



Cadernos da

SAÚDE COLETIVA

Fazeres em Saúde Coletiva:
Experiências e reflexões de jovens sanitaristas

Organizadores

Alcindo Antônio Ferla

Cristianne Maria Famer Rocha

Organizadores
Alcindo Antônio Ferla
Cristianne Maria Famer Rocha

Cadernos da
SAÚDE COLETIVA

**Fazeres em Saúde Coletiva:
Experiências e reflexões de jovens sanitaristas**



1ª edição

Porto Alegre, 2014

Cadernos da Saúde Coletiva

Fazeres em Saúde Coletiva: Experiências e reflexões de jovens sanitaristas

Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial

Adriane Pires Batiston

Alcindo Antônio Ferla

Emerson Elias Merhy

Ivana Barreto

Izabella Matos

João Henrique Lara do Amaral

João José Batista de Campos

Julio César Schweickardt

Laura Camargo Macruz Feuerwerker

Liliana Santos

Lisiane Böer Possa

Mara Lisiane dos Santos

Márcia Cardoso Torres

Marco Akerman

Maria Luiza Jaeger

Maria Rocineide Ferreira da Silva

Ricardo Burg Ceccim

Rossana Baduy

Sueli Barrios

Vanderléia Laodete Pulga

Vera Kadjaoglanian

Vera Rocha

Comissão Executiva Editorial

Janaina Matheus Collar

João Becon de Almeida Neto

Arte gráfica - Capa

Raquel Amsberg de Almeida

Diagramação:

Raquel Amsberg de Almeida

Revisão:

Priscilla Konat Zorzi

Impressão:

Gráfica Ideograf

Grafia atualizada segundo o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990, que entrou em vigor no Brasil em 2009.

Copyright © 2014 by ALCINDO ANTÔNIO FERLA e CRISTIANNE MARIA FAMER ROCHA.

DADOS INTERNACIONAIS PARA CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

F287 Fazeres em Saúde Coletiva : experiências e reflexões de jovens sanitaristas / organizadores: Alcindo Antonio Ferla, Cristianne Maria Famer Rocha. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

165 p.: il. – (Cadernos da Saúde Coletiva; 3)

ISBN 978-85-66659-24-5

1.Educação em saúde. 2. Saúde coletiva. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Sanitarista. I. Ferla, Alcindo Antônio. II. Rocha, Cristianne Maria Famer. III. Série.

NLM WA18

Bibliotecária responsável: Jacira Gil Bernardes – CRB 10/463

DESIGUALDADES DE GÊNERO NA VIDA DE PESSOAS COM HIV, CANOAS/RS



Bibiana Edeline Schreiner¹
Stela Nazareth Meneghel²
Roger Flores Ceccon³

Resumo: *Objetivo:* Analisar as desigualdades de gênero presentes na vida de pessoas com HIV. *Métodos:* Estudo transversal cuja amostra foi de 300 pessoas que vivem com HIV, cadastradas em um serviço de referência do município de Canoas/RS. A análise foi realizada segundo o sexo e identificaram-se as desigualdades de gênero em relação aos aspectos sociodemográficos, clínicos e psicológicos. A análise estatística foi realizada com o software SPSS. As variáveis foram associadas através do teste Qui-Quadrado e considerou-se significativo um $p < 0,05$. *Resultados:* A maioria das pessoas tinha a pele branca, baixa escolaridade, era solteira, heterossexual e salariada. A principal forma de transmissão da doença foi por relação sexual e a maior parte não referiu doenças oportunistas, tinha CD4 > 350 células, carga viral detectável e aderiu ao tratamento. As variáveis opção sexual, situação conjugal, ocupação, uso de drogas, forma de transmissão e aspectos mais afetados após diagnóstico foram estatisticamente diferentes entre os sexos ($p < 0,05$). *Conclusão:* As desigualdades de gênero estiveram presentes na vida das pessoas que vivem com HIV, reforçando a necessidade de se considerar os fatores relacionados a gênero na atual configuração da epidemia da AIDS.

