

MULHERES PROFISSIONAIS DO SEXO E A VULNERABILIDADE AO HIV/AIDS

SEX WORKER WOMEN AND THE VULNERABILITY TO THE HIV/AIDS

Kátia P Borba¹ & Maria José Clapis²

RESUMO

Introdução: levando-se em consideração a problemática vivenciada no trabalho com mulheres profissionais do sexo de Guarapuava-Paraná, o estudo apresenta esclarecimentos a respeito da vulnerabilidade ao HIV/aids nestas mulheres, por meio de dimensões determinadas para a promoção da saúde, nos seus planos individual e coletivo. **Objetivo:** identificar os fatores sociais, individuais e programáticos que envolvem a vulnerabilidade ao HIV/aids em mulheres profissionais do sexo; verificar as dificuldades pessoais vivenciadas pelas profissionais do sexo infectadas pelo HIV, e a sua posição profissional para a tomada de decisão sobre as medidas utilizadas para a prevenção do HIV/aids. **Métodos:** pesquisa de abordagem qualitativa, tendo como instrumento para coleta de dados a história de vida do tipo tópica. A discussão dos dados foi realizada por meio da análise de conteúdo, conforme proposta por Bardin. **Conclusão:** constatamos que os fatores individuais, sociais e programáticos favorecem a vulnerabilidade ao HIV/Aids. Apesar de as mulheres profissionais do sexo terem a consciência de serem portadoras do vírus HIV e da ampla distribuição de informações, é difícil mudar hábitos dentro de todo um contexto sociocultural que facilitou a infecção. O trabalho de prevenção do HIV/aids não deve limitar-se à disponibilização de informação por meio da chamada conscientização da população sobre o problema, mas sim, ao trabalho com as predisposições culturais e os seus limites para práticas protegidas.

Palavras-chave: mulheres profissionais do sexo, vulnerabilidade, HIV/aids.

ABSTRACT

Introduction: considering problems in working with women so-called sex professionals in Guarapuava-Paraná, this study heads us for understanding their exposure to HIV/aids, through determined dimensions in health promotion at individual and collective levels. **Objective:** to identify programming, social and individual factors involving vulnerability to HIV/aids in female sex professionals; verify personal difficulties faced by these women infected by HIV and their professional position to make decision about measures taken to prevent HIV/aids. **Methods:** qualitative approach research having life topic story as its instrument to collect data; discussion on data has been made through analyses of contents, according to Bardin. **Conclusion:** we have reached the conclusion that programming, social and individual factors make people more vulnerable to HIV/aids. Although many women are aware of having HIV and despite wide distribution of information, it is difficult to change habits in a social and cultural environment which had facilitated the infection. The work with HIV/aids prevention cannot be restricted to the distribution of information by making people aware of the problem, moreover, the work with cultural predisposition and its limits for protected practice.

Keywords: female sex professionals, vulnerability, HIV/aids.

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 18(4): 254-258, 2006

INTRODUÇÃO

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) tem alcançado, no mundo, números assustadores. As últimas estatísticas do Programa Conjunto das Nações Unidas para HIV/aids (UNAIDS) registram que, desde o início da epidemia, foram relatados 60 milhões de casos de HIV/Aids, dos quais 21,8 milhões foram fatais, e 36,1 milhões de pessoas vivem com a infecção. A pandemia desta infecção afeta 17 milhões (47%) de mulheres e 1,4 milhões de crianças menores de 15 anos.¹

No Brasil, do início da década de 1980 até dezembro de 2002, foram notificados ao Ministério da Saúde 257.780 casos de aids. A razão entre homens e mulheres que era de 26:1 em 1985, passou para 3:1 em 1997 e, atualmente, encontra-se bem próxima de 1:1.²

