

Comportamentos relacionados à saúde sexual de pessoas vivendo com o Vírus da Imunodeficiência Humana

Behaviors related to sexual health of people living with the Human Immunodeficiency Virus
Conductas relacionadas con la salud sexual de personas con Virus de Inmunodeficiencia Humana

Géssyca Cavalcante de Melo¹

Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza¹

Renata Karina Reis²

Débora de Souza Santos¹

Jorge Luis de Souza Riscado¹

Joséte Luzia Leite³

1. Universidade Federal de Alagoas. Maceió, AL, Brasil.
2. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil.
3. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Analisar os comportamentos relacionados à saúde sexual de pessoas com Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) segundo o modelo de promoção da saúde. Objetivos específicos: Identificar as características individuais e comportamentos da saúde sexual dos participantes, prévios à pesquisa; descrever sentimentos, autoeficácia, barreiras, benefícios e influências em relação aos comportamentos importantes de ser modificados; construir um plano de ação acordado com o indivíduo em relação aos comportamentos. **Métodos:** Estudo qualitativo realizado em 2014 com 14 pessoas por meio de entrevista semiestruturada em um serviço especializado de Maceió/AL. O Modelo de Pender foi utilizado como referencial teórico-metodológico. **Resultados:** Quatro categorias apontaram aspectos comportamentais sexuais-afetivos-relacionais - o (não) uso do preservativo nas relações sexuais e a responsabilidade voltada para si e para o outro; a suspensão/restricção da vida sexual e a ausência de relacionamentos afetivos; o gênero, as relações de poder e a saúde sexual de mulheres com HIV; o fortalecimento da vida sexual e do afeto relacional. **Conclusão:** A soropositividade se mostrou como uma situação em que comportamentos são repensados; contudo os desejos de mudança comportamental aparecem permeados pelo estigma e pela falta de apoio para a tomada de decisões. Este estudo sinaliza o modelo aplicado como mais uma ferramenta útil para enfermeiros e demais profissionais.

Palavras-chave: Saúde Sexual; Promoção da Saúde; Comportamentos de Saúde; HIV; Teoria de Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To analyze the behaviors related to sexual health of people living with the Human Immunodeficiency Virus (HIV) according to the health promotion model. Specific aims: to identify the individual characteristics and behaviors of the subjects previous to the time of the survey; describe the feelings, self-efficacy, barriers, benefits and personal influences in relation to important behaviors to be modified; build an agreed plan of action together with the individual in relation to their behavior. **Methods:** This is a qualitative study held in 2014 with 14 participants through semi-structured interview in a specialized health service in Maceió-Alagoas. Pender's model was used as theoretical and methodological framework. **Results:** Four categories pointed to changes in the sexual-affective-relational life of the subjects: the use or non-use of condoms in sexual relations and the responsibility related to themselves and to each other; suspension/restriction of sex life and lack of romantic relationships; the gender, the power relationships and the sexual health of women with HIV; the strengthening of sex life and relationship affection. **Conclusion:** Seropositivity proved to be a situation in which behaviors are rethought; however the behavioral change desires arise pervaded by the stigma and the lack of support for decision-making. This study showed the model applied as another useful tool for nurses and other professionals.

Keywords: Sexual Health; Health Promotion; Health Behavior; HIV; Nursing theory.

RESUMEN

Objetivo: Analizar las conductas relacionadas con la salud sexual de personas con VIH de acuerdo con el Modelo de Promoción de la Salud. Objetivos específicos: Identificar características y comportamientos anterior de los sujetos; describir sentimientos, autoeficacia, barreras, beneficios y influencias relacionadas con comportamientos importantes para ser modificados; construir un plan de acción acordado con el individuo en estas conductas. **Métodos:** Estudio cualitativo realizado en 2014 con 14 participantes através de entrevista semi-estructurada en una clínica especializada en Maceió/AL. El Modelo de Pender se utilizó como marco teórico-metodológico. **Resultados:** Cuatro categorías se señalaron los cambios en la vida sexual-afectiva-relacional de los sujetos: El uso (no) de preservativos durante las relaciones sexuales y la responsabilidad por sí mismos y a otros; La suspensión/restricción de la vida sexual y la falta de relaciones sentimentales; Géneros, relaciones de poder y la salud sexual de las mujeres con VIH; El fortalecimiento de la vida sexual y afecto relacional. **Conclusión:** La seropositividad parecía mostrar cómo situación en que se reconsideran comportamientos, sin embargo, los deseos de cambio de comportamiento aparecen permeado por estigma y falta de apoyo para toma de decisiones. Este estudio indica el modelo aplicado como una herramienta útil para enfermeras y otros profesionales.

Palabras clave: Salud sexual; Promoción de la salud; Conductas saludables; VIH; Teoría de enfermería.

Autor correspondente:

Géssyca Cavalcante de Melo.
E-mail: gessycamel@hotmail.com

Recebido em 02/04/2015.
Aprovado em 08/11/2015.

DOI: 10.5935/1414-8145.20160022

INTRODUÇÃO

A disponibilidade cada vez mais aperfeiçoada de recursos para o tratamento da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) desvia a morte física do caminho da pessoa acometida, abrindo-lhe a possibilidade do retorno a uma vida sexual praticamente normal, pelo menos do ponto de vista orgânico. Isto é, a anatomia genital do indivíduo permanece sadia, assim como as outras funções corporais, implicando possibilidade de reconstrução de projetos de vida e estabelecimento de relações afetivas, sejam elas soroconcordantes ou sorodiscordantes^{1,2}.

No entanto, existem situações em que a saúde sexual da pessoa vivendo com HIV ainda se mantém comprometida por seus significados, uma vez que o vírus não é eliminado do organismo. Assim, ainda não pode ter sido oportuno para alguns indivíduos retornar à normalidade sexual desejada, caracterizada pela posse de todos os atributos que lhe permitem uma convivência plena com os outros e a experiência de uma vida informada, agradável e sem riscos^{1,3}.

Nesse aspecto, é fundamental que os serviços de saúde assumam o papel de espaços privilegiados para que sejam incluídas, em sua rotina, diferentes formas de enfrentamento dessas dificuldades, de modo que as pessoas com HIV continuem se relacionando afetiva e sexualmente, se assim desejarem⁴. Para isso, é importante que a abordagem da sexualidade não ocorra de maneira generalizada, restrita a orientações prescritivas, como se as pessoas fossem igualadas pelas mesmas práticas - a exemplo de como ocorre, comumente, nas campanhas de prevenção⁵.

