

HIV: Fatores que Acentuam a Vulnerabilidade na População Jovem Feminina

HIV: Factors Increasing the Vulnerability of the Young Female Population

JAILSON ALBERTO RODRIGUES¹
WENDELL SOARES CARNEIRO¹
JORDANA DE ALMEIDA NOGUEIRA²
ANA CÉLIA RODRIGUES ATHAYDE³

RESUMO

Objetivo: Conhecer aspectos relacionados ao componente individual da vulnerabilidade, propondo-se a identificar as práticas sexuais e preventivas da população jovem feminina. **Material e Métodos:** Estudo descritivo, tipo inquérito, realizado nas Unidades de Saúde da Família do município de Patos-PB, cuja amostra foi definida por cálculo amostral para populações finitas, com $\alpha = 0,05$, sendo selecionadas por sorteio 60 jovens com idade entre 15 e 19. Os dados foram coletados no período de maio a agosto de 2010 utilizando-se um questionário estruturado. As variáveis investigadas foram analisadas descritivamente por meio das frequências absolutas e relativas e submetidas à análise inferencial por meio do teste de associação do Qui-quadrado (χ^2). **Resultados:** As jovens que participaram deste estudo mostraram-se, moderadamente, susceptíveis ao HIV, fator este acentuado pela precocidade do início da vida sexual. **Conclusão:** Pode-se observar que as jovens apresentaram um nível de conhecimento adequado para adoção de práticas preventivas, apesar disso, algumas ações de ordem sexual mostraram-se contra esse conhecimento, como por exemplo, o início precoce da vida sexual.

DESCRIPTORIOS

HIV. Vulnerabilidade. Adolescentes.

ABSTRACT

Objective: To know the aspects related to the individual component of vulnerability, aiming to identify sexual and preventive practices of the young female population. **Material and Methods:** This was a descriptive survey conducted in the family health units in the municipality of Patos, PB. Sample size calculation for finite populations was performed, with $\alpha = 0.05$, consisting of 60 youths aged 15 and 19 years. Data were collected from May to August 2010 using a structured questionnaire. The variables were analyzed descriptively by means of absolute and relative frequencies and subjected to inferential analysis through Chi-square (χ^2) association tests. **Results:** The young people who participated in this study were shown to be moderately susceptible to HIV, which was accentuated by the early onset of sexual behavior. **Conclusion:** It could be observed that the youth had a degree of knowledge appropriate to adopt preventive practices. In spite of that, some actions of a sexual nature were shown to go against such knowledge, like the early onset of sexual life.

DESCRIPTORS

HIV. Vulnerability. Adolescents.

1 Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde - Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa/PB, Brasil.
2 Professora Doutora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa/PB, Brasil.
3 Professora Adjunta da Unidade Acadêmica de Ciências Biológicas (UACB) e do Centro de Saúde e Tecnologia Rural (CSTR) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Patos/PB, Brasil.

Ao longo dos anos, o perfil epidemiológico da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e sua manifestação através da Aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), sofreu importantes transformações, de tal forma que a incidência inicialmente restrita a segmentos específicos (homossexuais, hemofílicos, usuários de drogas), alterou-se gradativamente atingindo diferentes grupos populacionais (LEITE, 2008).

Atribui-se que a ocorrência de tais eventos pode estar relacionado ao fato de que a Aids foi reconhecida como uma “epidemia da imoralidade”, já que inicialmente estava associada a pessoas e comportamentos considerados desviantes. Nesse sentido, a história moral da Aids permitiu a construção da noção de que essa seria uma “doença estrangeira”, dos “outros”, daqueles considerados “amorais”. Mas o tênue limite entre o “eu” e “outro” emerge a partir do momento que a infecção ultrapassa os limites do público e do privado, atingindo indivíduos considerados fora dos chamados “grupos de risco” (SANTOS *et al.*, 2002; PINTO *et al.*, 2007; SOUZA, LEITE, 2008). Depara-se na última década com um aumento de casos em homens que se declararam heterossexuais bem como o predomínio dessa forma de transmissão também entre as mulheres, elevando a categoria heterossexual como principal modalidade de exposição ao HIV.