A vulnerabilidade feminina é fortemente definida por um tipo de relação que a mulher mantém com sua sexualidade e consigo mesma, cuja marca tem sido a subordinação ao desejo masculino. Essa vulnerabilidade coloca a mulher em situação de risco em relação às DST e à aids. As populações em situação de maior risco são justamente aquelas que estão à margem do institucional, já que são raramente abordadas e têm seu acesso aos serviços formais de saúde, educação e serviço social restringidos. Como exemplo, podemos citar as mulheres que vivem na prostituição.³

Enquanto enfermeira, trabalhando na coordenação do Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS) e do Serviço de Assistência Especializada (SAE), juntamente com uma equipe multiprofissional, tivemos a iniciativa de implantar um programa de atendimento às profissionais do sexo do município de Guarapuava, no Paraná. Chamava-nos a atenção o fato de que, diariamente, mulheres que se prostituíam procuravam o COAS amedrontadas, solicitando informações e respostas para suas dúvidas relacionadas ao HIV e às outras DST. Por outro lado, os dados estatísticos da época (2001) evidenciavam que 10,5% da

¹Enfermeira – mestre em Enfermagem na área de Saúde Pública – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

²Professora doutora – Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

população soropositiva cadastrada no SAE por HIV eram profissionais do sexo feminino.⁴ Então implantamos um programa junto às mulheres profissionais do sexo, o qual denominamos Programa Bem-te-vi, cujo principal objetivo é realizar ações de prevenção às DST/HIV/aids. O trabalho vem sendo desenvolvido desde outubro de 2001 e a experiência nos tem mostrado uma boa aceitação do público-alvo quanto à assiduidade para a realização dos exames de rotina, o que possibilita o diagnóstico precoce das infecções sexualmente transmissíveis, e, quanto à procura de preservativos para uso próprio. Porém, ainda há incidência de contágio por HIV e até mesmo por DST entre as mulheres atendidas por este programa. Acreditamos que, para este grupo específico, o problema das DST/aids não esteja somente na informação ou na falta dela.

Levando em consideração a problemática vivenciada no trabalho com as profissionais do sexo, vislumbramos a necessidade de realizar este estudo, com o intuito de averiguar as questões sociais e individuais que envolvem a vulnerabilidade das profissionais do sexo à aids.

OBJETIVO

- Identificar os fatores sociais, individuais e programáticos que envolvem a vulnerabilidade de mulheres profissionais do sexo ao HIV/aids;
- Verificar as dificuldades pessoais vivenciadas pelas profissionais do sexo infectadas pelo HIV, e a sua posição profissional para a tomada de decisão sobre as medidas utilizadas para a prevenção do HIV/aids.

MÉTODOS

Para o estudo foi utilizada a metodologia de abordagem qualitativa.⁵ A técnica de coleta de dados utilizada foi a história de vida tópica, com ênfase na questão da vulnerabilidade das profissionais do sexo, que resultou em sua infecção pelo vírus HIV.

A pesquisa foi adequada aos princípios científicos que a justificam, tendo o projeto sido avaliado e aprovado pela Comissão de Ética da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo (USP). Mantivemos os procedimentos que asseguram a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não-estigmatização. Garantimos a não-utilização das informações em prejuízo das pessoas – no que se refere à auto-estima, prestígio econômico financeiro – assim como o respeito a valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos dos sujeitos.

A população estudada só aceitou participar da pesquisa após ter recebido esclarecimentos, em linguagem acessível, sobre os procedimentos que foram integrados no estudo, ou seja, sobre a participação da informante na entrevista gravada após ter assinado um termo de consentimento livre e esclarecido.

O estudo foi desenvolvido em Guarapuava – PR, junto ao Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS) e ao Serviço de Assistência Especializada (SAE), serviços vinculados à Secretaria Municipal da Saúde, que desenvolvem trabalhos educativos na comunidade, tendo em vista a prevenção das DST/HIV/aids, e prestam atendimento médico, psicológico e social aos pacientes soropositivos e doentes de aids. Também junto ao Programa Bem-te-vi, que é uma das atividades do COAS.

