



OBJSN
Online Brazilian Journal of Nursing

Español

Universidade Federal Fluminense

v.11, n.1 (2012)
ISSN 1676-4285



ESCOLA DE ENFERMAGEM
AURORA DE AFONSO COSTA

recibido: 03/08/2011
robado: 24/01/2012



ANÁLISIS REFLEXIVO SOBRE LOS ASPECTOS SOCIALES DEL HIV/AIDS:
FEMINIZACIÓN, DESCRIMINACIÓN Y ESTIGMA

Octavio Muniz da Costa Vargens¹, Tainara Serodio Amim Rangel²

1 Universidad del Estado de Rio de Janeiro; **2** Centro Universitario Plínio Leite.

RESUMEN

El SIDA siempre estuvo rodeado por tabús, prejuicios y discriminación. Hecho influenciado por su histórico y su construcción social. Objetivo: Analizar la influencia de los factores: discriminación, prejuicios y feminización del HIV, en importantes aspectos sociales del individuo. Método: Fue realizado un resumen histórico del HIV, seguido de un análisis reflexivo de pesquisas que trataban del comportamiento social del portador del virus, y de la sociedad y como estos factores interfieren en su vida social. Discusión: se observó que la sociedad mantiene un comportamiento de exclusión de los portadores de HIV, lo que determina un comportamiento de auto-exclusión de esos individuos. Conclusión: Siendo el estigma un atributo construido socialmente, es necesario intensificar los debates acerca del asunto, buscando destruir la antigua imagen del portador de HIV y contribuir para el surgimiento de individuos portadores de HIV inseridos en la sociedad, participantes en las relaciones sociales.

Palabras clave: **HIV; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; Feminización; Prejuicio; Educación en salud.**



Análisis y Comentarios

Tainara Serodio Amim Rangel
<http://www.objnursing.uff.br/>
taserodio@yahoo.com.br
Departamento de Salud de la madre y el niño. Escuela de Enfermería de la UERJ, Universidad del Estado de Río de Janeiro.

INTRODUCCIÓN

El SIDA siempre fue una enfermedad cubierta por tabús, estigmas y prejuicios y por muchos años, estuvo asociado a los homosexuales, prostitutas, hemofílicos y usuarios de drogas, debido a su trayecto histórico que lo marcó como una enfermedad relacionada a comportamientos no aceptados por la sociedad que vivimos, dichos como impuros, insanos, promiscuos y marginalizados.

De esta forma, se buscó analizar de forma reflexiva a partir de la literatura, sobre como la feminización, la discriminación y el estigma se relacionan influyendo en importantes cuestiones sociales, interfiriendo en las actitudes y en el estilo de vida tanto de los portadores de HIV como de la sociedad en general.

Para mejor entender la influencia del histórico del HIV/SIDA en los estigmas presentes todavía hoy en la sociedad, es hecho un breve resumen histórico del SIDA en Brasil y en el Mundo.

MÉTODO

El presente estudio constituye un análisis reflexivo, a partir de una revisión narrativa de la literatura, cuya fuente fue un conjunto de artículos publicados en periódicos indexados, tesis disertaciones y libros disponibilizados on-line. La búsqueda fue realizada a partir de la Biblioteca Virtual de la Salud (BVS) concentrándose en las bases LILACS y ScieLO. Para la selección de los textos fueron utilizadas las palabras-claves: HIV; SIDA; Feminización y Discriminación. Los textos seleccionados pasaron por análisis y reflexión, tomándose por base el análisis de contenido temático, a través del cual fue posible hacer una compilación histórica de la trayectoria del HIV/SIDA y de los aspectos psicológicos y sociales relacionados al virus, la enfermedad, a los portadores de HIV y a la sociedad.

