

**MULHERES COM HIV/AIDS: SUBSÍDIOS PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM****WOMEN WITH HIV/AIDS: SUBSIDIES FOR THE NURSING PRACTICE****MUJERES CON VIH/SIDA: SUBSIDIOS PARA LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA**LÉA MARIA MOURA BARROSO<sup>1</sup>CAROLINA MARIA DE LIMA CARVALHO<sup>2</sup>MARLI TERESINHA GIMENIZ GALVÃO<sup>3</sup>

*Estudo exploratório, que caracteriza 35 mulheres com HIV/Aids, atendidas em ambulatório, e propõe intervenções de enfermagem. Foi realizado em outubro de 2004, em serviço de referência para atendimento de HIV/aids de Fortaleza-CE. Os resultados obtidos por meio de formulário semi-estruturado revelaram que 52% das mulheres encontravam-se na faixa etária entre 30 e 39 anos de idade, 43% eram solteiras e 68% estudaram entre um e oito anos. A maioria informou estar fora do mercado de trabalho, professou ser católica e declarou viver em grande centro urbano, com escassos recursos financeiros. Diante desse quadro, as intervenções de enfermagem devem ser voltadas para abordagem da doença em sua complexidade, utilizando linguagem clara e objetiva. Propõe-se atendimento em grupo, para discussões como sexualidade, uso de medicamentos e recursos sociais disponíveis. Sugere-se implementar a assistência com a visita domiciliária, a fim de se ter acesso ao ambiente onde vivem, para intervir de acordo com a realidade.*

**Palavras-Chave:** Mulheres; HIV; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Cuidados de enfermagem.

*Exploratory study, that characterizes 35 women with HIV/AIDS, assisted at clinics and it proposes nursing interventions. It was accomplished in October, 2004, in a reference service for attendance of HIV/AIDS in Fortaleza-CE. The results obtained through semi-structured form revealed that 52% of the women were in the age group between 30 and 39 years of age, 43% were single, 68% went to school during one to eight years' time. Most of them informed to be out of the job marked. They professed to be catholic. They live in great urban centers, with scarce financial resources. The nursing interventions should be returned in approaching the disease in your complexity, using clear and objective language. Offer attendance in group, for discussions, as sexuality, use of medicines and available social resources. It's suggested to implement the attendance with the residence visit, in order to have access to a home like atmosphere to intervene in accordance with the reality.*

**Keywords:** Women; HIV; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Nursing care.

*Estudio exploratorio, que caracteriza 35 mujeres con VIH/SIDA, asistidas en una clínica y propone intervenciones de la enfermería. Realizado en octubre de 2004, en un servicio de referencia para atención de VIH/SIDA de Fortaleza-CE. Los resultados que se obtuvieron a través de formulario estructurado en parte, revelaron que el 52% de las mujeres tenía entre 30 a 34 años; el 43% era soltera; el 68% estudió de uno a ocho años. La mayoría informó que está sin trabajar; profesó religión católica y vive en un gran centro urbano, con escasos recursos financieros. Delante de una situación como ésta, las intervenciones de la enfermería deben expresar un lenguaje claro y objetivo, abordando la enfermedad en toda su complejidad. Se propone la atención de las pacientes en grupo, para realizar discusiones sobre sexualidad; el uso de remedios y los recursos sociales disponibles. Se sugiere que se implante la asistencia a la paciente con visita a su domicilio, lo que permitiría conocer el ambiente en que vive, para poder intervenir de acuerdo con su realidad.*

**PALABRAS CLAVE:** Mujeres; VIH; Síndrome de la Imunodeficiencia Adquirida; Atención de enfermería.

<sup>1</sup> Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará – UFC. Doutoranda do Curso de Pós-Graduação da Universidade Federal do Ceará. Integrante do Grupo de Pesquisa Auto-Ajuda para o Cuidado – CNPq, Bolsista da CAPES. Professora da Universidade de Fortaleza – UNIFOR. E-mail: leabarroso@terra.com.br

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará – Integrante do Grupo de Pesquisa Auto-Ajuda para o Cuidado – CNPq, Bolsista da CAPES. E-mail: karollina@click21.com.br

<sup>3</sup> Doutora em Doenças Tropicais pela Universidade Estadual Paulista. Professora Adjunto II do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. E-mail: marli@ufc.br / marligalvao@gmail.com

## INTRODUÇÃO

A Aids vai cada vez mais transpondo barreiras e fronteiras, comprometendo, no plano exponencial, indivíduos do mundo inteiro.

