

Christiane Maia¹

Dirce Guilhem¹

Daniel Freitas^{II}

Vulnerabilidade ao HIV/Aids de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável

Vulnerability to HIV/AIDS in married heterosexual people or people in a common-law marriage

RESUMO

OBJETIVO: Estudar conhecimentos, comportamentos preventivos e percepções em relação ao HIV/Aids de homens e mulheres heterossexuais casados ou em união consensual.

MÉTODOS: Estudo exploratório realizado no Distrito Federal, entre 2001 e 2002. Foram entrevistados 200 homens e mulheres heterossexuais (18 e 49 anos) em união civil ou estável, divididos em dois grupos: (I) 50 casais abordados em locais públicos, e (II) 100 usuários de Unidade Básica de Saúde, sendo 50 mulheres e 50 homens. O instrumento para coleta de dados consistiu de questionário semi-estruturado acerca de características demográficas, socioeconômicas e comportamentais dos entrevistados, com 38 perguntas, das quais duas eram abertas.

RESULTADOS: A distribuição etária entre os grupos foi semelhante, contudo o grupo I apresentou maior escolaridade e renda, enquanto o grupo II mostrou menor conhecimento sobre as formas de transmissão do HIV. Uso de preservativo foi igualmente citado pelos grupos como uma das formas de prevenção, 14% dos entrevistados relataram seu uso regular no último ano. As principais justificativas para não usar o preservativo foram “confiança no companheiro” e “incompatibilidade com parceria sexual fixa”. A percepção de risco à infecção foi mais freqüente entre as mulheres.

CONCLUSÕES: A população estudada encontrava-se em situação de vulnerabilidade frente ao risco de contrair a doença, embora os entrevistados possuíssem conhecimento satisfatório sobre o HIV/Aids. Suas percepções conjugais refletiam sua aculturação sobre os papéis de gênero e hierarquização da relação efetivo-sexual, que podem colaborar para que os comportamentos preventivos sejam pouco adotados.

DESCRITORES: Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, prevenção e controle. Heterossexualidade. Parceiros Sexuais. Comportamento Sexual. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. Vulnerabilidade em Saúde.

¹ Departamento de Enfermagem. Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil

^{II} Gerência Geral de Sangue, outros Tecidos, Células e Órgãos. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, DF, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Christiane Santiago Maia
SEPN 515, Edifício Ômega, 3º andar sala 5
70770-502 Brasília, DF, Brasil
E-mail: csmaia2@hotmail.com

ABSTRACT

OBJECTIVE: To study knowledge, preventive behavior, and perception regarding HIV/AIDS of heterosexual men and women that are married or in a common-law marriage.

METHODS: Exploratory study carried out in the Federal District of Brazil, between 2001 and 2002. Heterosexual men and women (N=200) aged 18 and 49, married or in a common-law marriage were divided into two groups: (I) 50 couples approached in public places, and (II) 100 users of a Basic Health Unit, 50 were women and 50 were men. The instrument for data collection was a semi-structured questionnaire on demographic, socioeconomic and behavioral characteristics of the interviewees, with 38 questions, two of which were open.

ANALYSIS OF RESULTS: The age distribution between the groups was similar, but group I had a higher level of schooling and income, while group II had less knowledge about the ways that HIV is transmitted. The use of condoms was equally mentioned by both groups as one of the types of prevention. Of the interviewees, 14% reported its regular use in the last year. The main reasons for not using condoms were “trusting the partner” and “being incompatible with having a fixed partner”. The perception of the risk of infection was more frequent among women.

CONCLUSIONS: The population studied was vulnerable to the risk of getting the disease, although the interviewees had enough knowledge on HIV/AIDS. Their perceptions of the couple reflected their acculturation in relation to gender roles and the hierarchization of the affective-sexual relationship, which can contribute to the small adoption of preventive behavior.

DESCRIPTORS: Acquired Immunodeficiency Syndrome, prevention & control. Heterosexuality. Sexual Partners. Sexual Behavior. Health Knowledge, Practice, and Attitudes. Health Vulnerability.