Retrospectiva histórica de la epidemia de SIDA

Fue a final de la década de 70 e inicio de los 80 que acontecieron las primeras internaciones causadas por el HIV. En la época aún no había esa denominación y no se conocía el agente causador de la infección. Fue en esta misma ocasión que ocurrió la hospitalización de cinco adultos jóvenes en un hospital de Los Ángeles con cuadro de neumonía causada por *Pneumocystis carinii*; algunas semanas después hubo un registro de 26 jóvenes con sarcoma de Kaposi, una neoplasia vascular. Fue cuando comenzó a observarse un aumento en la incidencia de esos casos en el mundo entero, principalmente en los Estados Unidos ⁽¹⁾.

Los profesionales del área de la salud que cuidaban a esas personas observaron que todos, hasta ese momento, eran del sexo masculino, tenían un comportamiento homo o bisexual, enfermaban y muchas veces morían de enfermedades oportunistas, una vez que la neumocistosis y el sarcoma de Kaposi eran observados en personas que tenían baja inmunidad causada por alguna enfermedad genética, o eran transplantados¹.

La incidencia de la infección por el HIV aumentaba espantosamente. Según el Centro de Control de Atlanta la incidencia del SIDA estaba doblando a cada seis meses, y fue observado que las personas infectadas tenían las siguientes características: eran hombres homo o bisexuales, prostitutas, hemofílicos o usuarios de drogas inyectables. A partir de aquí comienza una carrera para descubrir la cura de esta enfermedad estigmatizada, llena de prejuicios y tabús, rotulada como un mal que sólo acometía a personas promiscuas y marginalizadas. Surgen entonces, los denominados grupos de riesgos. El sarcoma de Kaposi fue llamado de cáncer gay⁽¹⁾.

La imagen del SIDA fue construida por la sociedad paralelamente con la medicina. Pues como no se sabía de lo que se trataba, la población acompañaba la evolución de la enfermedad de acuerdo con las descubiertas de la medicina. Contribuyendo para la construcción de la discriminación y del prejuicio sobre esta enfermedad y sobre los portadores del HIV, una vez que la población construyó un concepto de enfermedad incurable, inmortal y que acometía personas promiscuas y transgresoras de las normas sociales². Luego, surgió la idea de que los portadores de HIV/SIDA eran los propios culpados por la enfermedad pues ésta era una consecuencia de su comportamiento, siendo esta enfermedad un castigo para el individuo.

En Brasil y en el mundo la transmisión del HIV ocurría, principalmente, por el contacto sexual, siendo verificado que de los 39.000 casos notificados hasta julio de 1993, 60% habían sido

asociados a algún tipo de contacto sexual. Aún más, 28,35% del total, asociados a la transmisión homosexual y 14,54% habían sido clasificados como casos de contacto bisexual. En junio de 1989 tuvo inicio en Rio de Janeiro, con el apoyo del Ministerio de la Salud, un estudio sobre las prácticas sexuales homosexuales y bisexuales y la consciencia del SIDA entre los hombres, cuyo objetivo era trazar un perfil socio-demográfico de ese grupo. A partir de este estudio se entendió la necesidad de la creación de programas conteniendo informaciones sobre la enfermedad y de campañas incentivando el sexo seguro ⁽³⁾.

A partir de la década de los 90 se observó cambios en el perfil epidemiológico del SIDA. Se empieza a observar un aumento de la infección en personas del sexo femenino con comportamiento monógamo y un declino en la infección por HIV en hemofílicos y usuarios de drogas inyectables⁴. La epidemia de SIDA en Brasil pasó a llamar la atención para tres características principales: empobrecimiento, interiorización y feminización ⁽⁴⁾.

- Empobrecimiento: los investigadores indican el crecimiento de la epidemia entre los segmentos sociales menos privilegiados económicamente ⁽⁴⁾.

- Interiorización: Aquí, los indicadores demuestran la evolución de la epidemia de HIV/SIDA a lo largo de todo el territorio brasileño. El análisis de la expansión de la epidemia, según las categorías poblacionales de los tamaños de los municipios, muestra que la epidemia tuvo inicio en los grandes centros urbanos, pero que esos mismos centros detienen el menor aumento relativo del crecimiento ⁽⁴⁾.