O padrão de transmissão da Aids vem mudando no Brasil. A categoria de exposição mais freqüente é a heterossexual e a proporção homem/mulher dos casos de Aids, no Brasil, mudou de 40:1, observada no início da epidemia, para 1,5:1 até junho de 2004. Dos 362.364 casos notificados no Brasil ao Ministério da Saúde (MS), de 1980 até junho de 2004, 251.050 (69,3%) foram verificados em homens e 111.314 (30,7%) em mulheres<sup>1</sup>. No Ceará, o primeiro caso foi identificado em 1983 e, desta data até fevereiro de 2003, foram notificados 4.400 casos da doença, dos quais 1025 em mulheres<sup>2</sup>.

Pela observação da crescente proporção de casos entre os sexos, afirma-se que as mulheres vêm paulatinamente aumentando as estatísticas da epidemia. Outros indicadores corroboram essa afirmação. Por exemplo: dos 207 municípios da Nação que já notificaram pelo menos um caso de Aids, em 89 deles havia apenas mulheres notificadas com a infecção, mas nenhum homem<sup>3</sup>. Também a mortalidade contribui para a preocupação com o crescente espaço feminino na Aids; em algumas cidades brasileiras, esta tem sido a principal causa de morte na faixa etária entre 15 e 49 anos<sup>4</sup>.

Do ponto de vista biológico, a vulnerabilidade feminina é maior do que a do homem; por razões anatômicas, elas são mais suscetíveis à transmissão do HIV. Destaca-se, entre as mulheres, a contribuição da dependência econômica, social e emocional para a ascensão dos casos. Ainda dignos de nota são o diagnóstico e a assistência tardia entre as mulheres, encurtando o tempo e a qualidade de vida, mesmo com os avanços da terapia anti-retroviral.

A evolução da epidemia de Aids no Brasil afeta mulheres de todos os segmentos sociais; entretanto, mostram-se freqüentemente mais vulneráveis as mulheres menos favorecidas do ponto de vista socioeconômico, com profundas implicações para as ações de prevenção e assistência. Ademais, o acesso restrito à educação dificulta a apreensão das mensagens educativas<sup>5</sup>. Observa-se, também, crescimento em municípios de pequeno porte. Atribui-se a

estes fenômenos os termos “feminização, interiorização e pauperização” da doença.

Diante do panorama da infecção, exige-se implementação de medidas no âmbito coletivo, para prevenção de novos casos, bem como prestação de assistência de qualidade aos indivíduos já comprometidos. Assim, julga-se oportuno o entendimento da realidade epidemiológica do local, em todos os seus aspectos: demográficos, sociais, econômicos, epidemiológicos, entre outros, para se fundamentar a elaboração de intervenções que promovam saúde entre as mulheres, pois elas representam o segmento com mais rápido crescimento da epidemia de Aids. Outro ponto relevante é a importância do envolvimento da enfermagem para atuar na prevenção da infecção e na promoção, reabilitação e socialização das mulheres comprometidas pela Aids. Neste contexto, emergiu o presente estudo, cujos objetivos são: caracterizar mulheres com HIV/Aids atendidas em ambulatório especializado; propor intervenções de enfermagem.

## MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de estudo exploratório, desenvolvido em ambulatório de uma instituição pública de referência, no atendimento de portadores de HIV/Aids no Estado do Ceará, em Fortaleza-CE. Este serviço presta assistência terciária multiprofissional aos portadores de HIV, doentes ou não, oriundos da capital e das diversas regiões do Estado do Ceará.

