



Universidade Federal Fluminense

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



ESCOLA DE ENFERMAGEM
AURORA DE AFONSO COSTA

cebido: 03/08/2011
rovado: 24/01/2012



ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS ASPECTOS SOCIAIS DO HIV/AIDS:
FEMINIZAÇÃO, DISCRIMINAÇÃO E ESTIGMA

Octavio Muniz da Costa Vargens¹, Tainara Serodio Amim Rangel²

**1 Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2 Centro
Universitário Plínio Leite.**

RESUMO

A Aids sempre esteve rodeada por tabus, preconceitos e discriminação. Fato influenciado por seu histórico e sua construção social. Objetivo: Analisar a influência dos fatores: discriminação, preconceito e feminização do Hiv, em importantes aspectos sociais do individuo. Método: Foi realizado um resumo histórico do Hiv, seguido de uma análise reflexiva de pesquisas que tratavam do comportamento social do portador do vírus, e da sociedade, assim como estes fatores interferem em sua vida social. Discussão: Observou-se que a sociedade mantém um comportamento de exclusão dos portadores do Hiv, o que determina um comportamento de auto-exclusão desses indivíduos. Conclusão: Sendo o estigma um atributo construído socialmente, é necessário intensificar os debates acerca do assunto, buscando desconstruir a antiga imagem do portador do Hiv, e contribuir para o surgimento de indivíduos portadores do Hiv inseridos na sociedade, participantes nas relações sociais.



ANÁLISE E COMENTÁRIOS

Tainara Serodio Amim Rangel
<http://www.objnursing.uff.br/>
tataserodio@yahoo.com.br
Departamento de Enfermagem
Materno-infantil. Faculdade de
Enfermagem da UERJ,
Universidade do Estado do Rio
de Janeiro.

INTRODUÇÃO

A Aids sempre foi uma doença coberta por tabus, estigmas e preconceitos, e por muitos anos, esteve associada aos homossexuais, prostitutas, hemofílicos e usuários de drogas, devido ao seu percurso histórico que a marcou como uma doença relacionada a comportamentos não aceitos na sociedade em que vivemos, ditos como impuros, insanos, promíscuos e marginalizados.

Desta forma, buscou-se analisar de forma reflexiva a partir da literatura, sobre como a feminização, a discriminação e o estigma relacionam-se influenciando em importantes questões sociais, interferindo nas atitudes e no estilo de vida tanto dos portadores do Hiv quanto da sociedade em geral.

Para melhor entender a influência do histórico do Hiv/Aids nos estigmas presentes ainda hoje na sociedade, é feito um breve resumo histórico da Aids no Brasil e no Mundo.

MÉTODO

O presente estudo constitui uma análise reflexiva, a partir de revisão narrativa de literatura, cuja fonte foi um conjunto de artigos publicados em periódicos indexados, teses dissertações e livros disponibilizados on-line. A busca foi realizada a partir da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) concentrando-se nas bases LILACS e ScieLO. Para seleção dos textos foram utilizadas as palavras-chaves: Hiv; Aids; Feminização e Discriminação. Os textos selecionados passaram por análise e reflexão, tomando-se por base a análise de conteúdo temática, através da qual foi possível fazer um apanhado histórico da trajetória do Hiv/Aids e dos aspectos psicológicos e sociais relacionados ao vírus, à doença, aos portadores do Hiv, e à sociedade.

Retrospectiva histórica da epidemia de Aids

Foi no final de década de 70 e início de 80 que aconteceram as primeiras internações causadas pelo Hiv. Na época ainda não havia essa denominação e não se conhecia o agente causador da infecção. Foi nesta mesma ocasião que ocorreu a internação de cinco adultos jovens num hospital de Los Angeles com quadro de pneumonia causada por *Pneumocystis carinii*; algumas semanas depois houve o registro de 26 jovens com sarcoma de Kaposi, uma neoplasia vascular. Foi quando começou a se observar um aumento na incidência desses casos no mundo inteiro, principalmente nos Estados Unidos. ⁽¹⁾

Os profissionais da área da saúde que assistiam a essas pessoas observaram que todos, até então, eram do sexo masculino, tinham o comportamento homo ou bissexual, adoeciam e, muitas vezes morriam de doenças oportunistas, uma vez que a pneumocistose e o sarcoma de Kaposi eram observados em pessoas que tinham a imunidade comprometida ou por alguma doença genética, ou eram transplantados¹.