Palavras-chave: HIV; AIDS; Gênero.

Introdução

A AIDS é uma doença de elevada incidência e um importante problema de saúde pública. Desde o início da epidemia foram identificados 34 milhões de casos no mundo e mais de 25 milhões de óbitos, sendo 50% mulheres, grande parte vivendo em países pobres (UNAIDS, 2012). Na África está concentrada a maioria dos casos, embora também haja alta prevalência em alguns países da Ásia e Caribe. No Brasil, está acontecendo um processo de feminização da epidemia, e a razão de masculinidade diminuiu de 16 para 1,5 homens para cada mulher nos últimos 10 anos (MENEGBEL et al., 2003).

Desde a descoberta do HIV, ocorreram mudanças na forma de transmissão da doença, visto que no início da epidemia a maior parte das pessoas infectadas eram homossexuais masculinos e usuários de drogas injetáveis. Atualmente, a maioria das infecções ocorre por relação heterossexual, tornando as mulheres um grupo altamente suscetível a contrair o vírus e adoecer (BRASIL, 2012).

Más condições de vida, dificuldades de acesso aos serviços de saúde e baixa escolaridade favorecem o crescimento da doença no país. A situação é resultado das diferenças sociais e desigualdades de

1 Graduada no Bacharelado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Email: bibiana.schreiner@hotmail.com

2 Médica, Professora do Bacharelado de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Email: stelameneghel@gmail.com

3 Enfermeiro, Mestrando em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Email: roger.ceccon@hotmail.com

gênero entre homens e mulheres, que contribuem para a alta prevalência da epidemia (GABRIEL; BARBOSA; VIANNA, 2005).

O aumento na incidência de AIDS em mulheres ocorreu principalmente pela juvenilização feminina no início da vida sexual, que na maioria das vezes acontece com homens mais velhos. Esta situação leva a um baixo poder feminino de negociação no uso de preservativo e maior risco de contaminação por outras doenças sexualmente transmissíveis (GONÇALVES, 2012).

Violências, racismo, pobreza, violação dos direitos humanos, além da desigualdade de gênero, contribuem para que a epidemia da AIDS tenha se difundindo com maior velocidade entre as mulheres, principalmente as que vivem em países onde a cultura patriarcal potencializa as assimetrias de poder entre os sexos (GONÇALVES, 2012).

O patriarcado é um sistema social que hierarquiza o gênero, no qual os homens detêm o poder e exercem autoridade sobre as mulheres, filhos e homens que não exercem masculinidades hegemônicas. Assim, as desigualdades de gênero possibilitam aos homens controlar as mulheres e decidir como, onde e quando serão realizadas as práticas sexuais (ALVES; CORREA, 2009).

Deste modo, o patriarcado, ao controlar a sexualidade das mulheres, as vulnerabiliza ou as expõe a contextos de risco. Essa vulnerabilidade feminina foi insensibilizada pelas primeiras campanhas de prevenção da AIDS, que foram direcionadas aos chamados “grupos de risco”. Atualmente, os programas de prevenção enfocam o conceito de “vulnerabilidade”, identificando as mulheres como suscetíveis à infecção e admitindo que as pessoas que mantêm relações sexuais sem preservativos estão expostas ao HIV (AYRES, 2002).

Apesar da relevância do tema e da necessidade de visibilizar as desigualdades de gênero entre pessoas que vivem com HIV, existem poucas pesquisas sobre o tema. Assim, estudar gênero em investigações epidemiológicas permite evidenciar as vulnerabilidades das pessoas com a doença, oportunizando maior conhecimento para que se possam construir estratégias de prevenção e melhoria da assistência.

O objetivo deste estudo foi analisar as desigualdades de gênero presentes na vida das pessoas que vivem com HIV.