No Brasil, do total de casos notificados até junho de 2006, 67,2% foram do sexo masculino (290.917 casos) e 32,8% do feminino (142.138 casos) e, em 2003, a taxa de incidência foi de 25,4 por 100.000 hab. entre homens e 16,1 por 100.000 hab. entre mulheres.

A razão de sexos vem diminuindo sistematicamente, passando de 15,1 homens por mulher, em 1986, para 1,5 homens por mulher, em 2005 (BRASIL, 2007). No sexo feminino, os casos de aids estão relacionados majoritariamente (91,2%) à categoria de exposição heterossexual (BRASIL, 2010).

A disseminação da doença entre as mulheres, fenômeno denominado como feminização, resulta de fatores biológicos (maior susceptibilidade à infecção); determinações histórico-culturais e valores morais que se concretizam no desempenho de suas funções sociais de esposa (condescendente quanto a conduta do marido/companheiro); dificuldade em negociar práticas sexuais mais seguras; acesso restrito aos serviços de saúde e medidas de proteção (LOPES, 2003; SOUZA, LEITE, 2008).

Na atual conjuntura das diferentes situações que

envolvem homens e mulheres, ainda pode ser observada a existência de uma assimetria considerável, isso relacionando aos fatores históricos de desigualdades nas relações entre os sexos, tanto na esfera social quanto na econômica acabam gerando uma situação que acentua a vulnerabilidade feminina a algumas Dst/Aids. Essas diferenças existentes nas relações interpessoais podem proporcionar uma maior dificuldade em relação à autoproteção feminina (PINTO *et al.*, 2007, SOUZA, LEITE, 2008).

Logo, o enfrentamento da feminização da epidemia suscita dilemas técnicos e éticos referentes à escolha das melhores estratégias para seu controle (CASTILHO *et al.*, 2000). Exige que os esforços se concentrem na redução das iniquidades, promovendo o acesso a informações e medidas preventivas.

No campo dos estudos do comportamento humano, o modelo das crenças em saúde (*healthbelief models*) preconiza que há quatro percepções relevantes para aceitar intervenções médico-sanitárias: de suscetibilidade, severidade, benefícios e barreiras (SILVEIRA *et al.*, 2002). Segundo esse modelo, pessoas que acreditam ser a aids uma doença séria e não curável, e que tem uma grande possibilidade de vir a afetá-las, serão mais propensas a aceitarem práticas preventivas.

No entanto esse modelo conceitualiza o comportamento de risco como um ato individual, e essa abordagem é no mínimo inapropriada quando se considera que comportamentos sexuais envolvem pelo menos duas pessoas. No caso específico da mulher, mesmo conhecendo a severidade da doença e que o uso do preservativo pode, de fato, prevenir a transmissão do HIV, estará menos propensa a seu uso, se entender que poderá conturbar a relação com seu parceiro.

Logo, a percepção de vulnerabilidade pessoal pelas mulheres é importante e necessária, mas não é suficiente para determinar mudanças de comportamento. Para tanto, os componentes da vulnerabilidade, individual, social e programática ou institucional, onde a primeira é aquela que abrange os fatores de ordem cognitiva (quantidade e qualidade de informação que os indivíduos dispõem e capacidade de elaborá-la) ou de ordem comportamental (capacidade, habilidade e interesse para transformar essas preocupações em atitudes e ações protegidas e protetoras). Associa-se às informações sobre a doença, percepção de risco, valores e crenças que determinarão as formas de prevenir a contaminação e a possibilidade de execução de práticas seguras. Pressupõe que qualquer indivíduo é

passível de contaminação de acordo com seus valores pessoais, recursos preventivos em determinada época de sua vida. Entretanto o acesso e qualidade da informação que os indivíduos dispõem sobre os problemas de saúde, podem interferir substancialmente nas possibilidades de adoção de métodos e comportamentos preventivos. (AYRES *et al.*, 2003; SALDANHA *et al.*, 2008).