Os dados foram obtidos no mês de outubro de 2004 e, como método de amostragem adotou-se, o de conveniência. Este método utiliza pessoas ou objetos mais prontamente acessíveis como sujeitos da pesquisa<sup>6</sup>. Foram entrevistadas 35 mulheres portadoras de HIV, que aguardavam por atendimento em saúde e estavam em sala de espera. Observaram-se os seguintes critérios de inclusão: ser do sexo feminino, estar agendada para atendimento ambulatorial, ter idade igual ou superior a 18 anos e concordar em participar da pesquisa. Foram excluídas as mulheres portadoras de doença mental, pela possibilidade de impedir ou interferir na realização da entrevista.

Para a coleta de dados, utilizou-se um questionário, do qual constaram perguntas referentes a dados sobre a caracterização, observando-se: cor, idade, situação conjugal, opção religiosa, anos de instrução, última série escolar cursada, situação

funcional, rendimento familiar, número de indivíduos que habitavam o mesmo núcleo familiar e procedência.

Para examinar os dados, recorreu-se à análise quantitativa e os resultados foram discutidos à luz da literatura pertinente. A pesquisa obedeceu às normas éticas sobre pesquisas envolvendo seres humanos, sendo avaliada e autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São José de Doenças Infecciosas.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Identificar o perfil sociodemográfico de mulheres com HIV amplia a compreensão acerca das características que podem subsidiar a assistência de enfermagem neste

grupo. A Tabela 1 apresenta a distribuição da caracterização de 35 mulheres portadoras do HIV/Aids, quanto a faixa etária, situação civil, opção religiosa atual, anos de estudo, situação ocupacional, renda familiar, população do município que reside e número de filhos.

Conforme indicam os resultados, as mulheres encontravam-se com idades entre 20 e 64 anos, com maior porcentagem na faixa etária de 30 a 39 anos (52%), seguida da faixa etária de 20 a 29 anos (15%). Estes dados condizem com o perfil atual da mulher contaminada no Brasil. Analisando a faixa etária destas mulheres no Brasil, do período de 1980 a 2004, verificou-se que a maioria dos casos de Aids ocorreu em mulheres entre 30 a 34 anos (19,7%), seguido da faixa etária de 25 e 29 anos (19,4%)<sup>1</sup>.

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DA CARACTERIZAÇÃO DAS MULHERES COM HIV/AIDS. FORTALEZA, 2004

Caracterização	Pacientes	
	N	%
<b>Faixa Etária (Anos)</b>		
20 – 29	9	15,0
30 – 39	18	52,0
40 – 49	5	14,0
50 – 59	2	6,0
? 60	1	3,0
<b>Situação Civil</b>		
Solteira	15	43,0
Casada/união consensual	13	37,0
Viúva/separada	7	19,0
<b>Opção Religiosa Atual</b>		
Católica	22	63,0
Evangélica	9	26,0
Não professaram religião	4	11,0
<b>Escolaridade (Anos de Estudo)</b>		
Analfabeta	2	6,0
1 – 4	12	34,0
5 – 8	12	34,0
9 – 11	8	23,0
? 12	1	3,0
<b>Situação Ocupacional</b>		
Empregadas	5	14,2
Desempregadas	30	85,8
<b>Renda Familiar (em salário mínimo)</b>		
? 120,00	22	63,0
121,00 – 240,00	8	23,0
? 241,00	5	14,0
<b>Município (População/por mil Habitantes)</b>		
? 50		
50 – 100	7	20,0
101 – 500	1	3,0
≥ 501	20	57,0
<b>Presença de Filhos (Números)</b>		
Sem filhos	7	20,0
1 a 2	18	51,0
3 a 4	7	20,0
≥ 5	3	9,0

\* O valor do salário mínimo à época do estudo era de R\$ 240,00

No País, também têm surgido casos de Aids em pessoas com idade mais avançada. No presente estudo, foi averiguado um caso de mulher na terceira idade. Entretanto, o número de ocorrências de casos da doença está mais concentrado na faixa etária que corresponde à idade reprodutiva.