Este proceso se debe, principalmente, a las rutas de distribución y consumo de drogas entre las ciudades como por ejemplo, Itajaí, Santos y ciudades que componen la denominada "ruta campesina", como Campinas y Ribeirão Preto ^(4,5).

- Feminización: Caracterizada por el aumento de la incidencia del HIV en las mujeres. A pesar de las mujeres estar presentes en el contexto de la epidemia desde los años 80, a través de la participación de grupos más vulnerables como las profesionales del sexo, a partir de la década de los 90 la presencia femenina se intensificó, principalmente a través de la transmisión sexual, siendo que la mayoría de estas tenían una pareja fija en la época de la infección ⁽⁴⁾.

Reflexionando sobre la feminización del HIV/SIDA

Las mujeres siempre estuvieron presentes en el contexto del SIDA, incluso perteneciendo al "grupo de riesgo de las prostitutas", pero no fue trazada ninguna meta por el gobierno para monitorear y ni disminuir la incidencia de la infección en las mujeres. Hasta los años 90, los programas de prevención del SIDA siempre fueron dirigidos a los hombres ^(3,4). Podía ser observado que esporádicamente la figura femenina aparecía en las propagandas de incentivo al uso del preservativo.

¿Pero por qué? De las prostitutas no se interesaba cuidar, al final eran sólo prostitutas, y las mujeres "de familia" no estaban inseridas en los grupos de riesgo. Este fue un hecho que contribuyó para el aumento del HIV/SIDA en las mujeres ⁽³⁾.

Con el advenimiento de los métodos contraceptivos y en especial la píldora anticoncepcional, en las décadas de los 60 y 70, la mujer pasó a controlar mejor su fertilidad y socialmente buscó mayor independencia. El advenimiento de la pastilla anticoncepcional dio a la mujer un poco más de autonomía sobre su cuerpo, sus deseos, volviéndolas más independiente. Aunque la píldora ayuda a cambiar la visión de la sexualidad femenina por parte de las propias mujeres, ella no se caracteriza como un factor de prevención para la transmisión de HIV y de otras DST's. La preocupación de las mujeres con el riesgo de gravidez no planificada disminuyó significativamente. Sin embargo, el uso de la pastilla siempre fue algo que dependía solamente del deseo de la mujer de usarla o no, pero el uso del preservativo masculino dependía del deseo del compañero y las cuestiones de DST/SIDA no eran discutidas claramente. También la campaña para la disminución del número de relaciones, para las mujeres es considerada ineficaz, ya que ellas suelen tener un comportamiento monógamo ⁽⁶⁾.

Siendo así, las mujeres obtuvieron mayor autonomía sobre su cuerpo y pasaron a expresar de forma más libre sus deseos. Pero se volvieron más vulnerables al HIV/SIDA, una vez que no estaban consideradas dentro de un comportamiento de riesgo para infectarse, sin la preocupación de un embarazo indeseado y creyendo estar seguras en un relacionamiento estable, no usaban los métodos preventivos.

Al final de los años 80 las estadísticas mostraron que la mayoría de las mujeres infectadas no se encajaba en los comportamientos de riesgos previamente citados. Al contrario, no eran prostitutas y sí, mujeres de "familia", tenían entre 15 y 40 años de edad, la mayoría con hijos ^(3,4).

Como resultado, las pesquisas muestran que aunque eran monógamas las mujeres estaban contaminándose con el virus HIV por vía sexual, esto acontece porque sus compañeros no usan preservativo, o porque ellas niegan el riesgo de esta infección, pues admitir la existencia de un riesgo significa confrontar con miedos y sentimientos dolorosos de traición, lo que puede ser notado como inútil o inadecuado a su condición de género ⁽⁶⁻⁸⁾.