O componente social da vulnerabilidade envolve o acesso às informações, as possibilidades de assimilarem-nas e o poder de incorporá-las às mudanças práticas na vida cotidiana, condições estas diretamente associadas ao acesso a recursos materiais, a instituições sociais como escola e serviços de saúde, ao poder de influenciar decisões políticas, à possibilidade de enfrentar barreiras culturais e de estar livre de coerções violentas de todas as ordens, dentre outras, que precisam então ser incorporadas às análises de vulnerabilidade e aos projetos educativos às quais elas dão sustentação (SALDANHA *et al.*, 2008).

A vulnerabilidade programática diz respeito às contribuições dos programas de HIV/aids na redução da vulnerabilidade pessoal e social. Para Ayres (2006) ela se estende ao acesso aos serviços de saúde, qualidade da atenção, e implantação e implementação de programas de combate à aids e outros desta natureza, que propiciam a existência de contextos sociais favorecedores à adoção de medidas de proteção.

Reconhecendo a magnitude da transmissão do vírus HIV, e a multiplicidade das dimensões da epidemia, este estudo volta-se em especial para conhecer aspectos relacionados ao componente individual da vulnerabilidade, propondo-se a identificar as práticas sexuais e preventivas da população jovem feminina, residentes em um município do sertão paraibano.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, tipo inquérito, realizado no município de Patos/PB. Com população estimada de 100.675 habitantes (IBGE, 2010), organiza a rede de atenção à saúde em 34 Unidades, desenvolvendo Estratégia Saúde da Família - ESF.

A população alvo constituiu-se das 28.526 jovens cadastradas nas Unidades de Saúde da Família (USF). Uma amostra foi definida pelo cálculo amostral de populações finitas, após elaboração e estabelecimento de um coeficiente de confiabilidade de 95%,

respeitando-se as devidas proporções, constituindo a mesma por 60 jovens com idade entre 15 e 19 anos. Para a seleção das participantes foi elaborado um banco de dados com a identificação de cada uma e, em seguida, realizado um sorteio, onde todas apresentavam iguais chances de serem selecionadas. Seguiu-se o princípio da autonomia e livre decisão de participação na pesquisa, o que foi manifestado através da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), após orientações sobre sua voluntariedade, direito de desistência em qualquer momento do estudo, sigilo de informações e, sobretudo não prejuízos ético-morais e financeiros.

Os dados foram coletados de maio a agosto de 2010, utilizando-se um questionário estruturado e analisados descritivamente por meio das frequências absolutas e relativas e foi realizado o teste de associação do Qui-quadrado (χ^2), considerando um nível de significância de 5%, para verificar a proporção com que as variáveis: acesso aos serviços de saúde; acesso a informações gerais; acesso aos métodos contraceptivos; conhecimento sobre HIV; possuir vida sexual ativa; prevenção nas relações sexuais; uso de drogas antes da última relação; prática de sexo não vaginal; prevenção na última relação sexual; estão ou não relacionadas com a vulnerabilidade feminina e, assim realizar inferências. O formulário que serviu para coleta dos dados foi implantado no *software* Epi - Info 6.0 e os resultados obtidos foram apresentados na forma tabelar.

O projeto foi encaminhado para apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde e Tecnologia Rural da Universidade Federal de Campina Grande *campus* de Patos/PB (COEP CSTR/UFCG), sendo aprovado em 01/06/2009 sob protocolo de nº 109/2009.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Não houve recusas quando da abordagem para participação no estudo, tão pouco nenhuma participante, após as coletas dos dados, necessitou ou solicitou ser excluída e substituída na pesquisa. A tabela abaixo apresenta a descrição dos dados sócio-demográficos (Tabela 1).

Analisando as variáveis sócio-demográficas (Tabela 1), percebe-se que predomina o estado civil solteiro (65,0%), renda familiar entre 1 e 3 salários mínimos (100,0%), nível de instrução escolar baixo,

Tabela 1. Dados sócio-demográficos de adolescentes cadastradas na estratégia saúde da família, Patos – PB, 2010.