De acordo com divulgação da Associação Brasileira de Pediatria, em 2003, o Brasil era o país da América Latina que apresenta mais grávidas com Aids<sup>7</sup>. Destaca-se que o aumento de casos no sexo feminino implica o incremento do contágio vertical, ao promover o crescimento de crianças expostas ao vírus.

Quanto à situação conjugal das entrevistadas, segundo observou-se, as mulheres solteiras eram a maioria, seguidas pelas casadas/amasiadas, viúvas e separadas. Um estudo desenvolvido na mesma capital, em 2002, apontou que as mulheres contaminadas se encontravam casadas<sup>8</sup>. No presente estudo nota-se pequena diferença entre o número de solteiras e de casadas/amasiadas, provavelmente o número de mulheres solteiras tenha sido maior em decorrência de o estudo ter sido realizado em tempo exíguo.

Ao estudar as faixas das variáveis idade e situação civil mais comprometidas, observadas neste estudo, deduz-se que as mulheres se encontram em idade com maior possibilidade de gravidez e não apresentam parceria fixa. Esses fatos, associados simultaneamente, alertam para a necessidade de intervenções em ações educativas continuadas, direcionadas para este grupo mais vulnerável, orientando-as quanto às opções contraceptivas mais adequadas, com vistas a zelar pela sua saúde, pela do parceiro e do conceito. Assim, as intervenções de enfermagem devem contemplar questões voltadas à sexualidade e à reprodução mais conscientes, e enfatizar o diálogo entre casais interessados em ter filhos no contexto da Aids, para que façam suas escolhas e para que ambos (mãe-filho) tenham oportunidade de se beneficiar de tratamento propício a reduzir as chances, tanto da evolução da doença na mulher, como da transmissão vertical.

A formação de grupos tem sido uma estratégia para as diversas formas de intervenção, visando trabalhar coletivamente as questões do cotidiano feminino na presença do HIV/Aids.

Tanto os grupos de adesão como os de tratamento devem fazer uso de preservativo e de acompanhamento,

desenvolvidos com base em uma metodologia participativa. Os grupos de adesão devem ter como ponto de partida as experiências e vivências das mulheres com Aids. Nestes grupos, são discutidos aspectos do cotidiano feminino, das relações de gênero, da sexualidade, relações de poder, relacionamentos afetivos, preconceitos a serem enfrentados, questões vinculadas ao emprego e ao sustento pessoal e da família. Enfim, temas sociais, políticos, econômicos, culturais e psicológicos relacionados à epidemia da Aids são trazidos pelas mulheres e discutidos pelo enfermeiro<sup>9</sup>.

Ao se investigar a participação da mulher e seu envolvimento atual com algum tipo de culto/religião, 89,0% das entrevistadas informaram envolvimento, enquanto 11,0% referiram ser atéias. Consoante estudo divulgado em São Paulo, 88% das mulheres mencionaram a religião como um aspecto importante; esse percentual é equivalente ao observado no presente estudo. Após o diagnóstico de HIV, os pacientes buscam a religiosidade. A religião tem exercido o sentido de conforto e proteção ao indivíduo, quando se dá a promessa de cura, e ocupa um espaço de “terapia religiosa”<sup>10</sup>. No contexto dos cultos/religiões, o enfermeiro não deve interferir ou professar sua opção aos clientes; cabe-lhe respeitar as escolhas feitas por eles.

Outra variável investigada foi o grau de instrução. Das participantes, 64,0% informaram até oito anos de estudo e 6,0% disseram-se analfabetas. A realidade da pouca escolaridade é observada no País, em decorrência das dificuldades de se chegar à escola e da ausência de políticas, até o momento, que contemplem esforços e garantia de acesso. Dada a grande extensão territorial e desigualdades sociais, diversos autores afirmam que a epidemia se dissemina cada vez mais entre os mais pobres e de menor nível de escolaridade, existindo maior risco de ocorrer Aids dentro deste padrão social e entre as mulheres<sup>11,12</sup>.