Na lógica do paradigma da promoção da saúde, esse exercício não é fácil de ser executado, pois significa que os profissionais devem incluir, no seu cotidiano de trabalho, rotinas de investigação sistemática das necessidades mais íntimas e silenciosas do indivíduo, buscando a construção de conhecimento compartilhado, baseado em seus juízos de valor sobre comportamentos e na capacidade de escolha individual e de mediação entre as pessoas e seu ambiente⁶.

No campo da enfermagem, é crescente o número de pesquisas que buscam evidenciar a importância do uso de teorias que facilitam a compreensão dos determinantes da saúde e a orientação de soluções que respondam às necessidades das pessoas⁷. Entre essas teorias, destaca-se o Modelo de Promoção da Saúde (MPS), desenvolvido pela enfermeira Nola Pender como uma integração das perspectivas da enfermagem e da ciência comportamental para a abordagem dos processos biopsicossociais que influenciam os indivíduos a adotar comportamentos saudáveis⁸.

O MPS fornece um diagrama composto por uma taxonomia clara, que abrange condutas promotoras de saúde individuais ou grupais, permitindo planejamento, intervenção e avaliação de suas ações pelo estudo da relação de três componentes: 1) características e experiências individuais, que envolvem as condutas prévias relacionadas a um comportamento e os fatores pessoais que conduzem o indivíduo a adotar certo comportamento; 2) sentimentos e conhecimentos sobre

condutas que precisam ser modificadas e o que se deseja alcançar em relação às mesmas, que são as variáveis modificáveis, cujas mudanças podem depender de motivações que partem das ações de profissionais de saúde e que envolvem as crenças das pessoas sobre os benefícios, barreiras, autoeficácia e influências para modificar o comportamento; 3) comportamento de promoção da saúde desejável, ou seja, a ação dirigida aos resultados de saúde positivos⁸.

No contexto do HIV, a equipe multiprofissional precisa agregar à sua atuação não apenas os conhecimentos da doença, mas também a concepção ampliada de saúde, a fim de identificar integralmente as maneiras de viver que influenciam o bem-estar dos indivíduos, inclusive no campo da saúde sexual. O presente estudo tem como objetivo geral analisar os comportamentos relacionados à saúde sexual de pessoas vivendo com HIV segundo o MPS.

Como objetivos específicos, incluem-se identificar as características individuais e os comportamentos relacionados à saúde sexual dos sujeitos, prévios ao momento da pesquisa; descrever os sentimentos, autoeficácia, barreiras, benefícios e influências em relação aos comportamentos importantes de ser modificados e construir um plano de ação acordado com o indivíduo em relação ao seu comportamento.

MÉTODOS

Estudo transversal e qualitativo, que utilizou o MPS como referencial teórico-metodológico. Esse modelo comporta a lógica de que o compromisso com um plano de ação deve ser construído de forma conjunta entre o usuário e profissional de saúde, pois mesmo que visem a um objetivo comum, ambos interpretam cada situação a seu modo.

Diante disso, o metaparadigma da enfermagem fundamentado para o MPS foi concebido por Pender pelos seguintes conceitos: 1) pessoa: organismo biopsicossocial parcialmente moldado pelo ambiente, mas que procura criá-lo de tal forma que o potencial humano inerente e adquirido possam ser expressos; 2) ambiente: contexto sociocultural-físico no qual a vida se desenvolve, que pode ser manipulado pelo indivíduo para criar sinais facilitadores de comportamentos produtores de saúde; 3) enfermagem: colaboração com indivíduos, famílias e comunidades para criar condições mais favoráveis com vistas à expressão de altos níveis de bem-estar; 4) saúde: experiência de vida em evolução⁸.

As entrevistas tiveram como base as concepções e o diagrama do MPS⁸, e foram realizadas em um serviço ambulatorial especializado em HIV vinculado à Secretaria Municipal de Saúde de Maceió/AL, Brasil entre junho e novembro de 2014, por meio de um formulário semiestruturado com o seguinte questionamento norteador da pesquisa: Como era o seu comportamento relacionado à sua sexualidade antes do diagnóstico de HIV e como este comportamento se dá no momento atual? Identificados os comportamentos, os participantes foram conduzidos a refletir e a repensar experiências a partir de questões relacionadas aos seus desejos

de mudança, benefícios, barreiras, sentimentos e influências percebidos. Foram incluídas no estudo 14 pessoas que tiveram conhecimento do diagnóstico de HIV/AIDS por um tempo igual ou inferior a um ano, com idade superior a 18 anos e que apresentaram condições clínicas no momento da produção das informações.

Após a transcrição dos áudios, chegou-se ao material denso recolhido nas falas dos sujeitos. À medida que eram analisados com o olhar dos pressupostos do MPS⁸, os fenômenos semelhantes, representados em unidades de contexto, eram agrupados. Por um processo indutivo chegou-se às categorias, as quais se relacionam aos comportamentos que podem influenciar a saúde sexual da pessoa com aids. Em seguida, os participantes foram contatados para um segundo encontro, para que a construção de um plano de ação conjunto relacionado à promoção da saúde sexual fosse iniciada a partir de suas próprias necessidades, vontades e condições para alcançá-lo.

O projeto foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa em 2013 (processo nº 17668013.5.0000.5013), através da Plataforma Brasil, obedecendo ao que é preconizado na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 2012. Os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, nos resultados, são referidos por códigos alfanuméricos para preservar sua identidade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os 14 participantes, dez eram do sexo masculino e quatro do feminino. Possuíam idades entre 20 e 70 anos, sendo a faixa etária mais representada a de 20-29 anos (n = 5), seguida de 40-49 anos (n = 4). Sobre o estado civil, prevaleceram os solteiros (n = 10). O nível de escolaridade variou de baixo a médio, pois se destacaram analfabetos (n = 2), pessoas com ensino fundamental incompleto (n = 5) e completo (n = 3), e nível médio (n = 2). Quanto à ocupação, dois sujeitos eram aposentados, três encontravam-se desempregados por problemas de saúde decorrentes do HIV, dois eram do lar e sete possuíam algum tipo de trabalho. Sobre a orientação sexual, destacaram-se os sujeitos que referiram ser heterossexuais (n = 7) e homossexuais (n = 4).