Variável	Classes	f	%
<i>Estado civil</i>	Solteiro	39	65,0
	Casado	15	25,0
	Outros	6	10,0
<i>Renda familiar</i>	1 a 3	60	100,0
	4 a 6	0	0,0
	Superior a 7	0	0,0
<i>Escolaridade</i>	1º grau completo	21	35,0
	2º grau completo	21	35,0
	3º grau incompleto	18	30,0
<i>Tipo de instituição onde trabalha</i>	Instituição pública	3	5,0
	Instituição privada	12	20,0
	Não trabalha	45	75,0
<i>Religião</i>	Católica	51	85,0
	Protestante	6	10,0
	Outras	3	5,0
TOTAL	-	60	100%

prevalecendo 1º e 2º graus, 85,0% católicos e 75,0% não trabalham.

Esses dados reafirmam o que BASTOS, SZWARCWALD (2000), segundo este, tanto o papel social como o de gênero, da mulher, aumentam o seu risco de contágio por tais doenças, em particular, seu estado civil, e sua escolaridade tendem a diminuir a adesão às práticas preventivas. As relações desiguais de poder e a dependência econômica das mulheres, especialmente em países em desenvolvimento, limitam o acesso às informações adequadas e atualizadas.

Além dos fatores sócio-demográficos, foram analisadas variáveis dicotômicas que possivelmente influenciariam a vulnerabilidade. Estas mesmas estão na Tabela 2.

De acordo com a Tabela 2, observa-se que apesar do acesso aos serviços de saúde ser relatada por 85% das mulheres, os dados da não procura são preocupantes, uma vez que podem evidenciar a desigualdade entre homens e mulheres, impossibilitando-a de usufruir do acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde, em

todos os níveis de complexidade. Relevantes também são os aspectos que revelam a manutenção de uma vida sexual ativa por parte das adolescentes, pois de acordo com os relatos de autores como BASTOS, SZWARCWALD (2000), os jovens apresentam novas práticas e maneiras de expressar sua sexualidade. Isso revela novos fatores que tendem a pôr em cheque a condição de susceptibilidade destes.

No tocante a assistência ao indivíduo vulnerável, ou mesmo já infectado, as ações de saúde nem sempre são implementadas de forma adequada pelos profissionais, em relação às práticas de trabalho, muitos procedimentos técnicos sofreram alterações (GIR *et al.*, 2006).

O sexo vem na percepção e vivência das pessoas ocupando espaço diferenciado nos relacionamentos. A necessidade sexual das mulheres é considerada menor que a dos homens (ANDRADE, NÓBREGA-THERRIEN, 2005), contudo é carente nos níveis de atenção à saúde a abordagem da temática sexualidade e repasse de orientações para as diversas faixas etárias e gêneros (BASTOS, SZWARCWALD, 2000).

Tabela 2. Fatores que contribuem para a vulnerabilidade ao HIV entre adolescentes. Patos, PB. 2010.

Variável	Sim		Não		χ^2	p-valor
	f	%	f	%		
Acesso aos serviços de saúde	51	85,0	9	15,0	0,7613	< 0,0001
Acesso a informações gerais	51	85,0	9	15,0	0,7613	< 0,0001
Acesso aos métodos contraceptivos	51	85,0	9	15,0	0,7613	< 0,0001
Conhecimento sobre HIV	54	90,0	6	10,0	0,6599	< 0,0001
Possui vida sexual ativa	60	100,0	0	0,0	0,4392	< 0,0001
Prevenção nas relações sexuais	54	90,0	6	10,0	0,6599	< 0,0001
Prevenção na última relação sexual	30	50,0	30	50,0	0,9994	< 0,0001
Uso de drogas antes da última relação	12	20,0	48	80,0	0,99999	< 0,0001
Prática de sexo não vaginal	24	40,0	36	60,0	0,9999	< 0,0001

Percebe-se que as adolescentes afirmam receber informações sobre HIV/Aids nos serviços de saúde. Estas informações são observadas através da variável conhecimento sobre HIV/Aids, o que se mostrou como um fator que contribui para a diminuição da vulnerabilidade de adolescentes a infecção pelo HIV.