Diante deste quadro, as intervenções de enfermagem devem contemplar ações de educação/saúde em linguagem clara e objetiva, evitando usar o discurso tecnicista, no intuito de facilitar a compreensão das informações por parte da população feminina de baixa escolaridade.

Entre as mulheres entrevistadas, quanto à situação funcional do trabalho, 85,8% não referiram vínculo empregatício. A grande maioria era constituída de donas de casa e algumas, além dos afazeres domésticos, desenvol-

viam algum tipo de trabalho extra no próprio domicílio, embora sem compensação financeira digna. Percebe-se que a epidemia de Aids está cada vez mais permeando as classes sociais desfavorecidas, acentuando seu empobrecimento e sua marginalização cultural.

A responsabilidade de cuidar da casa e das pessoas da família recai tradicionalmente sobre a mulher, que deixa, muitas vezes, de procurar o serviço de saúde e/ou abandona o tratamento, em detrimento dos filhos e familiares. Apesar de não ter sido investigada a ausência das mulheres no seu acompanhamento de rotina na unidade ambulatorial, o enfermeiro deve considerar este problema e intervir com programação de visita domiciliar, para buscar faltosas e assim garantir a adesão ao acompanhamento em saúde.

A renda tem sido apontada como um indicador que especifica principalmente o acesso do indivíduo aos bens materiais, inclusive aos serviços e sistemas de saúde<sup>13</sup>. Entre as entrevistadas, 63,0% apresentavam renda familiar menor ou igual a meio salário mínimo e 23,0% até um salário mínimo. Isso vem demonstrar o quadro de miserabilidade em que vivem as mulheres estudadas.

Os valores obtidos neste estudo comprovam o quadro apresentado em outras investigações, onde a renda é cada vez menor. As necessidades financeiras das mulheres componentes da amostra apontam para dois aspectos importantes acerca do entendimento da distribuição da epidemia: a marginalização socioeconômica da epidemia é uma realidade, seguindo a tendência nacional. As dificuldades financeiras implicam menor acesso aos bens de consumo, a serviços essenciais, além das barreiras para manutenção da qualidade de vida, abrangendo desde a alimentação até a saúde mental, que garantem a essas mulheres um estado de pleno bem-estar.

Nesta pesquisa, são também evidentes o desemprego e a baixa renda nas mulheres com HIV, tornando-se uma preocupação a mais para o enfrentamento da doença e confirmando a denominada pauperização da epidemia.

Tradicionalmente, a pobreza humana é definida e quantificada como a falta de acesso a bens econômicos (medido pela renda) e o baixo nível de consumo familiar. Embora essas dimensões devam ser consideradas, a realidade tem mostrado a existência de outras dimensões de vulnerabilidade e privação, como a distribuição de renda

e/ou consumo dentro da família, a falta de acesso à educação e saúde, segurança, independência, auto-estima e rede de obrigações sociais que constituem fontes adicionais de consumo em momentos de crise. A atual definição de pobreza humana, usada pelo Programa para Desenvolvimento das Nações Unidas (UNDP), medido pelo Índice de Pobreza Humana (HPI), ainda que não extensiva, já inclui importantes dimensões básicas da privação humana, como a esperança de vida, a falta de acesso à educação, água e saúde e o estado de saúde<sup>14</sup>.