Fizeram parte do estudo sete mulheres profissionais do sexo, ou com história de prostituição, infectadas pelo vírus HIV, todas cadastradas no SAE, sendo que, das sete, quatro são assistidas pelo Programa Bem-te-vi. Destas, duas foram infectadas quando já faziam parte do Programa Bem-te-vi e duas já estavam infectadas pelo HIV quando foram cadastradas no programa. A seleção das mulheres participantes da pesquisa foi feita dando-se preferência às mulheres assistidas no Programa Bem-te-vi. Para que se enriquecessem os dados, optou-se também por pesquisar mulheres que não participam do Programa Bem-te-vi, mas que são cadastradas para acompanhamento e/ou tratamento de aids no SAE.

A análise dos dados foi realizada por meio da análise de conteúdo, conforme o que foi proposto por Bardin.⁶ Trabalhamos com dois núcleos temáticos, os quais denominamos de dimensões individual e coletiva, sendo esta última subdividida em social e programática. Os núcleos temáticos foram divididos em subtemas.

RESULTADOS

Todas as mulheres entrevistadas tinham idade igual ou superior a 28 anos. Apenas uma concluiu o Ensino Fundamental, e somente duas cursaram até a 5ª série, as demais cursaram até a 4ª série.

Das pesquisadas, uma é viúva, uma é solteira e as demais vivem com um companheiro. No que diz respeito à saúde reprodutiva das mulheres pesquisadas, três afirmaram que tiveram duas gestações; uma teve três gestações; uma, quatro gestações; uma, nove gestações; e uma afirmou nunca ter engravidado. Apenas duas relataram que sofreram aborto, e que foi espontâneo. Quanto ao uso de contraceptivos, duas afirmaram que faziam uso somente de preservativo masculino, três faziam uso de pílula anticoncepcional e preservativo masculino, uma fazia uso de hormonioterapia injetável e uma afirmou ter sofrido laqueadura.

Quanto ao tempo de profissão, das sete entrevistadas, uma afirmou ter 19 anos de profissão; duas relataram ter apenas um ano; duas, dois anos; uma, dois anos e meio; e uma afirmou que esteve envolvida com a prostituição por 17 anos, tendo trabalhado ativamente por um período de dois anos. Duas ainda exercem a profissão e não estão doentes de aids, apenas pararam por um período de, aproximadamente, quatro a seis meses. As demais afirmaram ter abandonado a profissão após passarem a viver com seus companheiros. Embora essas cinco últimas afirmem que não exercem a profissão, uma delas admite que faz programas eventuais com seus “ex-clientes”, mas declara que seu atual companheiro não pode sequer desconfiar de tal fato. De todas as entrevistadas infectadas pelo vírus HIV, duas eram apenas portadoras do vírus HIV, tinham diagnóstico desde 2004 e foram cadastradas no Programa Bem-te-vi antes do diagnóstico para HIV; cinco já estavam doentes de aids, e faziam uso de terapia anti-retroviral, sendo que três tinham diagnóstico desde 1997, uma desde 1999 e uma desde 2000.

DISCUSSÃO

O conceito de vulnerabilidade pode ser resumido como a possibilidade de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos e contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas

as ordens para se proteger de ambos. Isto implica análise articulada dos três eixos. No entanto, para fins de interpretação destas dimensões, passaremos à análise segundo os núcleos temáticos propostos neste estudo: aspectos coletivos e individuais.