Para LOPES (2003), uma das medidas de controle mais promissoras para as DST/Aids, são as diferentes formas de educação ao público, juntamente com condições propícias a adesão de práticas preventivas. Tais condições remetem uma maior amplitude que não se restringe aos serviços de saúde, mas condições de moradia, trabalho, lazer etc.

Sendo assim, para que se possa haver um repasse eficaz das informações, para a população, deve-se ater-se à porção da amostra que afirma não receber tais informações e assim desenvolver métodos apropriados que abranjam a essa classe de usuários do serviço de saúde. Ou ainda estratégias que orientem grupos de diferentes perfis, sejam sociais, culturais ou qualquer outro.

Nos dados coletados viu-se que a acessibilidade aos métodos contraceptivos é relevante (85% das

adolescentes). Assim, pode-se perceber que o interesse pelo comportamento de contracepção dos jovens brasileiros tem crescido em decorrência do fato das regiões do país, desde 1980, vir decaindo a taxa de fecundidade, exceto nesta faixa etária (CAMARANO, 1998). BÉRIA *et al.*, (1998) em estudo comparativo de dados da pesquisa do Demography and Health Survey (DHS) 03 entre 37 países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, verificaram que embora quase todos adolescentes pesquisados relatem conhecer pelo menos um método contraceptivo, seu uso tem-se revelado de pequena magnitude e de modo irregular. Isso é consistente com resultados nacionais, indicando que o uso da contracepção não tem, necessariamente, uma relação direta com o conhecimento dos adolescentes, envolvendo outros determinantes e também que esta prática mostra-se com evidências estatísticas de que diminui a vulnerabilidade ao HIV.

A Aids, por exemplo, ao longo do tempo, tem se sobreposto à concepção de doença, sendo considerada um fenômeno social complexo e multifacetado, envolvendo questões que perpassam dados epidemiológicos (RIBEIRO *et al.*, 2006) e recebe

influências situacionais familiares, da saúde do indivíduo e do contato com doenças similares.

Percebe-se que, em sua totalidade, a amostra já deu início a atividade sexual, fato que se mostra, como fator que acentua a vulnerabilidade feminina ao HIV. BASTOS, SZWARCWALD (2000), relataram que as mulheres são especialmente vulneráveis ao HIV por características biológicas como: a superfície vaginal exposta ao sêmen é relativamente extensa, e o sêmen apresenta maior concentração de HIV do que o líquido vaginal.

As infecções sexualmente transmissíveis – IST, em geral, são mais frequentemente assintomáticas nas mulheres; e a mucosa vaginal é frágil, principalmente em mulheres mais jovens, além disso, estudos vêm revelando que grande parte das mulheres se infecta na faixa etária entre 15 e 24 anos, em plena vida reprodutiva (UNAIDS, 2000).

Outro dado preocupante foi o de uso de algum tipo de droga/álcool antes da última relação sexual, onde a prevalência por faixa etária não é exacerbada, porém recebe influências da conjuntura sociocultural no que concerne à temática. Em seu estudo, WILSON *et al.*, (1998), o papel das drogas tem aumentado a população de grupos-núcleo, de tais doenças, da mesma forma que também tem agido como facilitador para o comportamento de risco.

Um dos agravantes da vulnerabilidade é evidenciado pelas limitações no espaço das relações pessoais, principalmente no que se refere à relação afetivo-sexual, comportamentos que envolvem a prática sexual, como a iniciação sexual precoce, as práticas sexuais e troca de parceiros, geralmente são apontados como fatores de risco e, não se limitam ao indivíduo, estando inserido em um contexto maior, por sistemas construídos sócio-historicamente e influenciados por um sistema de gênero desigual que demarca as esferas masculina e feminina (SALDANHA *et al.* 2008).