Métodos

Este é um estudo transversal cujo tema é as desigualdades de gênero experimentadas por pessoas que vivem com HIV. A investigação foi realizada em um Serviço de Assistência Especializada (SAE) em HIV/AIDS no município de Canoas, Rio Grande do Sul. A escolha pelo local considerou as altas taxas de AIDS e o processo de feminização da epidemia, sendo que o município encontra-se em 10º lugar em casos de AIDS entre as cidades com mais de 50 mil habitantes no Brasil (BRASIL, 2010).

Neste estudo, as diferenças entre os sexos foram consideradas como um marcador de gênero, entendendo que, em nossa sociedade, o sexo biológico contribui para os comportamentos esperados de homens e mulheres e reforça as assimetrias de poder entre os sexos.

As informações foram coletadas dos prontuários das pessoas cadastradas no SAE entre os anos de 1992 a 2012, e buscou-se analisar as características sociodemográficas, psicológicas e clínicas de homens e mulheres que vivem com HIV.

Os usuários foram considerados segundo o sexo. Para compor a amostra, os prontuários das pessoas do SAE foram sorteados segundo a técnica de amostragem sistemática, sendo escolhidos em ordem sequencial a cada cinco prontuários. O tamanho da amostra foi calculado estimando um nível de confiança de 95%, erro de 3%, um total de 2.000 pessoas cadastradas no serviço e prevalência de 50% para cada sexo. Obteve-se, assim, o tamanho da amostra de 300 pessoas.

As questões referentes às características sociodemográficas abordaram a idade, naturalidade, cor da pele, estado civil, opção sexual, forma de transmissão da doença, escolaridade, profissão e uso de drogas. As características psicológicas buscaram conhecer se houve acompanhamento psicológico, o impacto da doença na vida das pessoas (pouco, muito ou nada) e os aspectos mais afetados após a infecção (social, familiar, sexual, profissional, todos ou nenhum). As características clínicas referem-se às doenças oportunistas, tratamento medicamentoso, adesão, valores de células de defesa (CD4) e carga viral.

A análise estatística foi realizada com o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0. Os dados foram apresentados através de frequência bruta e relativa e as variáveis foram associadas através do teste Qui-Quadrado, considerando significativo um $p < 0,05$.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul sob o número 459.210.

Resultados

Neste estudo, foram analisados 300 prontuários de pessoas que vivem com HIV cadastradas no SAE do município de Canoas. A amostra foi composta por indivíduos com idade média de 36 anos e metade do grupo eram mulheres; 42% eram naturais de Canoas e 89% heterossexuais. A maioria das pessoas tinha baixa escolaridade (64%), era solteira (67%), salarizada (63%), branca (79%) e não usava drogas (70%).

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas das pessoas que vivem com HIV, de acordo com o sexo. A ocupação mais prevalente entre as mulheres foi dona de casa e elas referiram opção heterossexual, sendo que 15% dos homens referiram ser homossexuais e 10% dos homens eram desempregados. A viuvez feminina foi maior do que entre os homens e o uso de drogas foi mais prevalente no sexo masculino. Evidenciou-se diferença estatisticamente significativa nas variáveis opção sexual, situação conjugal, ocupação e uso de drogas entre os grupos ($p < 0,05$).

Tabela 1: Características sociodemográficas das pessoas que vivem com HIV/AIDS cadastradas no SAE. Canoas, 1992-2012