A pobreza está diretamente associada a estratégias de sobrevivência que deixam certos grupos da sociedade, como as mulheres, mais susceptíveis à infecção pelo HIV. O enfermeiro, mesmo focalizando intervenções com vistas à mudança de comportamento, como uso de preservativo, redução de parceiros, procura pelos serviços para testagem e tratamento, entre outras ações, necessita de parceria entre as várias forças da sociedade para o enfrentamento da Aids e da pobreza. A colaboração de instituições governamentais e da sociedade civil com intervenções para melhoria nas condições de vida das mulheres também pode ser alcançada, principalmente mediante fortalecimento de investimentos em áreas vitais da saúde, como educação sanitária, disponibilidade e acesso, educação e segurança social.

É importante, ainda, o enfermeiro não abordar apenas aspectos biológicos do problema, e sim problematizar a sua complexidade, pois, desse modo, permite a apropriação e identificação por parte das mulheres de baixa renda sobre sua vulnerabilidade.

A procedência foi outro aspecto investigado e os resultados foram agrupados de acordo com a quantidade de habitantes por município. A população foi considerada com base no senso demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, do ano de 1996. Das entrevistadas, 57,0% residiam em municípios com mais de um milhão de habitantes e 40,0% eram de cidades com menos de 100 mil habitantes. Atualmente, segundo se percebe, o fenômeno interiorização já atinge o Estado do Ceará.

Estes dados refletem uma tendência nacional de interiorização da epidemia, transpondo as barreiras geográficas e culturais e se disseminando por todo o território.

rio. Existem indícios, inclusive, de contaminação de índios da Amazônia. Tais dados alertam para um problema associado ao fato de que municípios de pequeno porte geralmente não dispõem de atendimento de saúde de qualidade para portadores de HIV. Ademais, o portador de HIV/Aids é visto preconceituosamente pela população destas cidades, com reflexos na auto-imagem e auto-estima destas pessoas.

Nesse contexto, faz-se necessário envolver os profissionais do Programa de Saúde da Família (PSF), estratégia implantada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que tem por objetivo desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de doenças em cidades do interior, na capital e comunidades carentes, para atuarem em suas áreas, visando a prevenção do HIV, como também a sensibilização dos profissionais e gestores para implantação de serviços de qualidade para o atendimento integral dos portadores de HIV, até mesmo em municípios de pequeno porte.

Outro quesito avaliado neste estudo foi a presença de filhos. Das mulheres participantes, 20,0% não tinham filhos até aquela data; 51,0% informaram um ou dois filhos, enquanto as demais tinham mais de três filhos. O número de filhos é um importante indicador para avaliar o papel de cuidadora exercido por cada uma dessas mulheres. Na representação do papel materno, as mulheres, muitas vezes, deixam de cuidar de sua saúde e priorizam a responsabilidade e saúde de seus filhos. Assim, de modo geral, esquivam-se de sua própria condição de “doentes”, em razão destes cuidados. Digno de nota é o envolvimento dos filhos menores em seguimento no serviço, em virtude de terem sido expostos ao vírus.

O fato da portadora do HIV ter filhos pode contribuir para que ela tenha mais força de vontade para viver e aumente a adesão ao tratamento. Estudo<sup>15</sup> com mães soropositivas para o HIV revelou que os filhos eram um motivo para que elas continuassem a luta pela vida e não desanimassem frente aos obstáculos.

Diante deste quadro, a enfermagem pode elaborar um plano de cuidados, juntamente com a mulher (paciente e cuidadora), para ser seguido no domicílio. O enfermeiro deve aproveitar o momento para orientar sobre a Aids no contexto familiar, primar pelo envolvimento de todos aqueles com quem a mulher pode contar.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo com mulheres portadoras da infecção pelo HIV/Aids, atendidas em capital do Nordeste, demonstram características semelhantes ao que vem ocorrendo no restante do País, cujas mulheres são jovens, com pouca escolaridade, empobrecidas. Além de parcela expressiva ser mães e residirem em municípios de pequeno porte, seguindo-se o contexto nacional, confirma-se o fenômeno da feminização, pauperização e interiorização da doença.