INTRODUÇÃO

No Brasil, embora se observe uma tendência à estabilização na incidência de Aids, crescem persistentemente os casos de infecção por HIV em indivíduos acima de 35 anos.¹ Evidenciam-se no País a heterossexualização e feminização da epidemia, associadas ao aumento de incidência entre populações mais vulneráveis socio-economicamente. No Distrito Federal (DF) já foram notificados 5.599 casos de Aids, com incidência de 19,4 casos por 100.000 habitantes em 2006, a quinta maior do País.¹

Nas duas últimas décadas, o HIV/Aids tem se caracterizado por uma dinâmica de contínuas transformações, suscitando dilemas técnicos e éticos referentes ao seu enfrentamento e à escolha das melhores estratégias preventivas para seu controle.² As mudanças nas abordagens epidemiológicas (de “grupos de risco para comportamentos de risco” e, posteriormente, para “vulnerabilidade”) permitiram ampliar o foco de

atenção para a sociedade como um todo e não apenas para grupos isolados. No entanto, essa alteração no olhar da sociedade não foi capaz de promover uma mudança efetiva no que se refere ao estigma associado à doença.¹⁰

Talvez isso se deva ao fato de que a Aids foi reconhecida como uma “epidemia da imoralidade”, já que inicialmente estava associada a pessoas e comportamentos considerados desviantes. “Epidemia da imoralidade” é um conceito desenvolvido por Guilhem¹⁰ sobre a percepção social do HIV/Aids vinculada a metáforas, tais como “peste gay” e às pessoas inicialmente acometidas pela doença, tais como prostitutas e usuários de drogas. Nesse sentido, a história moral da Aids permitiu a construção da noção de que essa seria uma “doença estrangeira”, dos “outros”, daqueles considerados distantes morais. Mas o tênue limite entre o “eu” e “outro” emerge a partir do momento que a infecção

¹ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Boletim epidemiológico – Aids e DST: 1^a a 26^a semana epidemiológica. Boletim epidemiológico – Aids e DST. 2006;III(1).

ultrapassa os limites do público e do privado, alcançando a sacralidade da família e do casamento.¹² Persistem dificuldades relativas à compreensão do contexto das interações pessoais, em particular dos fatores que interferem no estabelecimento e na manutenção das alianças conjugais e dos relacionamentos afetivo-sexuais.¹²

Portanto, investigar a prevenção do HIV/Aids entre heterossexuais com relacionamentos estáveis pode ter como obstáculo o quanto essas pessoas estão vinculadas a crenças e valores morais associados ao casamento; na concepção ocidental, representariam atributos como amor, fidelidade, respeito, confiança e cumplicidade.^{3,10} Há um pressuposto de que, ao assumir tais valores na vida cotidiana, homens e mulheres estariam protegidos do risco de se infectarem.

As dificuldades decorrentes da hierarquização de poderes nas relações afetivo-sexuais, suprimindo efetivos canais de comunicação sobre a sexualidade entre parceiros, resultam em justificativa para não utilização de práticas de sexo seguro em relacionamentos estáveis.¹⁰ No entanto, a configuração atual da epidemia de Aids confirma a falibilidade de tal comportamento, que impede a reflexão sobre a sexualidade de mulheres e homens.

Os diferentes graus e naturezas da vulnerabilidade individual e coletiva frente à infecção, adoecimento e morte pelo HIV requerem amplo questionamento sobre padrões culturais tradicionalmente aceitos.⁷ Entende-se por vulnerabilidade:

“a situação resultante de uma conjunção de fatores individuais (biológicos, cognitivos e comportamentais), programáticos (programas de prevenção, educação, controle e assistência, bem como vontade política), sociais (relacionados às questões econômicas e sociais) e culturais (submissão a padrões e crenças morais, hierarquias, relações de poder, questões de gênero), interdependentes e mutuamente influenciáveis, assumindo pesos e significados diversos que variam no decorrer do tempo e determinam o grau de susceptibilidade de indivíduos e grupos em relação a questões de saúde”. (Guilhem,¹⁰ p. 63-64).

São poucos os estudos sobre a percepção e atitudes preventivas frente ao HIV/Aids de homens e mulheres em relacionamentos heterossexuais estáveis, sua interface com moralidades relacionadas ao casamento e papéis assumidos pelos parceiros. Porém, dados epidemiológicos recentes comprovam a necessidade de uma abordagem urgente sobre o segmento heterossexual da população.

