

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA VULNERABILIDADE DE MULHERES NEGRAS E NÃO NEGRAS À INFECÇÃO PELO HIV/AIDS

REPRESENTATIONS ABOUT THE VULNERABILITY OF BLACK AND NON-BLACK WOMEN TO THE INFECTION OF HIV/AIDS

REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA VULNERABILIDAD DE MUJERES NEGRAS Y NO NEGRAS A LA INFECCIÓN POR EL VIH/SIDA

Dera Carina Bastos^I
Miriam Santos Paiva^{II}
Evanilda Souza de Santana Carvalho^{III}
Gilmara Ribeiro Santos Rodrigues^{IV}

RESUMO: É expressivo o aumento da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana / Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS) entre as mulheres e em heterossexuais. O presente estudo, descritivo e quantitativo, objetivou apreender e analisar as representações sociais sobre a vulnerabilidade de mulheres negras e não negras à infecção pelo HIV/AIDS. Foram realizadas entrevistas com 124 mulheres em um ambulatório hospitalar de Salvador-Bahia, entre agosto e dezembro de 2007. Os dados foram coletados mediante o teste de associação livre de palavras e submetidos à análise fatorial de correspondência no *software Tri deus mots*. As mulheres solteiras percebem-se vulneráveis ao HIV e à AIDS utilizando-se do preservativo, enquanto as casadas ou em parceria fixa consideram a prevenção algo necessário para todas as pessoas, exceto para elas mesmas, pois representam a AIDS como a doença do outro.

Palavras-chave: Vulnerabilidade em saúde; doenças sexualmente transmissíveis; saúde da mulher; enfermagem.

ABSTRACT: The growth of Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunological Deficiency Syndrome (HIV/AIDS) is expressive among women and in heterosexual. This descriptive, quantitative and qualitative study aims to apprehend and analyze the social representations about the vulnerability of black and non-black women to the infection of HIV/AIDS. Interviews were performed with 124 women in an the ambulatory of Salvador-Bahia, from August to December, 2007. The data were collected through the test of free association of words, and submitted to the factorial analysis of correspondence in the *Tri deus mots*. The unmarried women perceive themselves to be vulnerable to HIV and AIDS by using the condom, while married women or in partnership sets consider preventing something necessary for all people, except for themselves, since they represent the AIDS as the disease of the other.

Keywords: Health vulnerability; sexually transmitted diseases; women's health; nursing.

RESUMEN: La infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA) cresce entre los heterossexuales y entre las mujeres. Este estudio descriptivo, cuantitativo y cualitativo objetivó aprehender y analizar las representaciones sociales sobre la vulnerabilidad de mujeres negras y no negras a la infección por el VIH/SIDA. Participaron 124 mujeres en un ambulatorio hospitalario de Salvador-Bahia-Brasil, entre agosto a diciembre de 2007. Los datos fueron recolectados a través de la prueba de asociación de libre de palabras, sometidos al análisis factorial de correspondencia y procesados en el *software Tri deus mots*. Se concluye que mujeres solteras sienten vulnerables al VIH y a la SIDA utilizando del preservativo, mientras las casadas consideran la prevención algo necesario para todas las personas, excepto para si mismas, pues representan la SIDA como la enfermedad del otro.

Palabras clave: Vulnerabilidad en salud; enfermedades de transmisión sexual; salud de la mujer; enfermería.

INTRODUÇÃO

No início da epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), as políticas de saúde enfocavam populações específicas de homossexuais e usuários de drogas, considerados grupos de risco para a infecção do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)^I.

Na década de 90, um grande número de mulheres monogâmicas, com relações estáveis, julgadas distantes dos desvios das normas sociais e, portanto, sexual e socialmente dentro dos padrões esperados, havia se contaminado com o vírus HIV, o que contra-

^IEnfermeira, Mestre em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade Dom Pedro II. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: dera.bastos@hotmail.com.

^{II}Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem, Líder do Grupo de pesquisa sexualidades, vulnerabilidades e gênero. Departamento de Saúde Comunitária. Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: paivamiriam@hotmail.com.

^{III}Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem, Departamento de Saúde. Pesquisadora do Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Desigualdades em Saúde. Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil. E-mail: evasscarvalho@yahoo.com.br.