	Mulheres		Homens		p
	n	%	n	%	
Faixa etária					0,640
≤ 20	5	3,3	8	5,4	
21-59	143	94,7	137	92,0	
≥ 60	3	2,0	4	2,7	
Naturalidade					0,124
Canoas	71	47,0	56	37,6	
Região metropolitana de POA	40	26,2	38	25,5	
Outros	40	26,5	55	36,9	
Opção sexual					0,000
Heterossexual	148	98,0	119	79,9	
Homossexual	0	0,0	22	14,8	
Bissexual	3	2,0	8	5,4	
Escolaridade					0,167
Analfabeto	0	0,0	2	1,3	
1º grau	102	67,6	91	61,1	
2º grau	46	30,5	48	32,2	
3º grau	3	2,0	8	5,4	
Situação Conjugal					0,009
Solteiro(a)	95	62,9	107	71,8	
Casado(a)	40	26,5	40	26,9	
Viúvo(a)	16	10,6	2	1,3	
Ocupação					0,000
Dona de casa	62	41,1	0	0,0	
Desempregado(a)	6	4,0	15	10,1	
Salariado(a)	76	50,3	114	76,5	
Outras	7	4,6	20	13,4	
Cor da pele					0,853
Branca	121	80,1	115	77,2	
Negra	16	10,6	18	12,1	
Parda	14	9,3	26	17,5	
Uso de drogas					0,008
Sim	36	23,8	54	36,2	
Não	115	76,2	95	63,8	

A Tabela 2 apresenta as características clínicas segundo os sexos. Foi possível observar que a maior parte da amostra não manifestou doenças oportunistas, apresentou resultado de exame de CD4 maior que 350 células, carga viral detectável, uso regular de antirretrovirais e adesão ao tratamento. A variável forma de transmissão apresentou diferença estatística entre os sexos, visto que a maioria das mulheres adquiriu o vírus através de relação sexual e 12% dos homens através do uso de drogas ($p = 0,014$).

Tabela 2: Características clínicas das pessoas que vivem com HIV/AIDS cadastradas no SAE. Canoas, 1992-2012

	Mulheres		Homens		p
	n	%	n	%	
Forma de transmissão					0,014
Sexual	140	92,7	125	83,9	
Uso de drogas	7	4,6	19	12,8	
Não sabe	4	2,7	5	3,4	
Doenças oportunistas					0,645
Não têm	113	74,8	106	71,1	
Tuberculose	14	9,3	19	12,8	
Pneumonia	8	5,3	9	6,0	
Outras	16	10,6	15	10,1	
Células de CD4					0,593
≤ 350	57	35,8	47	31,5	
> 351	81	53,6	78	52,4	
Não realizado	13	8,6	24	16,1	
Carga viral					0,773
Detectável	75	49,7	86	57,7	
Indetectável	62	41,1	39	26,2	
Não realizado	14	9,3	24	16,1	
Uso de antirretroviral					0,727
Sim	88	58,3	82	55,0	
Não	63	41,7	67	45,0	
Situação do tratamento					0,097
Adesão	99	65,6	84	56,4	
Abandono	52	34,4	65	43,6	

A Tabela 3 apresenta as variáveis referentes às características psicológicas das pessoas que vivem com HIV, de acordo com o sexo. As mulheres relataram maior frequência de acompanhamento psicológico e pouca mudança de vida após o diagnóstico. O impacto na família foi mais relatado entre as mulheres após a descoberta do vírus, e entre os homens o sexual foi o mais afetado, com diferença estatisticamente significativa entre os sexos.

Tabela 3: Características psicológicas das pessoas que vivem com HIV/AIDS cadastradas no SAE. Canoas, 1992-2012

	Mulheres		Homens		p
	n	%	n	%	
Acompanhamento psicológico					0,156
Sim	29	19,2	19	12,8	
Não	122	80,8	130	87,3	
Mudança de vida					0,076
Pouco	77	51,0	66	44,3	
Muito	55	32,4	49	32,9	
Nada	19	12,6	34	22,8	
Aspectos mais afetados					0,000
Nenhum	18	11,9	35	23,5	
Sexual	24	15,9	28	18,8	
Social	20	13,2	20	13,4	
Profissional	12	8,0	13	8,7	
Familiar	48	31,8	16	10,7	
Todos	29	19,2	37	24,8	

Discussão

Este estudo evidenciou diferenças de vida na vida de homens e mulheres que vivem com HIV, atentando para a importância de se considerar o gênero como um fator que contribuiu para os altos índices da epidemia. As desigualdades foram mais acentuadas nos aspectos opção sexual, situação conjugal, ocupação, drogas, transmissão da doença, adesão ao tratamento e aspectos afetados após o diagnóstico.