O objetivo do presente estudo foi estudar os conhecimentos, comportamentos preventivos e percepções em relação ao HIV/Aids de homens e mulheres heterossexuais casados ou em união consensual.

MÉTODOS

Foi realizado estudo exploratório em uma população de homens e mulheres entre 18 e 49 anos, residentes no Distrito Federal, entre 2001 e 2002, que fossem casados ou vivessem em relação conjugal estável. Foi utilizada amostra de conveniência, composta por 200 sujeitos divididos em dois grupos.

O grupo I foi constituído por casais heterossexuais abordados em locais públicos (centros comerciais, clubes e feiras) pela técnica “bola de neve”, totalizando 50 pares. A técnica consistia em solicitar aos pesquisados nomes de casais amigos e parentes para participar do estudo, minimizando as dificuldades relacionadas a recrutamento e abordagem para as entrevistas.¹¹ O grupo II foi constituído por 100 usuários não relacionados (50 homens e 50 mulheres) de uma unidade básica de saúde.

O instrumento para coleta de dados consistiu de questionário semi-estruturado com 38 perguntas, das quais duas eram abertas. Havia três blocos de questões referentes a características demográficas, socioeconômicas e comportamentais dos entrevistados. Nas duas perguntas abertas, os respondentes eram solicitados a relatar a utilização ou não de preservativos, motivos alegados e auto-percepção de risco de contrair o HIV em uma parceria estável. As perguntas fechadas foram validadas em pesquisas anteriores.^{10,a}

Não houve padronização quanto ao número de opções de resposta para cada pergunta. As respostas foram agrupadas em intervalos ou categorias simples. A análise estatística univariada foi feita utilizando-se os testes qui-quadrado e exato de Fisher, com nível de significância de 5% utilizando programa EpiInfo 6.0. Os relatos das questões abertas foram utilizadas para exemplificar alguns dados.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Todos os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Na Tabela 1 são apresentadas as características socio-demográficas e o tempo de relação afetivo-sexual dos sujeitos, segundo grupo.

Quanto ao conhecimento sobre a transmissão do HIV/Aids, a relação sexual foi identificada como forma de infecção por quase todos os sujeitos (Tabela 2). Transfusão e uso de seringas/agulhas não descartáveis foram relatadas em maior proporção pelo grupo I do que pelo grupo II ($p < 0,001$ e $p = 0,046$, respectivamente).

^a Fundação do Bem-Estar Familiar no Brasil. Brasil: pesquisa nacional sobre demografia e saúde. Brasília: 1997.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica segundo os grupos estudados. Distrito Federal, 2001-2002.

| Variável | Grupos (%) | |
|---|------------|----|
| | I | II |
| Faixa etária (anos) | | |
| 18-24 | 25 | 21 |
| 25-29 | 17 | 31 |
| 30-34 | 23 | 19 |
| 35-39 | 21 | 14 |
| 40-49 | 14 | 15 |
| Escolaridade (completa) | | |
| Ensino fundamental | 0 | 55 |
| Ensino médio | 50 | 40 |
| Superior | 37 | 3 |
| Pós-graduação | 13 | 0 |
| Ignorado | 0 | 2 |
| Local da residência | | |
| Plano Piloto | 56 | 5 |
| Cidades satélites | 44 | 95 |
| Renda mensal (R\$) | | |
| Sem renda | 18 | 20 |
| 1-500 | 10 | 54 |
| 501-1.000 | 13 | 16 |
| 1.001-2.000 | 19 | 7 |
| Acima de 2.000 | 40 | 3 |
| Religião | | |
| Católica romana | 62 | 64 |
| Evangélica | 5 | 20 |
| Espírita kardecista | 9 | 2 |
| Protestante tradicional | 5 | 2 |
| Sem religião | 9 | 10 |
| Outros | 10 | 2 |
| Estado civil | | |
| Viúvo | 0 | 1 |
| Separado/Divorciado | 6 | 5 |
| Solteiro | 32 | 49 |
| Casado | 62 | 45 |
| Convivência com atual companheira(o) (anos) | | |
| Até 1 | 13 | 12 |
| 1-5 | 48 | 37 |
| >5-15 | 30 | 39 |
| > 15 | 9 | 12 |

Convivência com portadores do vírus e beijo na boca também foram formas de transmissão do vírus citadas (Tabela 3), este último significativamente mais citado pelo grupo II ($p=0,005$).