A dimensão individual da vulnerabilidade das mulheres profissionais do sexo ao HIV/aids configurou-se em três subtemas:

Comportamento sexual: Identificamos um comportamento sexual vulnerável às doenças sexualmente transmissíveis já na fase da adolescência, devido à iniciação sexual precoce. Percebemos jovens despreparadas para a prática sexual, ou seja, sem conhecimento da prevenção às DST, assim como, de métodos contraceptivos. A iniciação sexual feminina, no Brasil, é precoce e acontece por vários motivos, desde manifestação espontânea, pressão social, ou coerção de homens mais velhos, até por violência física. Embora esta pesquisa contemple mulheres já contaminadas pelo vírus HIV, podemos observar a falta de percepção de algumas em relação à vulnerabilidade às outras DST a que também estão expostas. Neste sentido, o vírus HIV torna-se algo distante para elas, fazendo com que assumam um comportamento despreocupado ante a prevenção e, em contrapartida, valorizem outros elementos, como a manutenção dos laços afetivos. Em um estudo sobre fatores psicossociais e a infecção por HIV em mulheres, realizado em Maringá – PR, constatou-se que as carências e a dificuldade de tomar uma posição parecem estar relacionadas à dependência econômica.⁴ As mulheres abrem mão do uso do preservativo assim que se envolvem emocionalmente com seu parceiro, independentemente do tempo de relacionamento. Ainda é muito difícil para a maioria das mulheres aceitarem e enxergarem o comportamento sexual de seus parceiros que, muitas vezes, têm outros parceiros sexuais, masculinos ou femininos.

Uso de drogas: Estudos enfocam a relação entre o uso de drogas, violência e um maior risco de DST/aids.⁸ Esta vulnerabilidade ao HIV/aids foi também identificada na adolescência, estendendo-se até a fase adulta. Algumas mulheres relataram que foram influenciadas pelas “más companhias”, ou seja, por pessoas com quem elas aprenderam a fazer uso de drogas, evidenciando, assim, a falta de suporte familiar ou ajuda, que contribuíram para sua manutenção neste meio. Destacamos ainda, o fato de estas mulheres afirmarem que não sabiam o que estavam fazendo quando estavam drogadas, o que relacionamos às relações sexuais com múltiplos parceiros e a uma maior exposição às doenças sexualmente transmissíveis. O uso não somente de drogas, mas também de bebidas alcoólicas, conforme relatado por elas, pode aumentar esta vulnerabilidade.

Prostituição: Investigamos o motivo que levou estas mulheres a ingressarem na prostituição, a qual relacionamos a uma necessidade de sobrevivência. Em nenhum momento verificamos a preocupação delas quanto à exposição às doenças sexualmente transmissíveis. Constatamos que essas mulheres estão envolvidas com a prostituição por causa da remuneração, sendo que se satisfaziam com a aquisição de seus bens de consumo. De acordo com Figueiredo & Ayres,⁹ as mulheres contraem aids por meio de contatos sexuais esporádicos, pela prestação de serviços sexuais remunerados, mas cada vez mais, pelo contato com seus parceiros fixos, tanto namorados quanto maridos. Concordamos com a afirmação destes autores, contudo, acreditamos que, devido à exposição excessiva do corpo da mulher na relação sexual proporcionada pela prostituição, a vulnerabilidade às DST e ao HIV/aids torna-se um fator de grande relevância. A falta de percepção quanto à

vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis no exercício da prática da prostituição foi um fator bastante significativo, que pode ter causado a ocorrência do diagnóstico de HIV/aids entre estas mulheres.

A dimensão coletiva da vulnerabilidade ao HIV/aids foi avaliada pelo componente social e também pelo componente programático que visa ao planejamento de ações por parte de técnicos, autoridades e governos, buscando a prevenção às DST/HIV/aids.