O exercício de aproximar os comportamentos relacionados à saúde sexual com a estrutura taxonômica do MPS, juntamente com os componentes que o integram, permitiu que fossem visualizadas as dimensões e contextos em que eles ocorrem na realidade da pessoa com HIV. Após análise exaustiva das falas, emergiram quatro categorias.

Categoria 1 - O (não) uso do preservativo nas relações sexuais e a responsabilidade voltada para si e para o outro

Entre os comportamentos pesquisados acerca da sexualidade, foi perceptível que o tema referente à "genitalidade" e à relação sexual apareceu como um dos elementos mais presentes nas entrevistas, parecendo demonstrar uma expressão sexual vinculada a uma maior importância atribuída a certas práticas preventivas, conforme também foi encontrada em outro estudo⁹.

Esse fato faz parte do pensamento hegemônico acerca do assunto, na área do HIV, ocasionando uma dificuldade em abrir espaço para outros sentidos relacionados à saúde sexual.

No entanto, não há como negar que os relatos sobre a prática do não uso do preservativo masculino nas relações (nenhum dos participantes se referiu ao preservativo feminino) possuem implicações diretas para a promoção da saúde sexual dos indivíduos, conforme se pode notar:

Bom, não usávamos [o preservativo]. Porque se eu usasse, eu acho que eu não estaria nessa... (P14, sexo masculino, 20 anos)

Às vezes eu uso camisinha, mas ele também tem HIV. (P10, sexo masculino, 21 anos)

A partir dos relatos desta pesquisa, os participantes foram indagados em relação às suas impressões sobre os comportamentos e suas opiniões sobre uma possível mudança do hábito expressado, ou seja, sobre o uso do preservativo em todas as relações sexuais. Esse exercício de escutar o que o indivíduo pensa a respeito de suas ações na vida permite a abertura de um espaço para os usuários como verdadeiros sujeitos, e não como objetos de intervenção^{6,8}.

Na lógica do MPS, os benefícios percebidos para a ação modificadora do hábito são as representações mentais positivas, que reforçam as consequências de se adotar o comportamento⁸. Nesse caso, os participantes apontaram como benefícios sobre o uso do preservativo em todas as relações não somente a responsabilidade voltada para si mesmo, mas também para o outro:

Isso aí não tem mais outra porque um pode ter a carga viral maior que a minha, ou eu, e vice-versa, né? (P9, sexo feminino, 50 anos)

Porque é como eu disse né? O que eu não quero pra mim, o que eu adquiri, eu não vou passar pros outros. (P6, sexo masculino, 35 anos)

Pode-se notar que os participantes parecem possuir conhecimento sobre a importância do uso do preservativo. Mais do que isso, fica claro que eles admitem que o sexo mais seguro é capaz de estabelecer uma atenção de responsabilidade não apenas com o parceiro, mas também consigo mesmo. Essa consideração reforça a ideia de que as pessoas com HIV podem estar se preocupando mais com a sua saúde, o que pode ser caracterizado como um reflexo do avanço do tratamento da infecção, devido à sua cronificação e, conseqüentemente, do foco mais acolhedor das ações e pesquisas na área da saúde. Até o início da década de 90, a maioria dos estudos e das campanhas preventivas era direcionada, de modo restrito, à cessação da transmissão, com uma tendência à culpabilização do indivíduo com HIV, como se o sujeito passasse a ser assexuado ou tivesse que excluir de seu projeto de vida as relações sexuais e afetivas^{2,9}.

As barreiras percebidas para o uso do preservativo representam as dificuldades visualizadas para adoção do comportamento⁸, que foram apontadas pelos participantes como a não praticidade do modo de usar, o fato de não ser um hábito/costume comum e a questão de gosto pessoal:

Eu tenho dificuldade com relação ao preservativo [...] tem que tirar o ar dela, senão ela acaba estourando, como aconteceu na última vez. (P8, sexo masculino, 46 anos)

Sente uma diferença? Sente. Porque quando a pessoa não tá acostumada com uma coisa... vai ter que se acostumar, entendeu? (P11, sexo masculino, 70 anos)

Mesmo sabendo que tem que usar, eu não gosto. (P10, sexo masculino, 21 anos)

A abordagem sobre o uso do preservativo no âmbito da área da saúde ainda é, muitas vezes, tratada como um procedimento prescritivo. No entanto, esse comportamento é considerado complexo, uma vez que envolve tanto valores e opiniões quanto aspectos afetivos e sexuais¹⁰, por isso é importante que as orientações prestadas nos serviços ultrapassem a superficialidade¹¹. Ademais, apesar de não garantirem relações sexuais absolutamente seguras¹², o domínio da técnica do uso do preservativo é fundamental para a promoção de uma prática eficaz, sendo interessante que os profissionais de saúde aproveitem de tecnologias educativas para alcançar resultados positivos quanto ao desenvolvimento das habilidades no manejo desse método pelo usuário¹⁰.

As barreiras relacionadas ao (mau) gosto e ao (mau) costume sobre o preservativo explicitado pelos sujeitos parecem demonstrar que as ações longitudinais no acompanhamento das variedades de opiniões não se configuram uma realidade dos serviços de saúde¹⁰. Um estudo envolvendo 149 adolescentes concluiu que a sensação de desconforto e a diminuição do prazer no ato sexual encontram-se entre os principais motivos que levam ao não uso de preservativos¹³.

Diante disso, o desafio torna-se agregar às atividades educativas a discussão de estratégias que driblem a dificuldade dos usuários em relação à prática preventiva¹⁰ - a exemplo da recomendação da erotização do preservativo, que tem sido alvo cada vez mais crescente de discussões em meio a conferências mundiais, com vistas a incluir nos serviços assistenciais o incentivo à promoção do prazer⁵ e ao diálogo acerca dos benefícios do indivíduo em se relacionar sexualmente e sentir-se tranquilo, dando e recebendo proteção.