Tabela 2. Frequência de respostas corretas sobre transmissão e prevenção do HIV segundo os grupos estudados. Distrito Federal, 2001-2002.

| Resposta correta | Grupos (%) | |
|--|------------|----|
| | I | II |
| Forma de transmissão | | |
| Relação sexual | 100 | 97 |
| Transfusão de sangue (receber sangue) | 88 | 47 |
| Uso de seringas/agulhas não descartáveis | 63 | 49 |
| Forma de prevenção | | |
| Uso de preservativos | 95 | 95 |
| Cuidados com transfusão sanguínea | 50 | 9 |
| Usar seringas/agulhas descartáveis | 59 | 38 |

Tabela 3. Frequência de respostas incorretas sobre transmissão e prevenção do HIV segundo grupos estudados. Distrito Federal, 2001-2002.

| Resposta incorreta | Grupos (%) | |
|-------------------------------|------------|----|
| | I | II |
| Forma de transmissão | | |
| Beijo na boca | 2 | 12 |
| Conviver com pessoa infectada | 0 | 5 |
| Picada de mosquito | 2 | 0 |
| Forma de prevenção | | |
| Possuir único parceiro | 16 | 9 |

Como forma de prevenção da doença, o uso de preservativo foi relatado igualmente pelos dois grupos (95%). Cuidados relacionados à transfusão sanguínea e uso de seringas e agulhas descartáveis foram proporcionalmente mais relatados pelo grupo I do que pelo grupo II ($p<0,001$ e $p=0,002$, respectivamente) (Tabela 2).

A Figura 1 apresenta os locais e meios de comunicação mais citados pelos entrevistados sobre fonte de informações sobre HIV/Aids.

O uso de preservativos em todas as relações nos últimos 12 meses foi relatado por 14% dos indivíduos. Não houve diferença significativa entre tempo de convivência com companheiro e uso de preservativo.

Conforme a Figura 2, 34 (17%) sujeitos relataram relacionamentos sexuais extraconjugais nos últimos 12 meses, dois quais 24 (71%) eram do sexo masculino. Dentre os entrevistados que tiveram relações sexuais extraconjugais, 9% não utilizaram preservativo.

Nas questões abertas, a maioria dos homens (20 do grupo I e 10 do grupo II) relatou não utilizar preservativo com sua companheira porque representaria uma

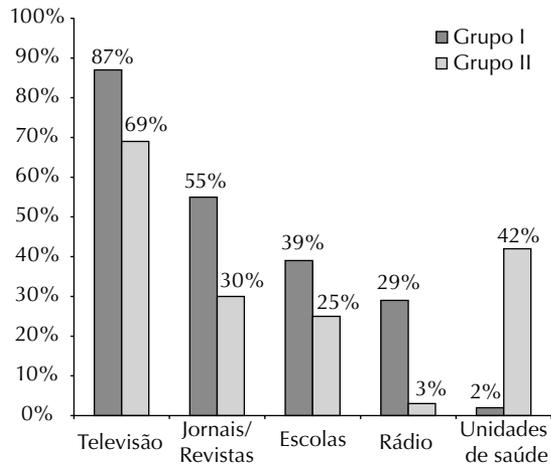


Figura 1. Fontes de informação sobre HIV/Aids mais citadas segundo os grupos estudados. Distrito Federal, 2001-2002.