Se levanta la hipótesis de que el riesgo en relación al SIDA puede iniciarse cuando la relación de intimidad y confianza se establece. A partir de ahí, las personas se vuelven más vulnerables y las dimensiones de las prácticas sociales pueden dar indicios de que esa manera de pensar afectará las estrategias de prevención de ese grupo. La confianza influye en las relaciones, pues individuos en relaciones estables suelen no tomar ninguna medida efectiva de prebendado contra el SIDA, generalmente, no usan preservativos y no conocen su condición serológica ni la de su pareja. Esas medidas preventivas no entran en pauta en la relación. La relación de confianza, por lo tanto, lleva a los individuos al riesgo de contagio, pues se establece cierta vulnerabilidad y eso afectará las estrategias de prevención de la enfermedad, principalmente cuando se refiere al género ^(8,9).

Las mujeres además de presentarse vulnerables simplemente por una cuestión de género, como discutido anteriormente pueden ser del interior y/o pobres, lo que las colocaría como el grupo de mayor riesgo para infectarse con HIV. Esto, porque se cree que las condiciones socioeconómicas y culturales influye en las decisiones referentes a las condiciones de cómo y cuándo tendrán relaciones sexuales. Lo que interfiere directamente en el poder de decisión de la mujer. Esas mujeres son, por tanto, consideradas más vulnerables. Ya las mujeres con mejor nivel socioeconómico y cultural, detienen más conocimiento de las formas de prevención y contaminación del HIV/SIDA, estando más propensas a prevenirse ⁽¹⁰⁾.

En 30 años de epidemia son 608.230 casos de SIDA acumulados, entre 1980 y junio de 2011. Del total, 397.662 (65,4%), casos fueron registrados en hombres y 210.538 (34,6%) casos fueron registrados en mujeres ⁽¹¹⁾. En 1984, la razón era de 122 hombres infectados con el virus HIV para 1 mujer, en 1994 era de 5 hombres para 1 mujer; En 2005, esa razón se convirtió en 1,6:1. La razón del

sexo viene disminuyendo a lo largo de los años. En 1985, para cada 26 casos entre los hombres, había un caso entre las mujeres. En 2010, esa relación es de 1,7 hombres para cada caso en mulheres¹⁰. El número medio estimado de nuevos casos de SIDA diagnosticados en Brasil a cada año es de 33 mil (3,11).

Los programas del gobierno volcados para la salud de la mujer tuvieron como origen la lucha de los grupos feministas y de salud de la mujer. Uno de ellos es el Programa de Asistencia Integral a la Salud de la Mujer (PAISM), que fue elaborado por feministas y activistas Pro-Salud de la Mujer, en 1983⁽³⁾. En 1997, los servicios de salud pasaron a incorporar en su rutina de pre-natal la oferta de serología para el HIV, entendiendo que con el aumento de los casos de SIDA en mujeres con edad fértil existe la posibilidad de transmisión vertical. Este programa sufrió alteraciones en el 2004, y pasó a traer, además de un mayor énfasis en la mujer con HIV, cuestiones de salud sobre mujeres hasta entonces olvidadas, como las presas y las lesbianas.

Discriminación y estigma: aspectos sociales que permanecen en el mundo del SIDA

El SIDA fue una enfermedad estigmatizada desde su apareamiento. Con certeza, el perfil de los primeros portadores contribuyó para la construcción de los tabús y prejuicios que la rodea hasta los días actuales (3,12).

El Ministerio de Salud creó la campaña "Quédate Sabiendo" que tiene como objetivo incentivar a las personas para que realicen el teste para el HIV para que los portadores del virus sean identificados, orientados y sensibilizados para que se adhieran al tratamiento y al uso del preservativo en las relaciones sexuales buscando disminuir la transmisión y evitar las complicaciones de la enfermedad.