O núcleo temático “dimensão social”, configurou-se em três subtemas:

A história familiar e a condição de vida: Identificamos a desestrutura familiar, resultar em más condições de vida, tornando-as mais vulneráveis. Constatamos a ocorrência de um processo de ruptura nas relações de laço, respeito e afeto. As mulheres deste estudo fizeram parte de famílias constituídas, na maioria das vezes, por grupos diferentes, que não necessariamente incluíam pai e mãe e que, na figura representativa de pais, muitas vezes não desempenharam seu real papel. “A família pode se organizar em torno de pais biológicos ou não, casados ou separados, substitutos, parentes ou amigos. O núcleo familiar permitirá exercitar a vida social futura, fabricando indivíduos com maturidade emocional, capazes de adquirir independência e de garantir sua integridade física, psíquica e moral”.¹⁰

Verificamos um grupo social marcado pela desestrutura familiar, filhos doados sem respaldo legal, ou quando doados formalmente, já em idade de primeira infância, podendo entender todo o contexto familiar. Constatamos também a vida no campo, evidenciada pelo relato do trabalho na lavoura, da insatisfação pessoal e da busca de outros meios de sobrevivência assim como melhores condições de vida. Também identificamos a imagem de pais agressivos e alcoólatras, e, a partir desta questão, contextualizamos a violência e a vulnerabilidade ao HIV/aids.

O estupro, além de ser uma das mais cruéis formas de violência, pode levar à contaminação por HIV. Alguns estudos¹¹ revelam uma associação entre violência e aids. A exposição à violência no contexto social parece ter relação com vitimização e perpetração em outros contextos, como o familiar e o interpessoal.

Educação: Indicadores de baixa escolaridade e classe social são inversamente proporcionais à possibilidade de negociação com o parceiro sobre o uso de preservativo. Em contrapartida, mesmo com maior poder aquisitivo, grau de instrução e independência financeira, a mulher ainda tem pouco espaço para negociação nas relações. Conforme estudo realizado em São Paulo, intitulado Intervenção Comunitária e Redução da Vulnerabilidade de Mulheres às DST/aids,⁹ a baixa escolaridade compõe um quadro de expressiva vulnerabilidade feminina às DST/aids. A baixa escolaridade é preponderante nas histórias de nossos sujeitos, sendo que a média de anos de estudo vai até a 4ª série do Ensino Fundamental. A baixa escolaridade destas mulheres pode estar relacionada à falta de oportunidade, e até mesmo de incentivo para o estudo.

As relações de gênero: Avaliamos a relação de gênero focalizando dois diferentes aspectos: programas e relação afetiva. As entrevistadas afirmaram que o comando da relação sexual era delas, porém, podemos constatar que este domínio era exercido somente na escolha da forma de sexo, e não na proteção dos seus corpos. Ficou evidente que o parceiro é o real motivo para a não-proteção das mulheres. Identificamos mulheres que, embora conscientes de seu diagnóstico de HIV, continuam contribuindo para a disseminação de sua doença. Contudo, algumas outras, conscientes de sua

infecção pelo vírus, passaram a proteger o outro no programa porém, sem a percepção da vulnerabilidade quando se expõem às outras DST, com seus companheiros na relação afetiva. O papel social, ou gênero, da mulher também aumenta seu risco. As relações desiguais de poder e a dependência econômica das mulheres, especialmente em países em desenvolvimento, limitam o acesso a informações adequadas e atualizadas.¹² Acreditamos que isto ocorra devido à relação de afeto e à supremacia de decisão do sexo oposto.

O núcleo temático “dimensão programática” configurou-se em dois subtemas:

O diagnóstico: Após o diagnóstico de HIV, a percepção de domínio na relação sexual apresentou mudanças com relação ao uso do preservativo nas relações sexuais no programa. Talvez esta mudança de comportamento esteja relacionada à sedução e ao domínio do homem no momento do programa. O aumento da incidência de aids na última década tem suscitado diversos estudos com o objetivo de melhorar a compreensão e prevenir a infecção pelo vírus HIV.¹¹ A falta de conhecimento sobre a epidemia e a não-aceitação do diagnóstico são fatores importantes na disseminação da doença. A compreensão das formas de prevenção, bem como os estereótipos difundidos no início da epidemia, fortemente marcados por julgamentos morais, foram fatores importantes para a exposição ao HIV e para sua infecção. A idéia de que a aids é um castigo para as más ações precisa ser cuidadosamente desconstruída em grupos psicoeducativos. Quando as mulheres consideram que não praticam más ações, ou seja, são mulheres fiéis, cuidadosas e honestas, não enxergam sua vulnerabilidade, pois acreditam que nada de mal poderia lhes ocorrer.⁷