A incidência da infecção pelo Hiv aumentava espantosamente. Segundo o Centro de Controle de Atlanta a incidência da Aids estava dobrando a cada seis meses, e foi observado que as pessoas infectadas tinham as seguintes características: eram homens homo ou bissexuais, prostitutas, hemofílicos ou usuários de drogas injetáveis. A partir daqui começa uma corrida para descobrir a cura de doença estigmatizada, cheia de preconceitos e tabus, rotulada como um mal de só acometia pessoas promíscuas e marginalizadas. Surgem então, os chamados grupos de risco. O sarcoma de Kaposi é chamado de câncer gay. ⁽¹⁾

A imagem da Aids foi construída pela sociedade paralelamente com a medicina. Pois como não se sabia do que se tratava, a população acompanhava a evolução da doença de acordo com as descobertas da medicina. Contribuindo para a construção da discriminação e do preconceito acerca da doença e dos portadores do Hiv, uma vez que a população construiu conceitos de doença incurável, imortal e que acometia pessoas promiscuas e transgressoras de normas sociais². Logo, surgiu a idéia de que os portadores do Hiv/Aids eram os próprios culpados pela doença, pois esta

era uma consequência do seu comportamento, o que culpa o indivíduo e o castiga com o vírus e a doença.

No Brasil e no mundo a transmissão do Hiv ocorria, principalmente, por contato sexual, sendo verificado que dos 39.000 casos notificados até julho de 1993, 60% tinham sido associados a algum tipo de contato sexual. Mais ainda, 28,35% do total, associados à transmissão homossexual e, 14,54% tinham sido classificados como casos de contato bissexual. Em junho de 1989 teve início no Rio de Janeiro, com o apoio do Ministério da Saúde, um estudo sobre as práticas sexuais homossexuais e bissexuais e a consciência da Aids entre os homens, cujo objetivo era traçar um perfil sócio-demográfico desse grupo. A partir deste estudo se entendeu a necessidade de criação de programas contendo informações sobre a doença e de campanhas incentivando o sexo seguro ⁽³⁾.

A partir da década de 90 observou-se mudanças no perfil epidemiológico da Aids. Começa-se a observar um aumento da infecção em pessoas do sexo feminino com comportamento monogâmico e um declínio na infecção pelo Hiv em hemofílicos e usuários de drogas injetáveis⁴. A epidemia de Aids no Brasil passou a chamar atenção para três características principais: pauperização, interiorização e feminização.⁽⁴⁾

- Pauperização: Os pesquisadores indicam o crescimento da epidemia entre os segmentos sociais menos privilegiados economicamente. ⁽⁴⁾

- Interiorização: Aqui, os indicadores demonstram a evolução da epidemia de Hiv/Aids ao longo de todo o território brasileiro. A análise da expansão da epidemia, segundo as categorias populacionais dos tamanhos dos municípios, mostra que a epidemia teve início nos grandes centros urbanos, mas que esses mesmos centros detêm o menor aumento relativo do crescimento. ⁽⁴⁾

Este processo se deve, principalmente, às rotas de distribuição e consumo de drogas entre cidades como por exemplo, Itajaí, Santos e cidades que compõem a chamada "rota caipira", como Campinas e Ribeirão Preto^(4,5).

- Feminização: Caracterizada pelo aumento da incidência do Hiv nas mulheres. Apesar das mulheres estarem presentes no contexto da epidemia desde os anos 80, através da participação de grupos mais vulneráveis como as profissionais do sexo, a partir da década de 90 a presença feminina se

intensificou, principalmente através da transmissão sexual, sendo que a maioria destas tinham parceiro fixo na época da infecção. ⁽⁴⁾

Refletindo sobre a feminização do Hiv/Aids

As mulheres sempre estiveram presentes no contexto da Aids, inclusive pertencendo ao “grupo de risco das prostitutas”, mas não foi traçada nenhuma meta pelo governo para monitorar e nem diminuir a incidência da infecção nas mulheres. Até os anos 90, os programas de prevenção da Aids sempre foram voltados para os homens^(3,4). Podia ser observado que esporadicamente a figura feminina aparecia nas propagandas de incentivo ao uso do preservativo.

Mas porquê? Das prostitutas não interessava cuidar, afinal eram só prostitutas, e as mulheres “de família” não estavam inseridas nos grupos de risco. Este foi um fato que contribuiu para o aumento do Hiv/Aids nas mulheres⁽³⁾.