Passados vinte anos desde a descoberta do HIV, percebeu-se não se alterou a vulnerabilidade à AIDS de alguns grupos populacionais, destacando-se a rigidez de papéis e condutas de gênero, que influenciam no perfil da epidemia de AIDS no país (AYRES, 2002).

Neste estudo, a maioria das pessoas referiu ser heterossexual, rompendo com os paradigmas de que o HIV é prevalente em LGBT. Entretanto, 14% dos homens afirmaram ser homossexuais e nenhuma mulher relatou a mesma condição, configurando uma importante desigualdade de gênero, pois remete a formas da infecção da doença.

A diminuição dos casos de AIDS na população LGBT e o aumento na heterossexual contribuíram para a diminuição do estigma dos homossexuais em relação à doença. Por outro lado, essa mudança acarretou aumento do número de casos em mulheres heterossexuais casadas ou em união estável (SILVA et al., 2010).

Mais da metade dos participantes eram solteiros, possivelmente por medo do preconceito que relacionamentos podem acarretar e pelos efeitos negativos que a doença causa. A situação conjugal

é um aspecto comprometido na vida das pessoas com o vírus, decorrente das consequências emocionais e sociais associadas a ela (REIS et al., 2011).

O diagnóstico da infecção pode resultar na cessação ou redução da atividade afetiva e sexual, além de as pessoas terem medo de transmitir o HIV para o(a) parceiro(a) e terem dificuldade para falar sobre o assunto com profissionais de saúde. A cronificação da infecção tornou-se mais frequente na formação de casais com sorologias diferentes, embora o medo do abandono e da rejeição seja um aspecto presente na vida dos indivíduos (REIS et al., 2011).

A possibilidade de manutenção de relacionamentos afetivo-sexuais é um aspecto fundamental na vida das pessoas que vivem com HIV e contribui para melhoria na qualidade de vida. Apesar do preconceito e das dificuldades presentes nesses relacionamentos, na maioria das vezes, os(as) parceiros(as) são fonte de apoio emocional, pois compartilham as dificuldades relacionadas à doença e auxiliam na adesão ao tratamento e no cuidado à saúde (REIS et al., 2011). A viuvez feminina apresentou alta prevalência, podendo existir mulheres que tinham companheiros que, por não realizarem tratamento, morreram mais cedo (REIS et al., 2011).

Na pesquisa foi encontrada predominância de mulheres fora do mercado de trabalho, e a categoria “dona de casa” apresentou maior prevalência. Entre os homens, a maioria realiza atividade remunerada, evidenciando importante divisão sexual do trabalho e de renda. Em sociedades patriarcais, as mulheres ficam em casa em função do trabalho doméstico e do cuidado dos filhos, que na maioria das vezes não teriam com quem ficar se a mãe estivesse trabalhando. Mesmo com a entrada da mulher no mercado de trabalho nos últimos anos, elas ainda ocupam postos menos remunerados, precários e insalubres (AYRES, 2002).

Atualmente, esta situação está mudando, pois muitas mulheres exercem atividades remuneradas. Entretanto, elas possuem pouca escolaridade, o que denota instabilidade da condição social e dificuldade de conseguir emprego (AYRES, 2002).

Outra variável que apresentou diferença estatística entre os sexos foi o uso de drogas, visto que os homens utilizavam-nas com maior frequência. No que concerne à prevenção do HIV, é importante que seja realizada uma abordagem voltada ao efeito do uso de substâncias sobre as práticas sexuais. Muitas drogas alteram a percepção de risco dos usuários e podem dificultar o uso do preservativo nas relações sexuais (BRASIL, 2003).

