois tenho medo de infectá-lo já que a grande maioria dos homens não gosta de usar o preservativo. (M.43).

Importante salientar, como bem expõe Ostrow (1997) que pessoas portadoras de doenças crônicas, como HIV, a descoberta da patologia pode interferir na vida sexual principalmente no desejo, pois eles estão mais preocupados com os sintomas que poderão aparecer (febre, diarreia, doenças oportunistas) e a diminuição do desejo, das atividades sexuais ou a abstinência sexual pode vir a fazer parte de sua conduta.

Ostrow (1997) salienta que o indivíduo soropositivo, interrompe temporariamente ou definitivamente as atividades sexuais após saber que está infectado, pela dificuldade de adaptação eficiente e isto provém de fatores muito mais psicológicos (medo, culpa, insegurança) do que físicos.

Uma das entrevistadas refere que a sua maior dificuldade de se relacionar sexualmente é a obrigatoriedade do uso do preservativo em todas as relações, isto pode ser um indicativo que antes de contrair o vírus suas relações já eram feitas sem a proteção. *“Nossa o preservativo é muito ruim tira o gosto todo do sexo... É muito ruim você está lá cheia de tesão e tem chamar um terceiro pra relação. Mas às vezes uso sim, porém o prazer não é igual.”* (M.46).

Outra situação relatada pela entrevistada e a dificuldade de ser infectada pelo companheiro ou marido e continuar tendo relações sexuais com o mesmo, o que denota que não é só o fato de ter adquirido o vírus que prejudica mais sim mágoa da traição

sofrida por essas mulheres o que muitas vezes acarreta numa relação sem prazer ou na abstinência de relações sexuais como se apreende nas falas abaixo:

Mudou (refere-se à relação sexual), pois eu olhava pra ele e lembrava que tinha transado com outras pessoas e passou pra mim. E acabava não tendo prazer. (M.36).

Hoje eu tenho menos desejo que antes e a culpa é dele. Dormimos juntos ele tenta me tocar, eu digo que não e chego até chorar. Ele não reclama porque digo que não consigo. Minha vida sexual hoje se resume a nada. Não tenho mais vontade. (M.40).

Souto et. al. (2008:190),

“afirmam que é comum identificar mulheres, que devido ao diagnóstico da infecção pelo HIV, tenham restringido ou abolido suas práticas sexuais, mesmo que não tenham perdido o desejo sexual. Vários sentimentos colaboram para isso. Como exemplo, podemos citar o medo da revelação do diagnóstico; o medo da transmissão do vírus e o sentimento da limitação imposta pela necessidade do uso do preservativo.

151

Para as outras três entrevistadas, a descoberta do diagnóstico em si não prejudicou a vivência de sua sexualidade no que se refere ao conhecimento de seu corpo, do desejo, a qualidade/ quantidade das relações sexuais e da busca pelo prazer. As mudanças relatadas foram na quantidade de parceiros, no cansaço do dia a dia o que leva a um estresse e pelo fato dos homens ainda cultivarem o pensamento de que rejeitando o preservativo estão colocando a prova a manutenção de sua masculinidade restando a mulher à submissão e obediência ao sexo oposto.

Minha vida sexual depois do diagnóstico continua a mesma, não mudou nada. Só o que mudou foi que diminui o ritmo, a quantidade de parceiros, mas o desejo é o mesmo. (M.33).

Não assim... Assim não há muita diferença de mudança não, o que muda é que agente tem que estar indo ao médico, aquele tempo que agente tem que se cuidar pra fazer exame só essa parte as outras coisas não. Pra mim sexo é bom minha vida sexual hoje é boa. (M.46).

Meu desejo sexual continua o mesmo não mudou nada em minha relação depois do diagnóstico. Meu marido não gosta de usar o preservativo e eu acabo cedendo. O que vejo na minha vida sexual é que a maioria dos homens não gosta de usar o preservativo. (M.39).

Souto (2008) em estudo sobre quais premissas exerciam maior influência sobre a família brasileira em função do sexo e idade, obteve-se como resultado que os homens endossam a ideia de superioridade masculina em relação à mulher e, portanto, tem uma dominação sobre ela.