O MPS também busca compreender a percepção da autoeficácia do indivíduo relacionada ao comportamento que se pretende adotar, o que compreende o julgamento de sua capacidade para executar as ações⁸. Todos os participantes se perceberam capazes de adquirir o hábito de utilizar o preservativo ou de convencer o parceiro em relação a esse comportamento:

Não é uma coisa que a gente não vai se acostumar. Eu acostumo. (P4, sexo masculino, 42 anos)

Eu sei que eu consigo convencer ele [o parceiro] a usar. (P7, sexo feminino, 26 anos)

Diante da soropositividade, especialmente quando transcorrido pouco tempo do diagnóstico, pode haver uma tendência das pessoas refletirem a respeito da prevenção, com a sensação de capacidade de mudança de comportamento. Esse interesse deve ser estimulado pelos profissionais de saúde como uma atitude positiva¹⁰, pois apesar da sensação de autoeficácia não ser suficiente para a transformação e manutenção de comportamentos, sabe-se da importância desse elemento como integrante do processo de empoderamento em saúde⁸.

O sentimento relacionado à utilização do preservativo em todas as relações foi apontado pelos sujeitos como uma sensação negativa, devido às barreiras comentadas; porém positiva e tranquila, por culminar com a reafirmação consciente dos benefícios da prática, principalmente em relação ao cuidado com o(a) parceiro(a) nas situações em que o(a) mesmo(a) não tem conhecimento da condição sorológica do outro:

O que tá me deixando tranquilo pra eu mudar minha atitude é a minha esposa... é eu saber que ela não tem isso [choro]. Já pensou se eu tivesse botado [HIV] nela? Não sei. Mas se ela tiver... nós dois nos tratamos, não é? (P4, sexo masculino, 42 anos)

O que eu sinto sobre mudar? Eu só sei que é chato sexo com camisinha, é horrível. Mas eu sei que eu estou fazendo o bem pra ele [o parceiro]. (P13, sexo masculino, 35 anos)

A vantagem de descobrir os sentimentos dos indivíduos em relação a sua intenção para mudança comportamental reside no fato de que, ao conhecê-los, as intervenções mais adequadas para cada pessoa são identificadas, ao mesmo tempo em que um sentimento positivo eleva a probabilidade de se chegar ao que se espera, mesmo que seja em um longo prazo de tempo⁸.

Por sua vez, foram investigadas as influências interpessoais dos sujeitos em relação ao uso do preservativo. Esse aspecto infere que o comportamento pode ou não ser influenciado por outras pessoas ou por normas e modelos sociais⁸. É o caso das opiniões dos parceiros sexuais e do incentivo de familiares em relação ao uso do preservativo:

Minha família me dá conselho pra me cuidar, sempre nas relações eu usar camisinha. Eu me sinto fraca porque meu marido não colabora. (P5, sexo feminino, 40 anos)

Ele [o parceiro] pede pra fazer sexo sem camisinha e diz: "Eu não gosto. Ou você procura outro ou vai ser assim". (P13, sexo masculino, 35 anos)

Os relatos explicitados apontaram influências interpessoais positivas e negativas. O papel do familiar funciona como amparo e é relevante no processo adaptativo das mudanças comumente exercidas diante do HIV. Essa situação pode ser explorada durante a assistência à saúde de um modo especial, pois a revelação do diagnóstico à família ainda é uma barreira muito comum.

O parceiro destacou-se como principal figura influenciadora negativa, e parece haver uma tendência mais frágil à mudança, especialmente no caso das mulheres. De modo semelhante, os casais homossexuais também podem ser influenciados negativamente devido à não percepção da vulnerabilidade ao adoecimento, acentuada pela impossibilidade de gestação¹ - um pensamento comum quando em casais heterossexuais.

Finalmente, as influências situacionais consideram que o ambiente pode facilitar ou impedir determinados comportamentos de saúde⁸. Nessa lógica, o acesso ao serviço de saúde para aquisição de material de prevenção foi relatado como uma influência (positiva), assim como o hábito do uso de álcool ou outras drogas (negativa):

Sempre quando tá perto de faltar [o preservativo] aí eu tiro daqui e levo, ou então no posto, que é mais próximo, aí eu vou e pego. (P5, sexo feminino, 40 anos)

Eu ainda fico meio assim, não usava, nem todas às vezes, porque a pessoa vem de show, essas coisas, ficava embriagado e... (P2, sexo masculino, 23 anos)

É porque ele [parceiro] usa camisinha [masculina], mas tem vez que eu não sei se uso porque antes eu usava droga também. (P7, sexo feminino, 26 anos)

É fato que a disponibilização gratuita do preservativo pode facilitar o seu uso entre as comunidades. Por outro lado, o uso de drogas provoca maior exposição e vulnerabilidade a diferentes riscos. Uma revisão integrativa revelou que o consumo de álcool se associa a um pior prognóstico em pacientes com aids, pois pode diminuir a adesão ao tratamento, além de propiciar um aumento na ocorrência de depressão. Apesar disso, grande parte dos profissionais de saúde não investiga problemas decorrentes desse comportamento entre os usuários dos serviços¹⁴.

Outros problemas relacionados à saúde sexual dos sujeitos após o diagnóstico do HIV, além da questão do uso do preservativo, foram relatados na seguinte categoria:

Categoria 2 - A suspensão/restrição da vida sexual e a ausência de relacionamentos afetivos

Quando indagados sobre os comportamentos que poderiam ter influência na sexualidade e na promoção da saúde sexual, alguns participantes deste estudo se remeteram a uma intenção e atitude conscientes de restringir ou até mesmo de suspender sua vida sexual, apesar de esse ter sido expressado como um comportamento desejado de ser modificado:

Eu não tenho mais relação sexual, mas não é porque eu não gosto. (P1, sexo masculino, 41 anos)

Eu tava num relacionamento, terminei por causa disso [do diagnóstico], [...] inventei uma desculpa. (P9, sexo feminino, 50 anos)

Resultado semelhante foi encontrado em um estudo que buscou conhecer aspectos da vida sexual e afetiva de pessoas com HIV, que demonstraram o desempenho das atividades sexuais prejudicado⁹. Contudo, deve-se considerar que, no universo das atitudes, os indivíduos tendem a incorporar a influência do momento histórico vivenciado¹, o que representa, nesse caso, o impacto do diagnóstico recente. Assim, o contexto no qual a vida se desenvolve pode ser capaz de conduzir as pessoas à manipulação de sinais facilitadores/dificultadores para comportamentos que melhorem (ou não) a saúde⁸.