Assim como o uso de outras práticas que contribuem para o maior risco de infecção pelo HIV, a prática de relações sexuais não vaginais requer uma abordagem educacional multiprofissional e governamental efetiva, com abordagem da dimensão psicossocial, cujos profissionais, além de capacitados, devem estar integrados à equipe (GIR *et al.*, 2006) de

modo que se evidencie o uso de preservativo e profilaxia das doenças, não só nesta, mas em todas as relações sexuais.

Ao se avaliar a prática de sexo não vaginal, encontraram-se valores elevados no tocante a esse estudo. Em estudos semelhantes foram encontrados uma prevalência de 3%, de tal prática na última relação sexual, além de uma incidência dos dados, que variam em torno de 7% (SILVEIRA *et al.*, 2002).

Esta vulnerabilidade se agrava quando associada ao uso não-sistemático de preservativo. Observa-se, sobretudo entre as mais jovens (MARTINS *et al.*, 2006), na primeira relação sexual, um maior uso de camisinha, provavelmente devido ao advento da Aids e ao sucesso de suas campanhas de prevenção, uma vez que a geração mais nova já nasceu sob o impacto da epidemia, parecendo ser mais permeável à adoção do uso do preservativo que indivíduos mais velhos, que se iniciaram sexualmente sem essa ameaça (SALDANHA *et al.*, 2008).

Inúmeros fatores estão associados ao uso de métodos anticoncepcionais e/ou de proteção pessoal durante as relações sexuais. Entre eles pode-se citar o grau de conhecimento sobre as questões reprodutivas, sobre a atuação dos contraceptivos, as especificidades relacionadas ao gênero, o tipo de envolvimento afetivo do momento, as questões financeiras e de acesso aos métodos, bem como o grau de liberdade e de autonomia alcançados nessa faixa etária, a crença da invulnerabilidade e a imprevisibilidade das relações (TEIXEIRA, KNAUTH, FACHEL, 2006).

CONCLUSÃO

Baseado no objetivo desse estudo, que foi conhecer os aspectos relacionados ao componente individual da vulnerabilidade, propondo-se identificar que práticas sexuais e preventivas da população feminina jovem associam-se a ela. Conclui-se que as adolescentes apresentam um conhecimento adequado e, acesso ao serviço e informações suficientes a adoção práticas sexuais seguras, contudo, observou-se que estas não tem uma ampla adesão.

Os fatores que mostraram-se associados ao

aumento da vulnerabilidade ao HIV foram o uso de drogas antes da última relação sexual e a prática de sexo não vaginal. Assim sendo, estas práticas evidenciam-se como fatores que devem ser alvo de trabalhos educativos para mudança de comportamentos, e adesão à prática de comportamentos sexuais mais seguros.