A magnitude da epidemia está relacionada à diversidade das formas de transmissão, observando-se interação entre exposição sexual e uso de drogas. Apesar da redução no número de casos, as drogas contribuem para o aumento na incidência da epidemia, pois mesmo que elas não sejam a fonte principal de infecção, podem levar ao não uso do preservativo. A diminuição do compartilhamento de agulhas e seringas não reflete, necessariamente, na redução da transmissão sexual, assim como o aumento do uso do crack, que vem aumentando nos últimos anos, implica em maior risco de infecção (GRANGEIRO; ESCUDER; CASTILHO, 2010).

Neste estudo, a principal forma de infecção pelo HIV foi relação sexual, com alta prevalência entre as mulheres. Nos homens, houve mais casos de transmissão por via sexual, mas o uso de drogas injetáveis esteve presente. O aumento da transmissão heterossexual tem como consequência aumento da vulnerabilidade das mulheres à doença, considerado um fenômeno expressivo da epidemia no Brasil (BRASIL, 2003).

Abordar as diversas práticas sexuais, destacando as diferentes vulnerabilidades masculinas e femininas, é fundamental para que homens e mulheres percebam as situações de risco que vivenciam, não apenas a partir do seu comportamento sexual, mas também de seus parceiros (BRASIL, 2003).

O abandono do tratamento pelos homens foi alto e as causas de evasão da terapia estão relacionadas aos eventos adversos, transtornos psiquiátricos, uso de álcool e drogas, dificuldades econômicas, falta de expectativa do término de tratamento, ausência de sintomas que justifiquem a terapia e crenças religiosas. A adesão ao tratamento é maior entre as mulheres, pois as mesmas procuram com mais frequência os serviços de saúde, reforçando as diferenças de papéis de gênero na busca por cuidados (BRASIL, 2010).

A socialização das mulheres reforça os papéis que as tornam responsáveis pela manutenção das relações sociais de cuidados e pela prestação de serviços. Entretanto, ser homem em sociedades patriarcais está associado à invulnerabilidade, força e virilidade, e a busca por cuidado denota demonstração de fraqueza, medo e insegurança, o que coloca em risco a masculinidade e aproxima o homem dos papéis femininos socialmente impostos (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Em relação aos aspectos da vida mais afetados após o diagnóstico, pode-se perceber acentuada desigualdade de gêneros. Grande parte das mulheres relatou que o contexto familiar foi o mais afetado após a infecção, e para os homens a sexualidade foi o fator mais atingido.

Muitas vezes as pessoas optam por manter sigilo sobre o diagnóstico, o que as leva ao afastamento de pessoas que poderiam prover apoio. Muitas pessoas com HIV são obrigadas a omitir aspectos importantes de suas vidas, enfrentando situações constrangedoras, como o medo de ser identificado como portador da doença nos espaços sociais, ocasionando consequências negativas na vida afetiva, profissional, social e na maneira como conduzem o tratamento (GIR et al., 2004).

Além disso, esse fato levaria a isolamento social e restrição dos relacionamentos pessoais. O suporte social tem um papel importante, pois diminui as consequências negativas de certos acontecimentos, enquanto o apoio insuficiente de pessoas que convivem no meio social, familiar ou comunitário parece afetar negativamente a adesão ao tratamento (GIR et al., 2004).

Conclusão

Muitos programas de prevenção relacionados à infecção pelo HIV não levam em conta as desigualdades entre os sexos. Na realidade, as mulheres enfrentam maior vulnerabilidade à infecção e ao adoecimento, na dependência de fatores que não afetam igualmente os homens, muitos dos quais estão implícitos nas relações sociais e realidades econômicas das sociedades (BRAGA; CARDOSO; SEGURADO, 2007). No contexto da AIDS, é importante empoderar as mulheres, dar-lhes direito de decidir sobre sua vida sexual e afetiva (FREIRE; CARMEIRO, 2010).

Tais barreiras, se não superadas, podem acarretar prejuízo para o cuidado de mulheres que vivem com HIV, com potencial repercussão sobre sua qualidade de vida (BRAGA; CARDOSO; SEGURADO, 2007).