Creemos que muchas personas no hacen el teste diagnóstico porque tienen miedo del resultado, tienen recelos de ser juzgadas y excluidas por la familia, por la sociedad y muchas temen perder sus empleos.

Un estudio realizado en el 2005 con el objetivo de identificar la prevalencia de actitudes discriminatorias en dos momentos de la epidemia brasileña de HIV/SIDA y los posibles cambios ocurridos realizó investigaciones en los años 1998 y 2005 en las mismas regiones brasileñas, con el mismo cuestionario, fueron entrevistadas 3.324 personas. Se observó que a pesar de haber sido identificado una reducción significativa en la proporción de personas entre as pesquisas de 1998 Y

2005 que respondieron sí, a la obligatoriedad del teste anti-HIV para: la admisión en el empleo, antes del casamiento, ingreso en las fuerzas armadas, usuarios de drogas, entrada de extranjeros al país, profesionales del sexo y para todas las personas, aún hay una expresiva discriminación contra los portadores del virus HIV. Como por ejemplo, la pesquisa del 2005 mostró que 57,3% piensan que el teste de HIV debe ser hecho en exámenes de admisión; 75,5% creen que también deben ser rastreadas las personas que entran a las fuerzas armadas; 92,9% creen que el teste para el HIV debe ser obligatorio para los usuarios de drogas; 63,2% no dejarían sus hijos menores en la compañía de una persona con HIV; y 21,9% están de acuerdo con que gestantes con HIV deberían abortar ⁽⁴⁾.

Este estudio mostró también que son factores asociados al mayor nivel de intención de discriminación, poseer menor escolaridad, ser do sexo femenino, tener más de 45 años y vivir en la región Norte/Nordeste. En relación a los que vivían en el Sur o São Paulo fue 46% mayor y en el Centro-Oeste/Sudeste esa chance fue 39% mayor ⁽¹²⁾.

La pesquisa realizada en el 2004 y en el 2005 muestra mujeres con reciente resultado de serología positiva para el HIV, las cuales demuestran el miedo de perder los amigos, los familiares, los hijos y las hijas. Reconocen el prejuicio y señalan las actitudes de discriminación que fueron experiencias de otras personas y aquellas que han vivenciado. En las declaraciones, la discriminación se nota por el alejamiento, refieren que hay personas que, cuando saben que ellas tienen esta enfermedad, se alejan. Sienten que son maltratadas, que los niños expuestos al HIV son apartados de los juegos con sus amigos en la calle o de paseos con la familia ⁽¹³⁾. Otro estudio realizado de diciembre del 2004 a marzo del 2005, entrevistó diez mujeres con diagnóstico de HIV positivo, el cual presentó las categorías: “Fragilidad delante de la descubierta de la enfermedad”, “Ocultando el diagnóstico”, “Conviviendo con la enfermedad” e “Eminencia de muerte”, también, el HIV/SIDA representa para las mujeres otras amenazas, como el riesgo de transmitir la infección para su bebé, durante algún período del embarazo; la responsabilidad de cuidar todos en casa, que, culturalmente es función femenina; además de esos factores, si ella propia desenvuelve la enfermedad, tendrá que cuidar de sí misma ⁽¹⁴⁾.

El estigma relacionado al SIDA aparece en las declaraciones de las mujeres como una enfermedad que marca a las personas, para siempre, recuerda la imagen de Cazuza, cantante de música popular

brasileña, fallecido en 1990, portador del HIV, con dificultad para caminar, sin cabello, delgado y ojos encovados. Esta es la imagen que la sociedad en general tiene del SIDA. Pero existe una equivocación, pues todos piensan que la persona que tiene SIDA es "seca", es Delgada, sin embargo, en los días actuales con los medicamentos que causan menos efectos colaterales y con los avances en la medicina, muchos portadores del HIV tienen la apariencia saludable ⁽⁴⁾.