Sobre o uso do preservativo

O quarto eixo de análise se refere ao uso dos preservativos. Das oito entrevistadas, três não utilizam o preservativo embora relatem a importância do mesmo. Um dos motivos para o não uso é que as relações sexuais com a camisinha são ruins. Quatro entrevistadas usam o preservativo, pois entendem a sua importância, sendo que duas passaram a usar depois da descoberta do diagnóstico por medo de infectar alguém e uma das entrevistadas usa, porém não em todas as relações sexuais.

As três entrevistadas que não usam o preservativo conhecem o risco da possibilidade de transmitir o HIV, como também de se reinfectar, ou seja, adquirir maior carga viral, ainda assim preferem não ter relações sexuais com proteção. Pois relatam que o preservativo é ruim e que não gostam de usar. *Não uso o preservativo, não gosto, nem ele [o companheiro]; acho que a maioria das pessoas não gosta. Não vejo a possibilidade do uso dos preservativos em minha vida. (M.28).*

As quatro entrevistadas que usam o preservativo, duas já utilizavam anteriormente, porém não em todas as formas de relação sexual, pois na oral e anal não faziam o uso. E as outras duas passaram a usar após a descoberta do diagnóstico por medo de infectar alguém e de se reinfectar, piorando seu quadro de saúde. As que habitualmente usavam proteção fazem referência à sua importância:

É muito importante o uso do preservativo eu uso os dois tanto o masculino quanto o feminino, eu não sei a sorologia dele e ele não sabe que eu tenho. (M.36).

Antes eu não usava agora estou usando o preservativo masculino. Ele não sabe que tenho HIV, ele pensa que uso o preservativo porque posso engravidar. (M.46).

Ele não pega porque em toda relação sexual eu utilizo o preservativo. Às vezes eu entro no assunto e peço para ele fazer o teste. (M.28).

E a última entrevistada usa preservativo, mas afirma que não em todas as relações sexuais. *Agora eu passei a usar o preservativo por causa do meu companheiro, mas não em todas as relações sexuais, porque ele também não gosta de usar.* (M.33).

Percebemos que as mulheres que utilizavam o preservativo tinham parceiros com sorologia desconhecida e, portanto, apresentavam dificuldades em comunicar ao parceiro que eram soropositivas. Pensavam na proteção do parceiro e tinham medo de se reinfectar. As entrevistadas que não usam preservativos, assim como o seu parceiro, atribuem o fato de não gostar de usá-lo. Nenhuma das entrevistadas refere o uso do preservativo como uma medida de dupla proteção, ou seja, no caso adquirir as doenças sexualmente transmissíveis e a prevenção da gravidez.

Segundo dados do Ministério da Saúde 2010, a prevenção continua sendo a principal forma de enfrentamento da epidemia AIDS. Uma das causas do aumento da doença na população está relacionada ao uso do preservativo: homens usam mais o preservativo do que mulheres. Além disso, estão mais habituados a trazer a camisinha e tê-la disponível na hora da relação sexual do que as mulheres. Nas relações sexuais com parceiros casuais, no último ano, 51% deles e apenas 34,6% delas usaram camisinha. A desigualdade de gênero propicia a submissão da mulher em relação ao homem e dificulta a negociação sobre o uso do preservativo. É um fator de vulnerabilidade feminina que as expõe ao maior risco de infecção pelo HIV (2010) Uma boa notícia evidenciada pelas pesquisas é a de que, quem já pegou camisinha de graça usa duas vezes mais o preservativo do que aqueles que nunca pegaram.

Quanto à adesão ao tratamento

Uma definição mais ampla e abrangente assinala que adesão é um processo dinâmico e multifatorial que inclui aspectos físicos, psicológicos, sociais e culturais e

comportamentais, que requer decisões compartilhadas e co-responsabilizadas entre a pessoa que vive com HIV, a equipe e a rede social. Deve ser entendida como um processo de negociação entre o usuário e profissionais de saúde, no qual são reconhecidas as responsabilidades específicas de cada um, que visa a fortalecer a autonomia para o autocuidado. Transcende a simples ingestão de medicamentos, incluindo o fortalecimento da pessoa vivendo com HIV/AIDS, o estabelecimento com a equipe de saúde, o acesso à informação, o acompanhamento clínico ambulatorial, a adequação aos hábitos e necessidades individuais e o compartilhamento das decisões relacionadas à própria saúde, inclusive para pessoas que não fazem uso do TARV. (BRASIL, 2007).