Com o advento dos métodos contraceptivos e, em especial a pílula anticoncepcional, na década de 60 e 70, a mulher passou a controlar melhor a sua fertilidade e socialmente buscou maior independência. O advento da pílula anticoncepcional deu à mulher um pouco mais de autonomia sobre seu corpo, seus desejos, tornando-a mais independente. Enquanto a pílula ajuda a mudar a visão da sexualidade feminina por parte das próprias mulheres, ela não se caracteriza como um fator de prevenção para a transmissão do Hiv e de outras DST's. A preocupação das mulheres com o risco de gravidez não planejada diminuiu significativamente. Porém, o uso da pílula sempre foi algo que dependia apenas da vontade da mulher de usar ou não, mas o preservativo masculino depende da vontade do parceiro e as questões de DST/Aids não eram discutidas claramente. Assim como a campanha de diminuição dos números de parceiros, que para as mulheres é considerada ineficaz, já que elas já tendem a ter um comportamento monogâmico⁽⁶⁾.

Sendo assim, as mulheres obtiveram maior autonomia sobre o seu corpo e passaram a expressar de forma mais livre os seus desejos. Mas tornaram-se mais vulneráveis ao Hiv/Aids, uma vez que não eram consideradas dentro de um comportamento de risco para a infecção, sem a preocupação da gravidez indesejada e acreditando estarem seguras num relacionamento estável, não lançavam mão de métodos preventivos.

No final dos anos 80 as estatísticas mostraram que a maioria das mulheres infectadas não se encaixava nos comportamentos de risco previamente citados. Ao contrário, não eram prostitutas, eram mulheres de "família", tinham entre 15 e 40 anos de idade, na maioria com filhos^(3,4).

Como resultado, as pesquisas mostram que mesmo sendo monogâmicas as mulheres estão contraindo o vírus Hiv por via sexual, isso acontece ou porque não conseguem fazer com que seus parceiros usem o preservativo, ou porque elas negam o risco dessa infecção, pois admitir a existência de um risco significa confrontar com medos e sentimentos dolorosos de traição, o que pode ser percebido como inútil ou inadequado à sua condição de gênero⁽⁶⁻⁸⁾.

Levanta-se a hipótese de que o risco em relação à Aids pode iniciar-se quando a relação de intimidade e confiança se estabelece. A partir de então, as pessoas tornam-se mais vulneráveis e as dimensões das práticas sociais podem dar indícios de que essa maneira de pensar afetará as estratégias de prevenção desse grupo. A confiança influencia os relacionamentos, pois indivíduos em relacionamentos estáveis tendem a não tomar nenhuma medida efetiva de prevenção à Aids, geralmente, não usam preservativos e não conhecem a sua condição sorológica nem a do parceiro. Essas medidas preventivas não entram em pauta na relação. A relação de confiança, portanto, leva os indivíduos ao risco de contágio, pois se estabelece certa vulnerabilidade, e isso afetará as estratégias de prevenção à doença, principalmente quando se fala em gênero^(8,9).

As mulheres além se apresentarem vulneráveis simplesmente por uma questão de gênero, como discutido acima, ainda podem ser do interior e/ou pobres, o que as colocaria como o grupo com maior risco para a infecção do Hiv. Isto, porque acredita-se que as condições socioeconômicas e culturais influenciam nas decisões referentes sobre em que condições, como e quando ter relações sexuais. O que interfere diretamente no poder de decisão da mulher. Essas mulheres são, portanto, consideradas mais vulneráveis. Já as mulheres com melhor nível socioeconômico e cultural, detêm de mais conhecimento sobre a forma de prevenção e contaminação do Hiv/Aids, estando mais propensas a se prevenirem⁽¹⁰⁾.

Em 30 anos de epidemia são 608.230 casos de Aids acumulados, entre 1980 e junho de 2011. Do total, 397.662 (65,4%), casos foram registrados em homens e 210.538 (34,6%) casos foram registrados em mulheres⁽¹¹⁾. Em 1984, a razão era de 122 homens infectados com o vírus do Hiv para 1 mulher, em 1994 era de 5 homens para 1 mulher; Em 2005, essa razão se tornou 1,6:1. A razão de

sexo vem diminuindo ao longo dos anos. Em 1985, para cada 26 casos entre homens, havia um caso entre mulher. Em 2010, essa relação é de 1,7 homens para cada caso em mulheres¹⁰. O número médio estimado de novos casos de Aids diagnosticados no Brasil a cada ano é 33 mil^(3,11).