En otro estudio referente a mujeres con HIV y el enfrentamiento de las dificultades encontradas por ellas en el trabajo, los investigadores entrevistaron 10 mujeres con serología positiva para el HIV, todas informaron la vía sexual como medio de contagio, 06 tenían nivel medio completo, 03 poseían nivel fundamental incompleto y 01 tenía nivel fundamental completo. Esta pesquisa resultó en una categoría general "Mujer, HIV/SIDA y Trabajo", esta fue dividida en subcategorías: "el trabajo en sí" – en la cual las mujeres atribuyeron los sentidos al trabajo, de independencia, dinero y condiciones de un buen tratamiento; y hablan de la importancia de la socialización para enfrentar la enfermedad; la segunda subcategoría "Organización del trabajo y exclusión social" traen el miedo al prejuicio y a la discriminación, una participante pidió demisión por miedo y vergüenza a que los compañeros de trabajo descubrieran su condición serológica. Por cuenta de la discriminación, muchas personas suelen alejarse del convivio social por protección, por pensar que no serán aceptadas, pues también, muchas veces, se condenan y no se aceptan. El hecho de dimitirse, alejarse de los amigos y parientes puede ser un mecanismo de defensa, como si estuviesen protegiéndose del preconcepto y de los juzgamientos ⁽¹⁵⁾.

El proceso de estigmatización puede iniciarse con la necesidad del tratamiento antiretroviral, que exige muchas consultas, faltas o atrasos en el trabajo. Actualmente, tales necesidades son más comunes de que en la primera década de la epidemia, cuando quedarse enfermo resultaba rápidamente en óbito. Esas situaciones fuerzan la revelación del diagnóstico y la estigmatización asociada al SIDA seguida de la discriminación. Las mujeres con HIV, además de sufrir prejuicios por ser portadoras del virus, son rotuladas de vagabundas, promiscuas, debido al histórico del HIV/SIDA ⁽¹⁵⁾.

El trabajo es un importante objeto de socialización, incluso para los portadores del HIV, pues además de ejercer una actividad y recibir un sueldo, también son integrantes de una sociedad, y se sienten parte de ella ⁽¹⁶⁾. Por lo tanto, no puede ser fuente originaria de malestares y vergüenza entre las personas con HIV.

CONSIDERACIONES FINALES

Sin dudas el SIDA es una enfermedad cubierta de tabús, estigma y prejuicios acarreados por su histórico, su transmisión es causa de juzgamientos, y su simbología es la imagen de una persona caquéxica, con ojos hundidos, que no tiene fuerza ni para mantenerse de pie. Esta imagen perdura aunque el avance del tratamiento de la enfermedad haya permitido cambios en la vida de los portadores del virus.

La mujer con HIV además de ser portadora de un virus lleno de estigma es discriminada y juzgada, pues solamente su condición serológica basta para ser tachada de prostituta, promiscua y merecedora de tal castigo. Siendo así, la mujer con serología positiva para el HIV sufre prejuicio duplicado.

El prejuicio y la estigmatización traen importantes cuestiones sociales que deben estar constantemente en discusión y en proyectos gubernamentales que objetiven disminuir los impactos sociales, psicológicos y económicos acarreados.

La estigmatización es un proceso social que desempeña un importante papel en la ampliación de la desigualdad, y legaliza la violación de los derechos humanos. La ley establece el derecho a la salud y a la no discriminación, traduciéndose en derechos y libertades son comunes a todos los seres humanos, sin distinción por lo tanto, sin discriminación y preconcepciones.

Aunque reciba y reconozca el estigma como marcador de diferencias individuales y sociales, no se trata de atributo fijo, y sí de una construcción social y cultural, por tanto histórica y mutable, y que establece relaciones de desvalorización del otro. Por tanto, se insiere en contextos y procesos socialmente construidos, siendo posible rever tales actitudes y conceptos, colaborando para la disminución de actos discriminatorios, cambios de estigmas y la ruptura de paradigmas.