O último eixo de análise se refere à adesão ao tratamento; seis entrevistadas relataram que aderiram ao tratamento. Dentre os motivos relatados para tal adesão, identificamos: uma entrevistada refere-se que passou a aderir após a perda do marido; outras três relatam que não possuem nenhum efeito colateral e já se adaptaram, e as duas outras informaram que, como o resultado de seus exames não indicava o uso de medicação, nunca precisou usá-la. Entretanto, afirmam cumprir rigorosamente todas as determinações da equipe de saúde. Dentre as mulheres que referem aderir ao tratamento, há relatos de que em algum momento de suas vidas deixaram de tomar a medicação alegando cansaço ou dificuldade orgânica de suportar os efeitos colaterais.

Parei uns dois meses com a medicação estava muito cansada (M.40).

Não consegui suportar, enjoava muito tive que parar por três meses e trocar a medicação. (M.28).

Uma das entrevistadas ainda não iniciou o tratamento, pois acabou de descobrir, e não precisa fazer o uso de medicação. Dentre as entrevistadas apenas uma não adere ao tratamento porque afirma que *“tem fé em Deus e acredita que não precisa de medicação para viver”*. (M.28).

Importante considerar que seis das entrevistadas informam que fazem a adesão ao tratamento, entretanto parecem que elas se remetem a visão de tratamento ao uso da medicação da terapia antirretroviral tendo em vista que apenas três das usuárias relatam o uso do preservativo nas relações sexuais, ou seja, uma das proteções necessárias para não ocorrer a infecção pelo vírus como também não se reinfectar.

As mulheres soropositivas devem usar o preservativo em todas as relações sexuais com o objetivo de se proteger, para não adquirir um vírus mais resistente que o seu. Nesse sentido, a adesão envolve mais que tomar a medicação quando prescrita; ela implica autocuidado, prevenção secundária da reinfecção pelo HIV, presença as consultas e a exames agendados, uso do preservativo em todas as relações sexuais, independente da modalidade: oral, vaginal ou anal.

O tratamento eu faço tomo todos os remédios. Compareço sempre as consultas nunca tive nenhum efeito, mas tomar a medicação é muito ruim. (M.33).

Não tenho nenhum problema em relação ao tratamento, não tenho nenhum efeito eu tomo a medicação e não sinto nada tem gente que sente um monte de coisa, eu graças a deus não sinto nada. (M.46).

Eu me sinto bem com o tratamento, não sinto nada, não dá enjoão. Tomo tem uns doze anos agora minha carga viral está indetectável. (M.40).

É possível identificar nas falas que as principais razões para tomar a medicação são para manter a saúde, pois há uma visão do HIV como doença crônica. Tomar a medicação porque a carga viral está aumentada e o CD4 abaixado, o que demonstra conhecimento sobre seu quadro de saúde.

Não tenho nenhuma dificuldade para aderir o tratamento, tomar à medicação tudo normal, eu aprendi aqui que eu tomo como qualquer outro paciente de qualquer outra patologia que tenha que tomar a medicação continua. (M.39).

Parei de aderir ao medicamento mais a minha carga viral aumentou e meu CD4 foi a 120. Fiquei com medo! (M.26).

É importante lembrar que o acompanhamento por parte da equipe de saúde é necessário não apenas para quem já tem a doença AIDS e se trata com medicamentos antirretrovirais. O acompanhamento da infecção pelo HIV é essencial, mesmo para aqueles que não apresentam sintomas e não tomam os antirretrovirais. Os atendimentos para avaliação da evolução clínica e solicitação de exames devem ser regulares. Os dois testes fundamentais para o acompanhamento médico são o de

contagem do CD4 e o de carga viral, cruciais para o profissional decidir o momento mais adequado para iniciar o tratamento ou modificá-lo. Devem ser realizados tanto para quem toma os antirretrovirais como para os que não os utilizam. A adesão ao tratamento antirretroviral é determinante para o seu sucesso. Ademais, a má adesão ao tratamento acelera o processo de resistência do vírus aos medicamentos. Qualquer decisão sobre a interrupção ou troca de medicamentos deve ser tomada com o consentimento do médico que faz o acompanhamento da pessoa soropositiva.