Saúde reprodutiva: Considerando-se que alguns de nossos sujeitos tiveram seus diagnósticos positivos para HIV na década de 1990, estando, portanto, em idade fértil, identificamos algumas questões de reprodução infecção pelo HIV e transmissão vertical, ocorrida em mulheres que tiveram filhos após estarem infectadas pelo HIV. Em 1996, já existiam programas atuantes, como COAS e SAE, para trabalhar a questão da gravidez em mulheres HIV positivas, assim como o uso de terapias profiláticas para a prevenção da transmissão vertical. De acordo com estudo realizado,¹ os médicos orientam as mulheres quanto aos métodos anticoncepcionais mais apropriados ao uso por pacientes HIV positivas, mas são bem menos freqüentes as orientações sobre as questões relativas ao planejamento familiar e à reprodução e sobre a probabilidade de infecção pelo HIV para seus conceitos com e sem o uso de AZT e outras drogas anti-retrovirais, ou qual a melhor forma de engravidar para que se diminua o risco de o bebê se infectar, de reinfeção da mãe e de infecção ou reinfeção do parceiro. Este aconselhamento é fundamental, dado o valor socialmente instaurado da maternidade no Brasil. Acreditamos que a vulnerabilidade dentro da dimensão programática esteja relacionada, neste caso, ao desconhecimento por parte dessas mulheres dos trabalhos desenvolvidos pelo Ministério da Saúde neste sentido. Este fato pode estar relacionado a fatores socioeconômicos, como a baixa escolaridade, a condição de pobreza, e a outros determinantes culturais, comportamentais, epidemiológicos, demográficos e biológicos, que norteiam estas mulheres. Identificamos, ainda, na história de algumas de nossas entrevistadas a falta de amor e afeto pela sua prole, o que pode estar relacionado à condição de vida em que as mesmas foram criadas, já que não tiveram um modelo de família a ser seguido, no que diz respeito a cuidar de seus filhos. Também, verificamos a falta de entendimento para o planejamento familiar.

Pela experiência, sabemos que trabalhar com a prevenção às DST e a aids é muito difícil, uma vez que tal questão está ligada à intimidade das pessoas e depende de todo um contexto social e individual. Embora a prevenção às doenças sexualmente transmissíveis e ao HIV/aids envolva aspectos epidemiológicos, ela envolve, sobretudo, questões socioculturais e psicoafetivas. As ações preventivas e assistenciais devem estar direcionadas a homens e mulheres. Para que essas ações tenham impacto e relevância, elas devem estar inseridas nas redes sociais dos diversos setores da sociedade civil, envolvendo instituições públicas, privadas, governamentais e não-governamentais.

Pelo desenvolvimento desta pesquisa, fica evidente que os fatores individuais, sociais e programáticos favoreceram a vulnerabilidade ao HIV/aids. Embora as mulheres profissionais do sexo tenham consciência de serem portadoras do vírus HIV e da ampla distribuição de informações, é difícil mudar hábitos socioculturais que facilitaram a infecção. O trabalho com a prevenção do HIV/aids não deve limitar-se à disponibilização de informações com o intuito de conscientizar a população sobre o problema, mas voltar-se para a avaliação das predisposições culturais e dos seus limites para práticas protegidas.

A falta de conhecimento, a informação inadequada, a repressão, a dissimulação e o desconhecimento de si e do outro – associados às crenças populares, aos tabus e aos preconceitos, mitos e valores relacionados à sexualidade – têm favorecido a disseminação das DST/aids.