Os programas de governo voltados para a saúde da mulher tiveram como origem a luta dos grupos feministas e de saúde da mulher. Um deles é o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que foi elaborado por feministas e ativistas Pró-Saúde da Mulher, em 1983⁽³⁾. Em 1997, os serviços de saúde passam a incorporar na rotina de pré-natal a oferta de sorologia para o Hiv, entendendo que com o aumento dos casos de Aids em mulheres em idade fértil há a possibilidade de transmissão vertical. Este programa sofreu alterações em 2004, e passou a trazer, além de uma maior ênfase na mulher com Hiv, questões de saúde sobre mulheres até então esquecidas, como as presidiárias e as lésbicas.

Discriminação e estigma: aspectos sociais que permanecem no mundo da Aids

A Aids foi uma doença estigmatizada desde o seu aparecimento. Com certeza, o perfil dos primeiros portadores contribuiu para a construção dos tabus e preconceitos que a rodeiam até os dias atuais^(3,12).

O Ministério da Saúde traz a campanha "Fique Sabendo" que tem como objetivo incentivar as pessoas a realizarem o teste para o Hiv para que os portadores do vírus sejam identificados, orientados e sensibilizados a aderirem ao tratamento e ao uso do preservativo nas relações sexuais, buscando diminuir a transmissão e evitar as complicações da doença. Acreditamos que muitas pessoas não fazem o teste diagnóstico porque têm medo do resultado, têm anseio de serem julgadas e excluídas pela família, pela sociedade e muitas receiam perder seus empregos.

Estudo realizado em 2005 com o objetivo de identificar a prevalência de atitudes discriminatórias em dois momentos da epidemia brasileira de Hiv/Aids e possíveis mudanças ocorridas realizou pesquisas nos anos de 1998 e 2005 nas mesmas regiões brasileiras, com o mesmo questionário, foram entrevistadas 3.324 pessoas. Observou-se que apesar de ter sido identificado redução significativa na proporção de pessoas entre as pesquisas de 1998 e 2005 que responderam sim à obrigatoriedade do teste anti-Hiv para: a admissão no emprego, antes do casamento, ingresso nas forças armadas, usuários de drogas, entrada de estrangeiros no país, profissionais do sexo e para todas as pessoas,

ainda há uma expressiva discriminação contra os portadores do vírus Hiv. Como por exemplo, a pesquisa de 2005 mostrou que 57,3% pensam que o teste de Hiv deve se feito em exames admissionais; 75,5% acham que também devem ser rastreadas as pessoas que entrarem para as forças armadas; 92,9% acham que o teste para o Hiv deve ser obrigatório para os usuários de drogas; 63,2% não deixariam seus filhos menores em companhia de uma pessoa com Hiv; e 21,9% concordam que gestantes com Hiv deveriam fazer aborto⁽⁴⁾.

Este estudo mostrou ainda que são fatores associados ao maior nível de intenção de discriminação possuir menor escolaridade, ser do sexo feminino, ter acima de 45 anos e residir na região Norte/Nordeste. Em relação aos que residiam no Sul ou São Paulo foi de 46% maior e no Centro-Oeste/Sudeste essa chance foi 39% maior⁽¹²⁾.

Pesquisa realizada em 2004 e 2005 mostra mulheres com recente resultado de sorologia positiva para o Hiv, as quais demonstram o medo de perder os amigos, os familiares, os filhos e as filhas. Reconhecem o preconceito e apontam as atitudes de discriminação que foram experiências de outras pessoas e aquelas que vivenciaram. Nos depoimentos, a discriminação é percebida pelo afastamento, referem que há pessoas que, quando sabem que elas têm a doença, se afastam. Sentem que são mal tratadas, que as crianças expostas ao HIV são afastadas das brincadeiras com seus amigos na rua ou de passeios com a família⁽¹³⁾. Outro estudo realizado de dezembro de 2004 a março de 2005, entrevistou dez mulheres com diagnóstico de Hiv positivo, o qual apresentou as categorias: “Fragilidade diante da descoberta da doença”, “Ocultando o diagnóstico”, “Convivendo com a doença” e “Iminência de morte”, e ainda, o HIV/AIDS representa para as mulheres outras ameaças, como o risco de transmitir a infecção para o seu bebê, durante algum período da gravidez; a responsabilidade de cuidar todos em casa, que, culturalmente é função feminina; além desses fatores, se ela própria desenvolver a doença, tem que cuidar de si⁽¹⁴⁾.