O cuidado às pessoas com HIV baseia-se em estratégias dirigidas ao conjunto da população acometida pela infecção. Entretanto, o benefício de tais intervenções pode variar significativamente entre homens e mulheres, em função das distinções de gênero aqui descritas, em aspectos epidemiológicos e clínicos dos pacientes no momento de seu acolhimento em unidade especializada no cuidado. A identificação de tais fatores e, conseqüentemente, de diferenças na vulnerabilidade ao cuidado pode contribuir para adequar a estruturação dos serviços (BRAGA; CARDOSO; SEGURADO, 2007).

Este estudo apresenta limitações que precisam ser consideradas, como a utilização de dados secundários, que podem apresentar deficiências na sua produção. Além do mais, o método utilizado não estabeleceu relações de causa/efeito e a amostra de usuários de um SAE não é representativa da população. Entretanto, este trabalho possibilitou estabelecer uma relação entre HIV e gênero, que deve continuar sendo investigada em outras pesquisas.

Referências

- ALVES, J. E. D.; CORREA, S. Igualdade e desigualdade de gênero no Brasil: um panorama preliminar, 15 anos depois do Cairo. In: *ABEP, Brasil 15 anos após a Conferência do Cairo*, ABEP/UNFPA, Campinas, 2009.
- AYRES, J. R. C. M. Práticas educativas e prevenção de HIV/AIDS: lições aprendidas e desafios atuais. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 6, n. 11, Aug. 2002.
- BRAGA, P. E.; CARDOSO, M. R. A.; SEGURADO, A. C. Diferenças de gênero ao acolhimento de pessoas vivendo com HIV em serviço universitário de referência de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, Nov. 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Aconselhamento em DST/HIV/AIDS para a Atenção Básica*. Brasília, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de AIDS, DST e Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico 2012*. Brasília.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de AIDS, DST e Hepatites Virais. *Protocolo de Assistência Farmacêutica em DST/HIV/AIDS*. Brasília, 2010.
- FREIRE, C. C. F.; CARMEIRO, A. Um olhar de gênero na epidemia da AIDS: Quebrando Silêncios. *Fazendo Gênero 9*, Diásporas, Diversidades, Deslocamentos, 2010.
- GABRIEL, R.; BARBOSA, D. A.; VIANNA, L. A. C. Perfil epidemiológico dos clientes com HIV/AIDS da unidade ambulatorial de hospital escola de grande porte: município de São Paulo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, [S. l.], v. 13, n. 4, p. 509-513, ago. 2005.
- GIR, E. et al. Feminização da AIDS: Conhecimento de Mulheres Soropositivas Sobre a Transmissão e Prevenção do HIV -1. *DST - J Bras Doenças Sex Transm*, 16(3):73-76, 2004.
- GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAUJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, Mar. 2007.
- GONÇALVES, Z. et al. Perfil epidemiológico dos pacientes HIV-positivo cadastrados no município de Teresópolis, RJ. *DST - J Bras Doenças Sex Transm* 2012;24(1):9-14.
- GRANGEIRO, A.; ESCUDER, M. M. L.; CASTILHO, E. A. Magnitude e tendência da epidemia de AIDS em municípios brasileiros de 2002-2006. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 3, jun. 2010.
- MENEGHEL, S. N. et al. Impacto de grupos de mulheres em situação de vulnerabilidade de gênero. *CAD Saúde Pública*, 2003;19:109-18.
- REIS, R. K. et al. Qualidade de vida, aspectos sociodemográficos e de sexualidade de pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 20, n. 3, Set. 2011.
- SILVA, S. F. R. et al. AIDS no Brasil: uma epidemia em transformação. *RBAC*, vol. 42(3): 209-212, 2010.
- UNAIDS, Nações Unidas e a Resposta à AIDS no Brasil, 2011. Disponível em <<http://www.unaids.org.br>>. Acesso em 17 jul. 2013.