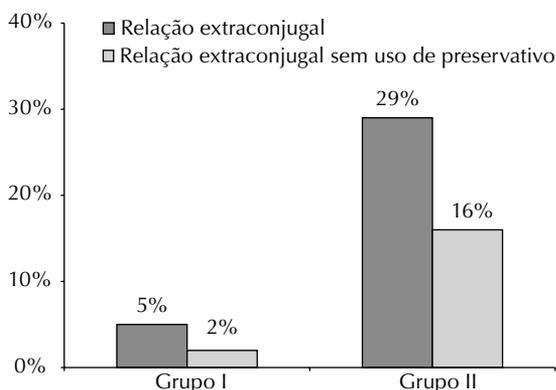


Figura 2. Frequência de relações extraconjugais e sem uso de preservativo segundo os grupos estudados. Distrito Federal, 2001-2002.

atitude incompatível com o fato de ter parceria sexual fixa, conforme ilustrado em relato: “*Não vejo necessidade. Só tenho uma parceira*”. Entre as mulheres, a justificativa mais freqüente (24%) foi a confiança em seu companheiro, conforme relato “*A gente tem um relacionamento em que a base é a confiança e o amor. Estou assumindo o risco*”. Apenas uma mulher relatou usar o preservativo para prevenir doenças sexualmente transmissíveis, como a Aids. Outros argumentos incluíam: uso de outro método contraceptivo, o fato de o companheiro não gostar de utilizar preservativo e realização prévia de exames anti-HIV, o que conferia segurança à relação.

Sobre a auto-percepção de risco de contrair o HIV, considerando sua situação em parceria afetivo-sexual fixa, 71% das mulheres responderam afirmativamente, comparado a 44% dos homens. Os relatos a seguir ilustram essa auto-percepção. “*Mas até que ponto eu tenho*

que confiar minha vida numa pessoa e até que ponto eu vou ficar a vida toda desconfiando?” questionou uma entrevistada; outro entrevistado relatou: “*Tem risco sim, se eu desviar do meu casamento, fizer as besteiras*”.

DISCUSSÃO

O presente estudo teve como limitações: diferentes processos de seleção de sujeitos, utilização de amostra de conveniência, ou seja, que não é representativa da população em geral. Contudo, por se tratar de uma pesquisa exploratória, o estudo propôs-se a tornar mais explícito o problema em questão, favorecendo a compreensão do tema.

O grupo I apresentou maiores escolaridade e renda. A forma de transmissão sexual do HIV é conhecida igualmente pelos dois grupos, enquanto que os demais aspectos mostraram que o grupo de menor escolaridade possuía menos informações.

Parker & Camargo¹⁸ (2000) destacam que a Aids tem se direcionado aos segmentos menos favorecidos da sociedade, e para Fernandes,⁴ (1998) o fato de a doença atingir cada vez mais pessoas com menor escolaridade, é devido ao reduzido acesso a informações. As mesmas formas de transmissão e prevenção entre mulheres no presente estudo foram observadas por Grimberg⁹ (2001). Vieira et al²⁰ (2000) observaram que os homens possuíam conhecimento sobre a transmissão da Aids, dos quais 97% informaram que a relação sexual é uma forma de transmissão do HIV.

A influência do meio no qual os indivíduos foram submetidos aos questionamentos é perceptível nas respostas acerca do uso de preservativo. Os sujeitos de pesquisa abordados na unidade de saúde (grupo II) podem ter mencionado com mais freqüência a utilização do preservativo devido ao histórico poder médico,⁶ como forma de atender às expectativas do entrevistador.

O uso restrito do preservativo foi comum aos grupos, tanto nas relações conjugais como extraconjugais. Historicamente, o uso de preservativo esteve associado a prostituição, promiscuidade e relações extraconjugais, restringindo seu uso. Apesar do aumento significativo de sua utilização no Brasil entre os anos de 1998 e 2004, sua adesão é menor entre mulheres, negros, analfabetos e na região Centro-Oeste.¹⁷

No que se refere às fontes de informação sobre o HIV/Aids, confirma-se a necessidade da participação efetiva dos veículos da mídia nas intervenções educativas relacionadas à prevenção do HIV/Aids, pois esses ocupam lugar significativo na construção dos valores sociais e individuais.¹⁹ Meyer et al¹⁵ (2004) consideram que os anúncios televisivos sobre o HIV/Aids re-produzem ou veiculam representações de gênero múltiplas, instáveis e conflitantes, excluindo aqueles que não se

identificam nessas descrições. Gonçalves & Varandas⁸ (2005) propõem a aliança da bioética com a mídia para que se possam tratar adequadamente os dilemas morais relacionados à Aids.