Uma não adere ao tratamento, pois acredita que não precisa da medicação para viver. *Eu tenho tanta fé em Deus que eu tenho isso no meu coração que eu não preciso de medicação para viver então eu acredito que a hora que ele quiser me levar, ele vai me levar e pronto. Que seja feita a vontade dele. (M.28).*

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho identificamos que o perfil dos casos de AIDS no Brasil mudou muito nas últimas décadas, expressando as desigualdades existentes no contexto brasileiro e o desequilíbrio de poder vivenciado pelas mulheres, quando comparadas aos homens no exercício de sua sexualidade. As diferenças entre as próprias mulheres quando outros fatores como geração, raça, escolaridade e a classe social, são associados, também chamam atenção no perfil epidemiológico atual da epidemia de HIV/AIDS, como a tendência de maior incidência entre jovens adultas e nos municípios do interior.

A feminização da AIDS tem trazido consequências graves para a saúde e a condição social feminina. A expansão do HIV/AIDS entre as mulheres nas últimas décadas expressa fortemente as persistentes vulnerabilidades femininas, com novas demandas e necessidades, e vem exigindo a adoção de uma perspectiva de gênero nos programas de HIV/AIDS.

A Vulnerabilidade compreende as diferentes probabilidades que as pessoas têm de se contaminar, considerando condições individuais e sociais que podem facilitar uma maior exposição a doenças sexualmente transmissíveis, ao HIV e a qualquer outro agravo à saúde ou diminuir a eficiência das ações de proteção. Nesse sentido, o Plano Integrado de Enfrentamento da feminização da AIDS/DST (BRASIL, 2007) discute sete principais focos de vulnerabilidade do gênero feminino: *DST, violência sexual e doméstica, raça e etnia, juventude, pobreza, drogas, estigma e violação dos direitos*

humanos. Todos eles apontam para a desigualdade de gênero, que levam as mulheres a ter limitações de informação, diagnóstico e tratamento, dificuldades no acesso aos equipamentos de saúde e aos insumos de prevenção para as doenças sexualmente transmissíveis, inclusive o HIV/AIDS. Como consta evidenciado nas falas das entrevistadas.

Os avanços nos últimos anos no Brasil em relação à atenção à saúde e ao HIV/AIDS são notórios: os programas compreensivos de prevenção, o acesso universal a medicamentos e outras iniciativas positivas que mobilizam a população a nível local e mundial. Desde então se tem avanço e um olhar positivo em relação ao exercício da sexualidade feminina. Registram-se ainda esforços no sentido da ampliação das ações de saúde da mulher não restritas às questões reprodutivas.

Adotar uma perspectiva de gênero nas respostas ao HIV/AIDS exige reconhecer que as necessidades e os problemas das mulheres e dos homens no campo da saúde são diferenciados, devendo-se identificar as vulnerabilidades femininas em face dos distintos fatores biológicos, socioeconômicos, psicossociais e culturais. Todas as especificidades das diversas fases da vida da mulher e suas práticas sexuais devem ser consideradas no momento da intervenção de saúde.

A expansão crescente do HIV/AIDS entre mulheres, adquirida por meio de relações sexuais heterossexuais desprotegidas com ou sem parceiro fixo se impôs rapidamente como realidade epidemiológica a ser enfrentada, comprovada nas falas das entrevistadas.

Muitas mulheres vivendo com HIV/AIDS declaram sentir dificuldades em ter relações sexuais. Isso está relacionado a fatores de naturezas diversas. O primeiro deles pode ser a terapia antirretroviral, visto que alguns medicamentos podem reduzir o desejo sexual. Estes podem também causar cansaço, alterações no sono e dor de cabeça, sintomas que podem levar à diminuição do apetite sexual. A falta de interesse por sexo, muitas vezes, é transitória, mas o profissional de saúde deve ser informado e capacitado para lidar com essas questões.

Outra ordem identificada está ligada à esfera emocional, pela conexão entre sexo e HIV. A inibição sexual pode estar relacionada ao medo de transmitir a infecção ou de se reinfecar, a sentimentos de culpa, raiva e muitos outros, relacionados à soropositividade.