O estigma relacionado à Aids aparece nos depoimentos das mulheres como uma doença que marca as pessoas, para sempre, lembra a imagem do Cazuza, cantor da música popular Brasileira, falecido em 1990, portador do Hiv, com dificuldade de caminhar, sem o cabelo, magro e olhos encovados. Esta é a imagem que a sociedade em geral tem da Aids. Mas há um equívoco, pois todos pensam que a pessoa

<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3531>

que tem Aids é "seca", é magra, porém, nos dias atuais com os medicamentos que causam menos efeitos colaterais e com os avanços da medicina muitos portadores do Hiv têm a aparência saudável⁽⁴⁾.

Em outro estudo referente a mulheres com Hiv e o enfrentamento das dificuldades encontradas por elas no trabalho, os pesquisadores entrevistaram 10 mulheres com sorologia positiva para o Hiv, todas informaram a via sexual como meio de contágio, 06 tinham nível médio completo, 03 possuíam nível fundamental incompleto e 01 tinha nível fundamental completo. Essa pesquisa resultou em uma categoria geral "Mulher, Hiv/Aids e Trabalho", esta foi dividida em subcategorias: "O trabalho em si" – na qual as mulheres atribuíram os sentidos ao trabalho, de independência, dinheiro e condições de um bom tratamento; e falam da importância da socialização para o enfrentamento da doença; a segunda subcategoria "Organização do trabalho e exclusão social" trazem o medo do preconceito e da discriminação, uma participante pediu demissão por medo e vergonha dos colegas de trabalho descobrirem sua condição sorológica. Por conta da discriminação, muitas pessoas tendem a se afastar do convívio social por proteção, por pensarem que não serão aceitas, pois também, muitas vezes, se condenam e não se aceitam. O fato de se demitirem, se afastarem de amigos e parentes pode ser um mecanismo de defesa, como se estivessem se protegendo do preconceito e dos julgamentos⁽¹⁵⁾.

O processo de estigmatização pode iniciar-se com as necessidades do tratamento antiretroviral, que exige muitas consultas, faltas ou atrasos no trabalho. Atualmente, tais necessidades são mais comuns do que na primeira década da epidemia, quando o adoecimento resultava rapidamente em óbito. Essas situações forçam a revelação do diagnóstico e a estigmatização associadas à Aids seguida da discriminação. As mulheres com Hiv, além de sofrerem o preconceito de serem portadoras do vírus, são rotuladas de vagabundas, promíscuas, devido ao histórico do Hiv/Aids⁽¹⁵⁾.

O trabalho é um importante objeto de socialização, inclusive para os portadores do Hiv, pois além de exercerem uma atividade e receberem um salário, não somente são integrantes de uma sociedade, como se sentem parte dela⁽¹⁶⁾. Portanto, não pode ser fonte geradora de desconforto e constrangimento entre as pessoas com Hiv.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

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>.

Sem dúvida a Aids é uma doença coberta de tabus, estigma e preconceitos acarretados pelo seu histórico, e sua transmissão é razão de julgamentos, e sua simbologia é a imagem de uma pessoa caquética, com olhos fundos, que não tem força nem para manter-se em pé, mesmo com o avanço do tratamento da doença que permitiu grandes mudanças nos portadores do vírus.

A mulher com Hiv além de ser portadora de um vírus cheio de estigma é discriminada e julgada, pois somente a sua condição sorológica basta para ser taxada de prostituta, promíscua e merecedora de tal castigo. Sendo assim, a mulher com sorologia positiva para o Hiv sofre o preconceito em dobro.

O preconceito e a estigmatização trazem importantes questões sociais que devem estar constantemente em discussão e em projetos governamentais que visem diminuir os impactos sociais, psicológicos e econômicos acarretados.

A estigmatização é um processo social que desempenha um importante papel na ampliação da desigualdade, e legitima a violação dos direitos humanos, isso porque o Direito Internacional dos Direitos Humanos estabelece o direito à saúde e à não discriminação. Os Direitos Humanos se traduzem em direitos e liberdades que são comuns a todos os seres humanos, sem distinção, portanto, sem discriminação e preconceitos.

Mesmo reconhecendo o estigma como marcador de diferenças individuais e sociais, não se trata de atributo fixo, mas de uma construção social e cultural, portanto histórica e mutável, e que estabelece relações de desvalorização do outro. Portanto, insere-se em contextos e processos socialmente construídos, sendo possível rever tais atitudes e conceitos, colaborando para diminuição de atos discriminatórios, mudanças de estigmas e quebra de paradigmas.

REFERÊNCIAS

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.

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>.

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>.