Escolas e professores apareceram como veículos importantes de disseminação das informações. Segundo dados do Ministério da Educação e Cultura¹⁶ (2005), 60,2% das escolas do País têm ações de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e da Aids. Contudo, é preocupante que apenas 29,3% dos professores do ensino fundamental estejam capacitados para tal.¹⁶

O elevado número de indivíduos do grupo II que adquiriria conhecimento sobre a doença em unidades de saúde deve-se ao fato de que as entrevistas com esses sujeitos foram realizadas em uma unidade básica de saúde, configurando-se em um viés de seleção.

Para Berquó¹ (2000) a diferença de parcerias eventuais entre sexos é resultante de visões distintas sobre o significado das relações afetivo-sexuais. A sexualidade feminina ainda é vista como limitada à sua função reprodutora, e a sexualidade masculina, é indisciplinada e incoerente.^a

Para Macklin¹⁴ (2003), a mulher é mais vulnerável à Aids devido à sua posição social e econômica na sociedade, impedindo-a de negociar o uso do preservativo, discutir fidelidade e abandonar relações que a coloquem em risco. Notam-se as sensações de impotência e dilema relatadas por mulheres que expressam uma concepção fatalista da doença, contra a qual nada pode ser feito.

Vieira et al²⁰ (2000) salientam os riscos aos quais os homens estão expostos, haja vista que muitos possuem múltiplas parceiras e não usam preservativo. Como anteriormente descrito em relato, ainda existe a percepção de que a Aids se limita a determinados grupos, concebendo-a como doença fora de seu contexto. Assim, medidas preventivas acabam não sendo adotadas por esses indivíduos que não se consideram fazer parte de um grupo de risco. Além disso, os homens só se percebem em risco para contrair HIV fora do ambiente domiciliar.

O HIV/Aids ainda é visto como “doença da rua” ou a “doença do outro”.¹⁰ Portanto, há pouca discussão sobre o tema entre casais. As representações de gênero são observadas nas falas dos entrevistados, bem como valores culturais sobre amor e fidelidade expressos,

por exemplo, pelo “mito do amor romântico”³ como atributo essencial da felicidade. Essa visão romântica e eternizada do amor pode fazer com que o casal abandone a utilização de preservativos e acredite que está realmente protegido contra o HIV/Aids.

Homens e mulheres heterossexuais entrevistados no presente estudo, casados ou em união consensual, possuíam conhecimentos importantes sobre transmissão do HIV/Aids; entretanto suas percepções conjugais expressam a cultura em que estão inseridos no que se diz respeito aos papéis de gênero e hierarquização da relação efetivo-sexual. Isso pode explicar a restrição da adoção de comportamentos preventivos, tornando-os vulneráveis à infecção por HIV.

Observam-se categorias de vulnerabilidade a infecção pelo HIV no presente estudo. Os comportamentos preventivos, mesmo conhecidos pelos sujeitos, não são praticados na maioria das situações (vulnerabilidade individual). Desigualdades de renda e gênero interferem tanto na aquisição de informações, como na tomada de decisão para a prevenção da Aids (vulnerabilidade social). Papéis masculinos e femininos estabelecidos culturalmente interferem substancialmente nas decisões sobre prevenção do HIV/Aids escolhidas pelos indivíduos (vulnerabilidade cultural).

Há, portanto, necessidade de empoderamento dos casais, compreendido como a expansão da liberdade de escolha e capacidade de agir sobre os recursos que afetam suas vidas.¹³ O empoderamento constitui um instrumento fundamental para a superação da desigualdade de gênero.¹³

As políticas de prevenção ao HIV/Aids devem considerar que a epidemia se assenta sobre desigualdades, tais como as de gênero, afetando populações de forma heterogênea.⁵ Estigmas, tabus e preconceitos relacionados à doença estabelecem uma organização familiar e social em que discursos de poder, em particular nas relações conjugais, influenciam respostas coletivas à epidemia. Campanhas direcionadas a casais em união estável são necessárias e devem considerar os valores sociais que dificultam a adoção de práticas de prevenção dos indivíduos. Torna-se imperativo, portanto, que os dirigentes da área de saúde utilizem a mídia de forma consciente para o controle da epidemia, com ampliação das dimensões individuais, sociais, culturais e políticas dos sujeitos.