Por fim percebe-se como relevante no aumento da vulnerabilidade feminina ao HIV, a indiferença com a presença da doença em seu meio de convívio, pois tais doenças são de tamanha magnitude que estão presentes em todo e qualquer ambiente nos dias atuais.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE LS, NÓBREGA-THERRIEN SM. A Sexualidade Masculina e a Vulnerabilidade ao HIV/Aids. *DST - J bras Doenças Sex Transm*, 17(2):121-126, 2005.
- AYRES JRJM et al. *O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios*. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 117 – 139. 2003.
- AYRES JRJM. Vulnerability, Human Rights and Comprehensive Health Care Needs of Young People Living With HIV/AIDS. *American Journal of Public Health (1971)*, 96(6):1001-6, 2006.
- BASTOS FI, SZWARCOWALD CL. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. *Cad Saúde Pública*, 16(Sup. 1):65-76, 2000.
- BÉRIA J (org), TEIXERA AMFB, SILVACD, BORGES CMF, VÍCTORA CG, KNAUTH DR et al. *Ficar, transar... a sexualidade do adolescente em tempos de Aids*, 1ª edição, Porto Alegre: Tomo Editorial, 1998, p 240.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico - Aids e DST*. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. 7(1). 2010, 56p.
- BRASIL, Ministério da Saúde. *Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV/Aids*. Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa nacional de DST e Aids. Brasília, 2007.
- CAMARANO AA. Fecundidade e anticoncepção da população jovem. In: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento. *Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas*, Brasília: CNPD, 2(37):29-32, 1998.
- CASTILHO EA, BASTOS FI, SZWARCOWALD CL, FONSECA MGP. A AIDS no Brasil: uma epidemia em mutação. *Cad Saúde Pública*, 16 (suppl 1): 504-505, 2000.
- GIR E, CANINI SRMS, CARVALHO MJ, PALOS MAP, REIS RK, DUARTE G. A Parceria Sexual na Visão de Mulheres Portadoras do Vírus da Imunodeficiência Humana – HIV. *DST - J bras Doenças Sex Transm*, 18(1): 53-57, 2006.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. *Censo demográfico*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.
- MARTINS LBM, COSTA-PAIVA LHS, OSIS MJD, SOUSA MH, PINTO-NETO AM, TADINI V. Fatores associados ao uso de preservativo masculino e ao conhecimento sobre DST/AIDS em adolescentes de escolas públicas e privadas do Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(2):315-323, fev, 2006.
- PINTO ACS, PINHEIRO PNC, VIEIRA NFC, ALVES MDS. Compreensão da pandemia da aids nos últimos 25 anos. *DST – J bras Doenças Sex Transm*; 19(1): 45-50. 2007.
- RIBEIRO CG, COUTINHO MPL, SALDANHA AAW, AZEVEDO RLV. Concepção da Aids: o que Pensam os Profissionais e os Pacientes? Concepção da Aids. *DST - J bras Doenças Sex Transm*, 18(3): 185-189, 2006.
- SALDANHA AAW, CARVALHO EAB, DINIZ RF, FREITAS ES, FÉLIX SMF, SILVA EAA. Comportamento sexual e vulnerabilidade à Aids: Um estudo descrito com perspectiva de práticas de prevenção. *DST - J bras Doenças Sex Transm*, 20(1): 36-44, 2008.
- SANTOS NJS, BUCHALLA CM, FILLIPE EV, BUGAMELLI S, GARCIA S, PAIVA V. Mulheres HIV positivas, reprodução e Sexualidade. *Rev Saúde Pública*, 36(4 Supl):12-23. 2002.
- SILVEIRA MF, BÉRIA JU, HORTA B L, TOMASI E. Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e Aids em mulheres. *Rev Saúde Pública*, 36(6): 670-7, 2002.

18. SOUZA, Z.; LEITE, J. L. *Aids e envelhecimento: reflexões sobre a infecção pelo HIV em indivíduos acima dos 60 anos*. 2008. Disponível em: <<http://www.saude.rio.rj.gov.br/saude/pubsms/media/aidsenvelhecimento.doc>>. Acesso em: 16 de maio de 2010..
19. TEIXEIRA AMFB, KNAUTH DR, FACHEL JMG. Adolescentes e uso de preservativos: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual. *Cad Saúde Pública*, 22(7): 1385-1396. 2006 *apud* SALDANHA AAW, CARVALHO EAB, DINIZ RF, FREITAS ES, FÉLIX SMF, SILVA EAA. Comportamento sexual e vulnerabilidade à Aids: Um estudo descrito com perspectiva de práticas de prevenção. Niterói: *Jornal DST - J bras Doenças Sex Transm*, 20(1): 36-44, 2008.
20. UNAIDS. *Report on the global HIV/AIDS epidemic*. Geneva: UNAIDS, Jun 2000, p 139.
21. WILSON TE, MINKOFF H, DEHOVITZ J, FELDMAN J, LANDESMAN S. The relationship of cocaine use and HIV serostatus to incident STD among women. *Sex Transm Dis*, 25(2): 70-75, 1998.

Correspondência

Jailson Alberto Rodrigues
End. Rua França, 11, Jardim Europa
Patos – Paraíba – Brasil
CEP: 58705-090
Email. jailson_rodrigues@ig.com.br