Em quaisquer das situações acima apresentadas à equipe de saúde pode auxiliar, promovendo um ambiente de confiança, no qual a mulher se sinta confortável

para expressar seus questionamentos e sentimentos. É extremamente necessário que o profissional de saúde, independentemente de suas preferências ou convicções pessoais, esteja disponível para apoiar as pacientes a encontrar alternativas prazerosas e seguras na vida com AIDS, na qual a sexualidade pode ser fonte de satisfação e prazer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOZON, M. *Sociologia da sexualidade*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Plano integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de AIDS e outras DST*. Brasília, 2007b.

BRASIL. *Boletim Epidemiológico AIDS e DST*. Brasília: Ministério da Saúde/ Secretaria de vigilância em saúde/ Programa Nacional de DST e Aids jul-dez 2006/ jan-jun 2007, ano IV, n.1. 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Prevenção positHIV: é prevenção, protagonismo e qualidade de vida para as pessoas que vivem com HIV*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e AIDS*. Brasília, 2008a.

BRASÍLIA. *Programa Nacional de DST/AIDS*. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, 2008b.

CORIOLOANO, M. W. L.; VIDAL, E. C. F.; VIDAL, E. C. F. *Percepções de mulheres que vivem com HIV frente às experiências sexuais*. [Rev. RENE](#); 9(1): 77-85, jan.-mar 2008.

DAGNINO, E. Os movimentos sociais e a emergência de uma nova noção de cidadania. In: DAGNINO, E. (Org.) *Os anos 90: política e sociedade no Brasil*. São Paulo: Brasiliense, 2008.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. A. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Orgs). *Caminhos do Pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. Coleção Criança, Mulher e Saúde, 2002.

GIDDENS, A. *A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1993.

GILL, R. Análise do discurso. In: BAUER, M. W. e GASKELL, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som*. Tradução: Pedrinho Guareschi. Petrópolis: Vozes, 2003.

GONÇALVES, T. R. et al. Vida reprodutiva de pessoas vivendo com HIV/AIDS: revisando a literatura. *Psicol. Soc.*, ago 2009, vol.21, nº 2, p.223-32.

GUEDES, T. G. et. al. Mulheres monogâmicas e suas percepções quanto a vulnerabilidade a DST/HIV/AIDS. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*. 21(3): 118-123, 2009.

HEBLING, E.M. & GUIMARÃES, I. R. Women and AIDS: gender relations and condom use with steady partners. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(5): 1211-18, 2004.

KAHHALE, E. et al. *HIV/AIDS: enfrentando o sofrimento psíquico*. São Paulo: Cortez, 2010.

KERN, F. A. Estratégias de fortalecimento no contexto da AIDS. In: *Revista Serviço Social e Sociedade*. São Paulo: Cortez, 2003, nº 74.

MINAYO, M. C. S. et al. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 1998b.

MINAYO, M. C. S. *O desafio de conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 5ª ed. São Paulo: Editora Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO; 1998a.

OSTROW, D. G. Psychiatric considerations in human immunodeficiency virus disease. In: DE VITA, V. J.; HELLMAN, S.; ROSENBERG, S. A. *AIDS: etiology, diagnosis, treatment and prevention*. 4 ed. Philadelphia (USA): Lippincott-Raven, 1997, p. 541-50.

PRAÇA, N. S; & LATORRE, M. R. D. O. *Saúde sexual e reprodutiva com enfoque na transmissão do HIV/AIDS: práticas de puérperas atendidas em maternidades filantrópicas do município de São Paulo*. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 3(1): 61-74, 2003.

RODRIGUES-JÚNIOR, A. L. e CASTILHO, E. A. A epidemia de AIDS no Brasil, 1991-2000: descrição espaço-temporal. *Rev da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 37(4): 312-17, 2004.

SANTOS, N. J. S. et al. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. In: *Rev. Saúde Pública*, ago 2002, v. 36, nº 4, p.12-23.

SILVEIRA, M. F. et. al. Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e AIDS em mulheres. In: *Rev. Saúde Pública*, 36(6): 670-7, 2002.

SILVIA, M. et al. *Direitos das pessoas vivendo com HIV e AIDS*. Rio de Janeiro: Grupo Pela Vida, 1993.

ZAQUIEU, A. AIDS: doença de quem? Sexualidade e relações de gênero nas primeiras representações da AIDS veiculadas na imprensa (1981-1986). In: *Superando desafios: cadernos de Serviço Social do Hospital Universitário Pedro Ernesto – UERJ*. Rio de Janeiro: Visão Social Produções, 2007, p. 57-70.