É importante ressaltar que, neste estudo, esse aspecto predominou nos sujeitos solteiros. No entanto, os mesmos expressaram um possível desejo da (re)construção da vida sexual e de relacionamentos afetivos. Os benefícios percebidos para essa mudança foram representados pela perspectiva de bem-estar e do desejo do direito reprodutivo como projeto de vida:

É horrível, né, você não ter ninguém?! Eu iria me sentir melhor, ficar de bem com a vida. (P8, sexo masculino, 46 anos)

Agora assim, eu desejo arrumar uma pessoa boa para me envolver porque eu ainda quero ser pai não, né? (P12, sexo masculino, 21 anos)

Eu não posso ser pai não, né? Passa [HIV] pra criança? Era isso que eu tava encucado. Minha mãe tava perguntando. (P2, sexo masculino, 23 anos)

A vida sexual deve ser entendida como um aspecto multifatorial, que se integra à rede de significados do grupo social, uma vez que é marcada por cada cultura¹⁵. As falas anteriores parecem se referir à vida sexual além do ato em si, podendo envolver uma série de sentimentos, como a importância de se ter uma companhia, sentir o outro e compreender a reprodução como uma possibilidade de fruto oriundo de um relacionamento.

Diante da desinformação e do estigma social da infecção pelo HIV, muitas mulheres relataram, em um estudo realizado na Bahia, abdicar do desejo de ser mãe por medo de transmitir a doença para o filho¹⁶. Essa preocupação também foi encontrada, neste estudo, na fala de homens.

A abordagem das necessidades da saúde sexual nos serviços que atendem pessoas com HIV deve se basear nos seus direitos de optar livremente e com responsabilidade pela reprodução, bem como no acesso à informação e aos insumos necessários para o exercício saudável da sexualidade, sem sofrer discriminações. Atualmente, medidas eficazes para evitar o risco de transmissão vertical são adotadas como protocolo, que se inicia desde o planejamento familiar¹⁷.

No entanto, mesmo com os avanços que contribuem para o estímulo aos projetos de vida no campo da sexualidade e reprodução, as barreiras percebidas para a (re)construção da vida sexual e de relacionamentos por parte dos sujeitos deste estudo parecem prevalecer sobre os benefícios relatados. É o caso da sensação de medo da transmissão ou do adoecimento pela percepção de vulnerabilidade, assim como do temor do preconceito ou abandono, especialmente se a parceria tem significativa sustentação afetiva. É possível perceber também uma sensação de que o(a) parceiro(a) sorodiscordante viveria preso à sua condição, caso viessem a construir uma relação íntima:

Conheci uma menina na balada. Ela pede pra me ver sempre... se eu for, posso me apegar, e eu não quero isso pra mim mais... não tanto pra mim, porque em mim eu já tenho [HIV]. Pra ela levar a vida dela livre. E eu não conseguiria falar que tenho o vírus. [...] eu acho que ela vai se afastar. (P12, sexo masculino, 21 anos)

Só tô sem namorar porque eu acho que eu vou atingir o outro ser humano. [...] Isso me afeta né, mas eu vou fazer o quê? (P2, sexo masculino, 23 anos)

É complicado se relacionar, porque aí vai que a pessoa não tenha [HIV], e eu digo que eu tenho, aí se espalha no interiorzinho... acabou-se. (P13, sexo masculino, 35 anos)

As pessoas vivendo com HIV apresentam como estratégias de sobrevivência social o ocultamento da doença, pois dessa forma podem continuar a vida como pessoas "normais", sem ser abandonadas e discriminadas. Essa forma de enfrentamento é presente em todos os âmbitos da vida, seja ele familiar, social ou no trabalho. De modo semelhante ao representado nas falas, em outro estudo, o sentimento de medo, justificado em função das consequências da possibilidade da revelação do diagnóstico e pelo temor com a transmissão do HIV, também se fez presente³.

Para que as barreiras sejam enfrentadas, é fundamental que as pessoas, vivendo com HIV ou não, ressignifiquem os significados relacionados à infecção. Isso inclui a reflexão e o diálogo cada vez mais aberto sobre questões relacionadas à sexualidade e ao estabelecimento de relações afetivas sorodiscordantes ou soroconcordantes, que devem ser regidas por ações seguras no que se refere ao intercuro sexual, sem, contudo, sobrepor nenhuma privação da vivência que envolva amor, prazer, companheirismo e intimidade¹⁸.

Apesar do desejo de mudança na prática expressada e dos benefícios reconhecidos, os sujeitos pareceram não perceber de modo pleno uma autoeficácia em relação a um possível enfrentamento do problema, sobressaindo-se, assim, um aspecto de dúvida:

Tem vez que acho que eu posso tomar um rumo e reiniciar nesse sentido. Tem vez que não. Eu queria me planejar, pra não ficar com essa ideia na mente. (P13, sexo masculino, 35 anos)

Essa sensação de certa incapacidade para a mudança, mesmo quando um desejo contrário encontra-se presente, parece demonstrar a necessidade de ajuda que os sujeitos precisam, especialmente quando se trata de quem já vivenciou conflitos existenciais decorrentes de discriminações e de autoestima comprometida.

Refletindo o fato de que a construção de relacionamentos afetivos e sexuais faz parte do contexto social, os participantes se referiram ao sentimento relacionado a esse comportamento com uma sensação de continuidade da vida social:

Voltar a namorar, a ter alguém comigo? Ah, essa ideia me faz sentir que a minha vida continua, não mudou. (P9, sexo feminino, 50 anos)

O sentimento apresentado ressalta que o comprometimento com a vida social ainda é um fator preocupante entre as pessoas com HIV, e que também pode desencadear uma situação de estresse⁹. Assim, a criação de relações afetivas é vista como uma possibilidade de reestruturação desse aspecto da vida. No entanto, os indivíduos expressaram a realidade da ausência de influências interpessoais e situacionais relacionadas à (re) construção da vida afetiva:

Eu não tenho como ter ajuda de meus amigos e família sobre isso, até porque ninguém sabe. Eu não falo [do HIV] porque ninguém compreende. (P8, sexo masculino, 46 anos)

As questões relativas à sexualidade são muito íntimas e, por isso, dificilmente compartilhadas. Ademais, como a revelação da soro positividade ainda representa um impasse, a ausência de indivíduos com quem se possa conversar a esse respeito reflete na vivência de um processo solitário. Nesse campo, a presença dos profissionais de saúde é importante para o apoio psicológico e disponibilização de outros suportes necessários⁹.