CITAS

Vargens O.Rangel T. Reflective analysis on the social aspects of HIV/AIDS: feminization, discrimination and stigma. **Online Brazilian Journal of Nursing** [serial on the Internet]. 2012 April 18; [Cited 2012 May 14]; 11(1):[about ## p.]. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3531>.

1. Parker R, et al. A Aids no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumara; 1992.
2. Almeida MRCB de, Labronici LM. A trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contada pela história oral. Cien Saude Colet [periódico na Internet]. 2007 Mar [citado 2011 Fev 22]; 12(1): 263-274. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000100030&lng=pt. doi: 10.1590/S1413-81232007000100030.
3. Parker R, Galvão J. Quebrando o Silêncio: mulheres e Aids no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumara; 1996.
4. Brito AM de, Castilho EA de, Szwarcwald CL. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. Rev. Soc. Bras. Med. Trop. [serial on the Internet]. 2001 Apr [cited 2010 Jan 24]; 34(2): 207-217. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822001000200010&lng=en. doi: 10.1590/S0037-86822001000200010.
5. Parker R, Camargo JRKR. Pobreza e Hiv/Aids: aspectos antropológicos e sociológicos. Cad Saúde Pública. 2000; 16(Sup.1): 89-102.
6. Alves VH, Pereira AV, Rangel TSA. O papel do enfermeiro no pré-natal de gestantes soropositivo para o HIV. Rev. Enfermagem Brasil. 2008; 7(2):79-85.
7. Paiva MS. Vivenciando a gravidez e experienciando a soropositividade para o HIV [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo (USP); 2000.
8. Silva CM, Vargens OM da C. A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV. Rev. esc. enferm. USP [periódico na Internet]. 2009 Jun [citado 2011 Jul 18]; 43(2): 401-406. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342009000200020&lng=pt. doi: 10.1590/S0080-62342009000200020.
9. Santos TL, Abud ACF, Inagaki ADM. Vulnerabilidade às Doenças Sexualmente Transmissíveis entre Mulheres com Alta Escolaridade. Rev. enferm. UERJ. 2009; 17(4):502-5.
10. Paiva SS, Galvão MTG. Sentimentos diante da não amamentação de gestantes e puérperas soropositivas para HIV. Texto contexto - enferm. [periódico na Internet]. 2004 Set [citado 2012 Jan 22]; 13(3): 414-419. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072004000300011&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072004000300011>.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Aids/DST. [online]. 2011 [acesso 2012 jan]; Versão Preliminar: Ano XII - Nº 01 de 26ª a 52ª Semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2010; de 01ª a 26ª semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2011. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2011/50652/boletim_aids_2011_preliminar3_pdf_20265.pdf
12. Garcia Sandra, Koyama Mitti Ayako Hara. Estigma, discriminação e HIV/Aids no contexto brasileiro, 1998 e 2005. Rev. Saúde Pública [periódico na Internet]. [citado 2012 Jan 22]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000800010&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000800010>.
13. Padoin SMM, Souza ÍEO. A compreensão do temor como modo de disposição da mulher com HIV/AIDS diante da (im)possibilidade de amamentar. Texto contexto - enferm. [serial on the Internet]. 2008 Sep [cited 2012 Jan 19]; 17(3): 510-518. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000300012&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000300012>.
14. Barroso L, Carvalho C, Araújo T, Galvão M. Self-care of a woman with AIDS: a model of nursing care Online Brazilian Journal of Nursing.[serial on the internet]. 2006 agosto 5; [cited 2011 julho 29]; 5(2): Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/289>.
15. Carvalho CML, Galvão MTG. Enfrentamento da AIDS entre mulheres infectadas em Fortaleza - CE. Rev. esc. enferm. USP [periódico na Internet]. 2008 Mar [citado 2012 Jan 22]; 42(1): 90-97. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000100012&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000100012>.