Nota-se a importância da pesquisa para subsidiar o cuidado de enfermagem, pois através desta investigação sobre o perfil de mulheres atendidas em um ambulatório de uma instituição pública de referência, no atendimento de portadores de HIV/Aids sobre os aspectos demográficos, sociais e econômicos forneceu-se subsídios para garantir uma prática de enfermagem com qualidade e colaborar para se criarem novas possibilidades de intervenções, diante de uma realidade local.

Neste aspecto, as intervenções de enfermagem podem ser planejadas e efetivadas no ambulatório, visando a detecção precoce de doenças oportunistas, o monitoramento de alterações clínicas e, em especial, a orientação em relação à terapêutica, além de práticas sexuais mais adequadas, transmissão vertical, prevenção de câncer ginecológico e de mamas, pré-natal, entre outras.

Ademais, os diferentes aspectos apresentados também contribuem para a reflexão multiprofissional em relação à assistência com mulheres portadoras do HIV e com Aids acerca das práticas a serem utilizadas colaborando para o enfrentamento da doença, oferecendo atendimento com qualidade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretária de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Bol epidemiol AIDST, Brasília (DF), 2004 jan./jun.1(2): 26-34.
2. Secretaria Estadual da Saúde (CE). Dados de Aids no Ceará. Fortaleza, 2003.
3. Ministério da Saúde (BR). Mulheres com Aids são a maioria em 207 municípios. Revista de Saúde

- Reprodutiva. [on line]. [acessado em: 2004 jul. 20]. Disponível em: <http://www.Aids.gov.br>.
4. Xavier IM. Cidadania, gênero e saúde: a mulher e o enfrentamento da Aids. *Rev Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro (RJ) 1996;(ed. extra):89-100.
  5. Fonseca MGP, Szwarcwald CL, Bastos FI. Análise sociodemográfica da epidemia de Aids no Brasil, 1989-1997. *Rev Saúde Pública*, São Paulo (SP) 2002; 36(6):678-85.
  6. Lobiondo-Wood G, Haber J. Pesquisa em enfermagem. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
  7. Ministério da Saúde (BR). Brasil tem mais grávidas com Aids. Associação Brasileira de Pediatria. [on line]. [acessado em: 2004 jan 25]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>.
  8. Santos AS. Perfil epidemiológico de mulheres portadoras de HIV/Aids atendidas em um hospital de referência na cidade de Fortaleza-CE e caracterização microbiológica de cândida SPP isoladas da secreção vaginal. [dissertação] Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina; 2003. 110f.
  9. Reis AL, Xavier IM. Mulher e Aids: rompendo o silêncio de adesão. *Rev Bras Enfermagem*, Brasília (DF) 2003; 56(1): 28-34.
  10. Figueira SMA. Entre o corpo e a alma: as interrelações do campo sanitário com o campo religioso. [tese] São Paulo (SP): Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 2003. 170f.
  11. Barbosa MT, Byngton MR, Struchiner, CJ. Modelos dinâmicos e redes sociais: revisão e reflexões a respeito de sua contribuição para o entendimento da epidemia do HIV. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2000; 16(1):37-51.
  12. Fonseca MG, Barreira D. A evolução da mortalidade por Aids no país, segundo sua distribuição geográfica. *Bol Epidemiol Aids* 2000;13:43-49.
  13. Fonseca MG, Pinkusfeld FI, Derrico M, Andrade CLT, Travassos C, Szwarcwald CL. Aids e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 e 1996. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro (RJ) 2000; 16(supl.1):77-87.
  14. Monjane P, Cipriano E. O Projeto Kuhluvuka – corredor de esperança em Moçambique. In: Passarelli CA, Parker R, Pimenta C, Terto Júnior V, organizadores. *Aids e desenvolvimento: interfaces e políticas públicas*. Rio de Janeiro: ABIA; 2003. p.116-131.
  15. Pinheiro PNC, Barroso MGT. Mães soropositivas: reações em meio ao HIV/AIDS. *Rev. RENE*, Fortaleza 2004; 5(1):9-14.

RECEBIDO: 16/08/05

ACEITO: 18/01/06