Além da dificuldade em estabelecer vínculos afetivos, outros comportamentos relatados especificamente por mulheres foram expressos, conforme pode ser notado na próxima categoria.

Categoria 3 - O gênero, as relações de poder e a saúde sexual de mulheres vivendo com HIV

Entre os participantes deste estudo, duas mulheres relataram a submissão no que diz respeito ao papel do parceiro (ou do ex), dentro do contexto da sua relação conjugal como uma atitude habitual que influencia na sua saúde. Esse fato culmina em um sentimento de fraqueza e de tristeza, mesmo quando o desejo de mudança dessa condição se encontra presente:

Eu não me sentia bem na relação com o meu ex marido, até porque mulher é besta pro lado de homem. [...] eu era invisível pra ele. (P3, sexo feminino, 33 anos)

Bom, mas ele [esposo] não gosta de conversar comigo, de entrar num consenso, de usar certas coisas [preservativo masculino]. Ele pode tá com esse problema [HIV], mas ele não quer se cuidar, então eu disse a ele "eu me cuidando é o que me importa". Eu preciso olhar pra mim. Mesmo assim, isso me deixa triste. (P5, sexo feminino, 40 anos)

As relações de poder entre gêneros, desfavoráveis a mulheres, são capazes de se transformar em desigualdades que as prejudicam, especialmente no exercício da sexualidade. No contexto da aids, essa problemática torna mais evidente a relevância da feminização da epidemia. A falta de autonomia, determinada pela condição de submissão em relação ao parceiro, desfavorece a mulher na descoberta de mecanismos eficazes para a promoção da saúde sexual, prolongando sua exposição ao risco do adoecimento e ocasionando baixa autoestima e depressão¹⁹. Assim, o cuidado de si própria se constitui como um benefício percebido pela mulher sobre o empoderamento.

As dificuldades advindas da situação socioeconômica desfavorecida dessas mulheres, que pode ser um reflexo do processo de pauperização da infecção, repercutem na sua dependência/ submissão ao companheiro - fato representado como uma barreira percebida diante do desejo de mudança de atitude e conseqüente julgamento de incapacidade para realizá-la (auto eficácia). A situação parece ainda mais difícil devido à ausência de influências interpessoais positivas e ao medo da revelação do diagnóstico da soro positividade para os familiares (influência situacional):

Se eu tiver mais moral, pra onde eu vou quando ele [parceiro] não me quiser mais? E o meu filho pequeno? Pra casa de família não dá, eles não sabem da minha doença [HIV], vão perguntar pra quê eu tomo remédio. (P3, sexo feminino, 33 anos)

A conquista do bem-estar está ligada não somente a comportamentos, mas também a atitudes quanto à saúde - conceito que se refere aos juízos, crenças e valores que podem conduzir a determinado comportamento⁸. Partindo desse pressuposto, a submissão feminina torna-se uma questão de atitude e, portanto, envolve questões muito complexas para uma possibilidade de mudança, muitas vezes pautadas no silêncio pelo medo de se expressar. A visão do empoderamento como uma necessidade imprescindível para superar o problema da submissão pode ser um elemento para favorecer o rompimento desses silêncios. Faz-se urgente a necessidade de mobilização dos profissionais e gestores em saúde, de modo a ajudar essas mulheres a escutar sua própria voz e fortalecê-las para a apropriação de estratégias de resistência a favor da valorização de si.

Apesar dos comportamentos negativos traçados pelos participantes, outros expressaram a existência de atitudes positivas relacionadas à sua saúde sexual, conforme tratado a seguir.

Categoria 4 - O fortalecimento da vida sexual e do afeto relacional

Apesar da angústia presente na vida das pessoas vivendo com HIV, alguns participantes deste estudo mantiveram suas vidas afetivo-sexuais ativas, relatando, inclusive, o fortalecimento de suas relações, mesmo diante do curto espaço de tempo após a soropositividade e do reconhecimento da via sexual como forma de contágio. Essa expressão mostrou-se predominante entre sujeitos casados, tanto nas relações sorocorrelacionadas como nas sorodiscordantes:

Estamos [participante e a esposa] tocando a vida... Tem que tocar pra frente! Ela já tá me dando força, ficamos ainda mais unidos. (P4, sexo masculino, 42 anos)

Ele [parceiro] é o meu companheiro, ótima pessoa... ele adoeceu, aí quando eu fiz o meu [teste], deu positivo também. Só que a gente, graças a Deus, não teve problema nenhum quanto a isso. Nosso relacionamento é o mesmo. (P9, sexo feminino, 50 anos)

A possibilidade de manutenção de relacionamentos afetivo-sexuais é considerada um aspecto fundamental para o bem-estar das pessoas com HIV, pois contribui para uma melhor qualidade de vida. O compartilhamento do diagnóstico com o parceiro foi considerado como importante para o enfrentamento da doença, pela possibilidade da expressão dos sentimentos, além da descoberta de novas experiências sexuais pela existência de apoio afetivo²⁰. Sobre os benefícios percebidos em relação à continuidade do relacionamento, o parceiro foi considerado pelos sujeitos como uma fonte de apoio emocional, manifestado não somente em relação ao ato sexual, mas pela ajuda nos cuidados com a saúde - a exemplo da alimentação e realização de atividades diárias, acompanhamento às consultas ambulatoriais e estímulo para adesão ao tratamento, realidade também encontrada em outro estudo²⁰.