CONCLUSÃO

Os componentes da vulnerabilidade social foram identificados nas histórias de vida das mulheres pela análise da história familiar e das condições de vida, da educação formal, da condição feminina relacionada à situação econômica e às relações de gênero. Verificamos um grupo social marcado pela desestrutura familiar, filhos doados sem respaldo legal, ou, quando doados formalmente, já estando em idade de primeira infância, podendo entender todo o contexto familiar. Também identificamos a imagem de pais agressivos e alcólatras, configurando-se uma maior vulnerabilidade ao HIV/aids na presença da violência. Constatamos baixa escolaridade, sendo, que a média de anos de estudo formal de até a 4ª série do Ensino Fundamental. A condição feminina marcada por uma situação econômica ruim foi considerada, neste estudo, como um determinante de vulnerabilidade social evidenciada por fatores associados, como o uso de drogas e álcool, a submissão ao parceiro sexual, a dependência financeira e econômica e a questão da sobrevivência. Mesmo conscientes dos riscos e da necessidade de relações sexuais protegidas, as mulheres em estudo submetem-se ao desejo do parceiro sexual, evidenciando a falta de poder de negociação quanto ao uso do preservativo nas relações sexuais, o que leva à não-proteção do corpo da mulher e à vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis.

A vulnerabilidade programática foi identificada no desconhecimento dos programas de prevenção DST/aids, nos aspectos ligados à maternidade e à saúde reprodutiva e ao impacto do diagnóstico do HIV.

A falta de percepção quanto à vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis no exercício da prática da prostituição foi um fator de grande relevância que pode ter causado a ocorrência do diagnóstico de HIV/aids entre estas mulheres.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Políticas e diretrizes de prevenção das DST/AIDS entre mulheres. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. p. 11, mar. 2003.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de recomendações para diagnóstico, tratamento e acompanhamento da co-infecção leishmania – HIV. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004. p. 6.
3. Ayres JRCM, França Júnior I, Calazans GJ, Saletti Filho H. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde – Novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM. Rio de Janeiro, FIOCRUZ; 2003. p. 123.
4. Guarapuava (PR). Relatório anual da epidemia de AIDS no município. COAS – Centro de Orientação e Apoio Sorológico. Guarapuava-PR; 2002.
5. Minayo MCS, Deslandes SF. Teoria, Método e Criatividade. 19ª Ed. Petrópolis: Vozes; 2001. p. 75-6.
6. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Ed. 70; 1977.
7. Alves RN, Kovacz MJ, Stall R. Fatores psicossociais e a infecção por HIV em mulheres, Maringá, PR. Rev. Saúde Pública. 2002; 36(4): 32-9.
8. Taquette SR, Ruzany MH, Meirelles Z, Ricardo I. Relacionamento violento na adolescência e o risco de DST/AIDS. Caderno de Saúde Pública, 2003; 19(5): 1437-44.
9. Figueiredo R, Ayres JR. Intervenção comunitária e redução da vulnerabilidade de mulheres as DST/AIDS em São Paulo, SP. Rev de Saúde Pública 2002; 36(4) p. 97-8.
10. Botelho SMN. Prostituição de adolescentes – uma imagem construída na adversidade da sociedade. Ribeirão Preto, SP; 2003. 131 p. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo.
11. Ruzany MH, Taquette SR, Oliveira RG, Meirelles ZV, Ricardo IB. A Violência nas relações afetivas dificulta a prevenção de DST/Aids. Jornal de Pediatria 2003; 79(4):349-54.
12. Silveira MF, Béria JU, Horta BL, Tomasi E. Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e aids em mulheres. Rev Saúde Pública 2002; 36(6):670-7.

Endereço para correspondência:

MARIA JOSÉ CLAPIS

Rua 5 de outubro, 1931 – Bairro Santa Cruz – Guarapuava – PR
CEP 85.015-020

E-mail: maclapis@eerp.usp.br

Recebido em: 15/09/2006

Aprovado em: 22/12/2006