^a Reis AL. Mulheres e Aids: rompendo o silêncio através da adesão de um centro municipal de saúde [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2001.

REFERÊNCIAS

1. Berquó E, coordenador. Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/Aids. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. p.249-50. (Série Avaliação, 4).
2. Castilho EA, Bastos FI, Szwarcwald CL, Fonseca MGP. A AIDS no Brasil: uma epidemia em mutação. *Cad Saude Publica*. 2000;16(suppl 1):S04-5.
3. Costa JF. Nem fraude nem favor: estudos sobre o amor romântico. Rio de Janeiro: Rocco; 1998.
4. Fernandes JCL. Evolução dos conhecimentos, atitudes e práticas relativas ao HIV/AIDS em uma população de favela do Rio de Janeiro. *Cad Saude Publica*. 1998;14(3):575-81.
5. Galvão J. Aids no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia. Rio de Janeiro: ABIA/São Paulo: Editora 34; 2001.
6. Gilbert ACB, Cardoso MHCA, Wuillaume SM. Médicos residentes e suas relações com/e no mundo da saúde e da doença: um estudo de caso institucional com residentes em obstetrícia/ginecologia. *Interface (Botucatu)*. 2006;10(19):103-16.
7. Gonçalves EH, Guilhem D. Leitura bioética das campanhas educativas governamentais de prevenção ao HIV/Aids e sua aplicabilidade às mulheres casadas. *O Mundo da Saúde*. 2003;27(2):292-300.
8. Gonçalves EH, Varandas R. O papel da mídia na prevenção do HIV/Aids e a representação da mulher no contexto da epidemia. *Cienc Saude Coletiva*. 2005;10(1):229-35.
9. Grimberg M. "Saber de SIDA" y cuidado sexual em mujeres jóvenes de sectores populares del cordón sur de la ciudad de Buenos Aires: apuntes para la definición de políticas de prevención. *Cad Saude Publica*. 2001;17(3):481-9.
10. Guilhem D. Escravas do Risco: bioética, mulheres e Aids. Brasília: Editora UnB/Finattec; 2005.
11. Jiménez AL, Gotlieb SLD, Hardy H, Zaneveld LJD. Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis em mulheres: associação com variáveis sócio-econômicas e demográficas. *Cad Saude Publica*. 2001;17(1):55-62.
12. Knauth DR. O vírus procurado e o vírus adquirido: a construção da identidade entre mulheres portadoras do vírus da Aids. *Rev Estudos Feministas*. 1997b;5(2):291-300.
13. León M. Empoderamiento: relaciones de las mujeres con el poder. *Rev Estudos Feministas*. 2000;8(2):191-205.
14. Macklin R. Bioethics, vulnerability, and protection. *Bioethics*. 2003;5-6(17):472-85.
15. Meyer DE, Santos LHS, Oliveira DL, Wilhelms DM. "Mulher sem-vergonha" e "traidor responsável": problematizando representações de gênero em anúncios televisivos oficiais de prevenção ao HIV/AIDS. *Rev Estudos Feministas*. 2004;12(2):51-76.
16. Ministério da Educação e Cultura. Censo Escolar, INEP. 2005 *apud* Paiva V, Pupo LR, Barboza R. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2006;40(Supl):109-19.
17. Paiva V, Pupo LR, Barboza R. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2006;40(Supl):109-19.
18. Parker R, Camargo KR. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cad Saude Publica*. 2000;16(1):89-102.
19. Trindade MP, Schiavo MR. Comportamento sexual das mulheres em relação a HIV/Aids. *DST- J Bras Doenças Sex Transm*. 2001;13:17-22.
20. Vieira EM, Villela WV, Réa MF, Fernandes MEL, Franco E, Ribeiro G. Alguns aspectos do comportamento sexual e prática de sexo seguro em homens de Município de São Paulo. *Cad Saude Publica*. 2000;16(4):997-1009.