Eu estou bem debilitado. [...] Tem dia que minha esposa faz papa pra mim, já tem um feijão pronto e ela já bota pra mim. (P4, sexo masculino, 42 anos)

Eu ajudo ele nos cuidados. Ele agora tá tão gordinho... Perdeu 20 quilos, cheio de febre, quase morre. Eu vinha com ele pra cá [pro serviço]. (P9, sexo feminino, 50 anos)

Na situação do casal sorodiscordante, essa percepção torna-se ainda mais marcante devido a não transmissibilidade do vírus para o parceiro. Esse fato deve ser trabalhado durante o aconselhamento a casais nos serviços, já que um diagnóstico negativo para o HIV, mesmo nas situações em que houve exposição sexual, pode causar uma impressão de não vulnerabilidade, ainda mais quando a pessoa vivendo com HIV possui boa adesão ao tratamento ou apresenta carga viral indetectável, entre outros fatores protetores^{2,20}.

Não obstante, os benefícios percebidos para a manutenção do vínculo afetivo parecem se sobressair às barreiras percebidas, uma vez que a autoeficácia percebida pelos sujeitos demonstra que eles se julgam capazes para tal. Essa perspectiva pode ser atribuída ao maior sentimento relacionado à ação, traduzido pelo bem-estar, provavelmente proveniente da revelação da soropositividade, e associada às influências. Essas últimas se referem ao apoio advindo dos filhos, bem como à vivência de adoecimento do parceiro, fazendo-se entender que a manutenção do vínculo entre o casal fortalece o cuidado com o outro, afastando a possibilidade de morte.

É pro nosso bem. O que minha esposa tá tentando fazer, ela vai fazer até quando puder: me apoiar e dar forças. (P4, sexo masculino, 42 anos)

Temos que continuar nos cuidando. Aí os meus filhos comentam: "Mãe, a pessoa que tem HIV simplesmente é normal. Ninguém diz de vocês. Só quem sabe mesmo né, mãe?!". (P9, sexo feminino, 50 anos)

Os aspectos representados nas falas dos sujeitos devem ser estimulados pelos profissionais, tornando-se importante envolver a família nesse processo, pois é mais provável que as pessoas se comprometam a adotar comportamentos de promoção de saúde quando os indivíduos considerados importantes para elas esperam por isso e oferecem ajuda⁸.

PLANO DE AÇÃO PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE SEXUAL: UM PROCESSO EM CONSTRUÇÃO

Após ter expressado seus comportamentos e desejo de mudança ou de manutenção desses, os participantes foram contatados para outro encontro, a fim de estabelecer um compartilhamento de impressões acerca da sua saúde sexual e, daí, ser iniciada a construção de um plano de ação individual, incluindo o que consideravam importante para a sua saúde naquele momento. Ao mesmo tempo, fez-se necessário que a pesquisadora tornasse conhecidas certas orientações importantes para o empoderamento dos participantes, que nem sequer foram citadas no primeiro encontro (talvez por não serem tão divulgadas/estimuladas no meio social).

O que acontece atualmente é que novos métodos de redução de risco para o adoecimento pelo HIV estão sendo introduzidos, contudo as pessoas parecem não acompanhar suas aplicações na prática. É o caso da existência - ainda deficiente - do protocolo de profilaxia pré e pós-exposição (PrEP e PEP), ou até mesmo da ausência de consultas de planejamento familiar aos casais e de grupos de apoio para o enfrentamento da submissão feminina. A combinação de outras estratégias também pode ser utilizada, como a circuncisão masculina e o uso de microbicidas em gel^{2,12,20}.

De maneira geral, os planos de ação traçados para os problemas identificados na categoria 1 envolveram as seguintes

intervenções de enfermagem: mostrar o modo de usar o preservativo feminino ao usuário; trabalhar em grupo formas de superar as barreiras quanto ao uso do preservativo (erotização do método, redução de danos em relação à ingestão de álcool ou outras drogas); orientar sobre necessidade de adesão ao tratamento para atingir carga viral indetectável; explicar importância de convidar o(a) parceiro(a) para realizar testagem anti-HIV e participar de aconselhamento com os profissionais de saúde; informar sobre disponibilidade da PrEP ou PEP no serviço como direito do usuário; apresentar a existência de práticas sexuais com menor risco, como a masturbação a dois; explicar a diferença de risco relacionado ao tipo de via sexual.

Sobre os problemas da categoria 2, as seguintes intervenções foram acordadas: auxiliar na tentativa da retomada da rotina social e na concentração em pensamentos agradáveis; discutir preocupações e estimular compartilhá-las com pessoas em quem confia; trabalhar direito reprodutivo e relacionamentos afetivos em grupos terapêuticos. As intervenções de enfermagem relacionadas à categoria 3 incluíram: acompanhar a mulher nas primeiras reuniões dos grupos de apoio do município (grupo de jovens e Movimento Cidadãs PositHIVas); manter diálogo aberto sobre suas percepções; encaminhar para os centros de proteção à mulher; discutir sobre o empoderamento feminino e direitos das mulheres. Para a última categoria, os planos de ação individuais incluíram, além de algumas intervenções anteriores, a necessidade de realizar consultas de enfermagem aos casais e grupos terapêuticos para trabalhar a temática sexualidade.

Diante de tantas tecnologias de intervenção, que devem ser consideradas importantes para a eficácia de ações de promoção da saúde direcionadas às pessoas com HIV e seus parceiros, é imprescindível que a interação dos sujeitos na gestão do seu próprio cuidado seja fortalecida e otimizada a todo momento - principalmente porque não envolve apenas aspectos físicos, mas também o campo relacional, com suas questões íntimas de amor e afeto, tão difíceis de ser compreendidas e exploradas. Nesse âmbito, as tecnologias leves - a exemplo do acolhimento, da empatia, da escuta sensível, da comunicação terapêutica e da comunicação assertiva - tomam espaço privilegiado e não devem ser esquecidas pelos profissionais envolvidos como mediadores nesse processo.

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Para uma melhor compreensão a respeito da análise do comportamento relacionado à saúde sexual de pessoas vivendo com HIV a utilização do MPS⁸ se mostrou como um guia viável, que permitiu explorar o complexo biopsicossocial dos sujeitos de forma dinâmica e coerente com a lógica do processo de enfermagem.

Diante dos resultados, foi possível analisar que os comportamentos prévios relacionados à saúde sexual dos participantes parecem se basear em suas crenças do senso comum e/ou da cultura, em que é presente a opinião sobre a ausência do prazer satisfatório com o uso do preservativo, da sua não praticidade,

do entendimento que o HIV somente se previne com o uso desse método (e, por isso, a decisão de não se relacionar sexual e afetivamente com o outro), do pensamento - ainda presente na atualidade - que ser mulher envolve se submeter aos desejos do homem, e da não orientação acerca de outras formas de conduzir a sexualidade de forma agradável e feliz.

Nesses aspectos, o conhecimento da soropositividade parece se mostrar como uma situação em que os comportamentos passam a ser repensados a fim de que a saúde dos indivíduos e de seus parceiros não seja colocada em risco. Ao mesmo tempo, os desejos de mudança comportamental e de atitude, bem como da percepção de seus benefícios, aparecem permeados de medo do estigma decorrente da revelação de ser descoberto com uma doença socialmente condenada e da comum falta de apoio familiar (e até conjugal) para a tomada de decisões. Essas necessidades de cuidado demandaram intervenções individuais e grupais, e um planejamento de ações com base nas necessidades e vontades expressadas pelos sujeitos.

A perspectiva deste trabalho também se volta no sentido de enfatizar a utilização de uma teoria de enfermagem para a sua realização, o que representa um esforço na luta pela autonomia da profissão a partir da disseminação do seu conhecimento próprio voltado para a assistência.

AGRADECIMENTOS

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Programa FAPEAL/CAPES): bolsa de mestrado. Maceió/AL, Brasil.

REFERÊNCIAS

- Souto BGA, Kiyota LS, Betaline MP, Borges MF, Korkischko N, Carvalho SBB et al. O sexo e a sexualidade em portadores do Vírus da Imunodeficiência Humana. *Rev. Soc. Bras. Clín. Méd.* 2009 Abr;7(3):188-91.
- Reis RKR, Neves LAS, Gir E. O desejo de ter filhos e planejamento familiar entre casais sorodiscordantes ao HIV. *Cienc. cuid. saude.* 2013 Abr;12(2):210-18.
- Gomes AMT, Oliveira DC, Santos EI, Valois BRG, Santo CCE, Pontes APM. As facetas do convívio com o HIV: formas de relações sociais e representações sociais da aids para pessoas soropositivas hospitalizadas. *Esc. Anna Nery.* 2012 Jan./Mar.;16(1):111-20.
- Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids - ABIA. *Prevenção posithiva: estado da arte.* Rio de Janeiro: ABIA; 2009. 52 p.
- O'Neal JD, Berteau LC. Revitalizing condom-centered HIV prevention strategies. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2015 Jan./Mar.; 8(1):1-14.
- Ayres JRMC, Calazans GJ, Saletti Filho HC, França Júnior I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos GWS, org. *Tratado de saúde coletiva.* 2ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Hucitec; 2012. p. 375-417.
- Alcântara MR, Silva DG, Freiburger MF, Coelho MPPM. Teorias de enfermagem: a importância para a implementação da sistematização da assistência de enfermagem. *Rev Cie Fac Edu Mei Amb.* 2011 Maio/Out.;2(2):115-32.
- Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. *Health promotion in nursing practice.* 4nd ed. Englewood Cliffs (EUA): Prentice Hall; 2011.
- Carvalho PMG, Anchieta LS, Queiroz MM, Aragão AO, Nichiata LYI. Sexualidade de pessoas vivendo com HIV/Aids. *R. Interd.* 2013 Jul./Set.;6(3):81-8.
- Nicolau AIO, Ribeiro SG, Lessa PRA, Monte AS, Bernardo EBR, Pinheiro AKB. Conhecimento, atitude e prática do uso de preservativos por presidiárias: prevenção das DST/HIV no cenário prisional. *Rev. Esc. Enferm. USP (online).* 2012 Jun.;[citado 2014 dez 15];46(3):711-9. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300025
- Fernandes MCP, Backes VMS. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da estratégia saúde da família sob a óptica de Paulo Freire. *Rev. Bras. Enferm. (online).* 2010 Jul./Ago.;[citado 2014 dez 15];63(4):567-73. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/11.pdf>
- Lasry A, Sansom SL, Wolitski RJ, Green TA, Borkowf CB, Patel P et al. HIV sexual transmission risk among serodiscordant couples: assessing the effects of combining prevention strategies. *AIDS.* 2014 Jun.;28(10):1521-29.
- Jardim VM, Nominato LT, Ghetti PAO, Lauriano MM, Gadêlha TA, Schmith PM et al. O conhecimento e o uso de preservativo por adolescentes: estudo comparativo em uma escola particular e pública. *Rev. cient. Fac. Med. Campos.* 2013 Maio;8(1):8-13.
- Rego SRM, Rego DMS. Associação entre uso de álcool em indivíduos com AIDS e adesão ao tratamento antirretroviral: uma revisão da literatura. *J. Bras. Psiquiatr. (online).* 2010;[citado 2014 dez 15];59(1):70-3. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852010000100011&script=sci_arttext
- Araújo IA, Queiroz ABA, Moura MAV, Penna LHG. Representações sociais da vida sexual de mulheres no climatério atendidas em serviços públicos de saúde. *Texto Contexto Enferm. (online).* 2013 Jan./Mar.;[citado 2014 dez 15];22(1):114-22. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072013000100014&script=sci_arttext&tlng=pt
- Santos SFF, Bispo Júnior JP. Desejo de maternidade entre mulheres com HIV/AIDS. *Rev. Baiana de Saúde Pública.* 2010 Abr./Jun.;34(2):299-310.
- Ministério da Saúde (BR). *Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes: manual de bolso.* Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.
- Matão MEL, Miranda DB, Campos PHF, Silva NNR, Marinho TA, Silva TC. Affective bounds and the challenge to live wilt himself/others: social representations of serum positive HIV. *Rev enferm UFPE on line.* 2010 Out./Dez.;[citado 2014 dez 15];4(4):1719-29. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1102/pdf_225
- Pereira BS, Silva JK, Marques MS, Soares HC. Enfrentamento da feminização da epidemia da AIDS. *FG Ciência.* 2011 Jan./Jun.;1(1):1-18.
- Reis RK, Santos CB, Dantas RAS, Gir E. Qualidade de vida, aspectos sociodemográficos e de sexualidade de pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Texto Contexto Enferm. (online).* 2011 Jul./Set.;[citado 2014 dez 15];20(3):565-75. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n3/19.pdf>