^{IV}Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Integrante do Grupo de pesquisa sexualidades, vulnerabilidades e gênero. Pesquisadora associada à Escola de Enfermagem. Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: jubaenfa@hotmail.com.

dizia as estimativas dos epidemiologistas que indicavam como mulheres vulneráveis apenas as profissionais do sexo e as usuárias de drogas injetáveis^{1,2}.

A crença na fidelidade do outro, o mito do amor romântico e a falta de poder na negociação para o uso do preservativo mantêm as mulheres em situação desfavorável, considerando-se que o uso depende da aceitação do companheiro. Com isso, a feminização da epidemia trouxe o debate sobre gênero, poder, sexualidade e a vulnerabilidade das mulheres casadas ou em união estável³.

Os diferentes padrões de vulnerabilidade entre homens e mulheres por questões sociais, culturais e religiosas ressaltam a importância em se conhecer as representações sociais compartilhadas pelos grupos sobre o HIV e a AIDS, já que essas fundamentam e influenciam os comportamentos adotados para a prevenção. Nesse sentido, esse estudo foi desenvolvido com objetivo de apreender e analisar as representações sociais sobre a vulnerabilidade de mulheres negras e não negras à infecção pelo HIV/AIDS.

REVISÃO DE LITERATURA

Nos primeiros anos da epidemia, predominava a noção de risco individual, que foi substituída pela concepção de grupos de risco e comportamentos de risco¹. O uso dessas expressões marcou a construção social e histórica da AIDS, implicando em discriminação, estigma, preconceito e exclusão social dos indivíduos contaminados. Todavia, a AIDS se expandiu para outros segmentos populacionais até então considerados invulneráveis. O conceito de grupos de risco foi substituído pelo de vulnerabilidade, que reconhece a influência de múltiplos fatores, e não apenas os individuais, na propagação do vírus HIV¹⁻⁴.

De acordo com esse paradigma, as mulheres são vulneráveis ao HIV devido à suscetibilidade biológica e reduzida autonomia sexual, reforçada pelo poder e privilégio dos homens. Pressupõe-se que os homens são mais propensos a trazer o HIV para a parceira e as mulheres desejam evitar o HIV, mas não têm o poder para fazê-lo⁵.

As representações que se tem da AIDS são frutos das primeiras informações noticiadas que apresentavam uma doença grave à sociedade, de evolução rápida, desconhecida e letal, cujas vítimas eram homossexuais masculinos. A AIDS foi entendida como algo novo, ameaçador e distante que nunca faria parte do cotidiano das pessoas que não pertencessem a este rol, principalmente por estar vinculada ao que é socialmente considerado como desclassificado ou imoral, papel que os indivíduos rejeitam para si e atribuem ao outro⁶.

O que as pessoas sabem e entendem sobre a AIDS advém das conversas cotidianas, conselhos,

vivididos em seus grupos de pertença e no contato com a mídia. Essas formas de conhecimento, não especializadas, caracterizam o senso comum e esse conhecimento sobre a AIDS fundamenta os comportamentos adotados para a sua prevenção⁷.

REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo descritivo e quantitativo, fundamentado na Teoria das Representações Sociais. As representações sociais (RS) são produzidas no cotidiano dos grupos como forma de explicar a realidade, com a função de elaborar e justificar os comportamentos, e possibilitar a comunicação entre os indivíduos⁸.

Após aprovação pelo Comitê de Ética da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, através do Parecer nº 141/2007, os dados foram coletados na unidade ambulatorial de uma universidade pública da cidade de Salvador-Bahia, entre agosto e dezembro de 2007. Participaram 124 mulheres negras e não negras selecionadas aleatoriamente, que buscavam consultas ginecológicas ou de planejamento familiar.

Aplicou-se o teste de associação livre de palavras (TALP), que é uma técnica projetiva que consiste em oferecer um estímulo verbal ou visual aos sujeitos e solicitar que esses emitam determinado número de palavras ou expressões que lhes vem à memória ao submeterem-se a tais estímulos⁹.

Individualmente, em ambiente privativo, as mulheres foram convidadas a citar cinco palavras para cada um dos seis estímulos: 1 (AIDS); 2 (Sexo); 3 (Sexualidade); 4 (AIDS e mulher negra); 5 (AIDS e mulher não negra) e 6 (AIDS e você mesma). Foram utilizadas como variáveis fixas (sociodemográficas): idade, cor, escolaridade e estado civil. Os dados foram processados através do *software Tri-Deux-Mots* versão 2.2 Cibois de 1995 e interpretados por meio da análise fatorial de correspondência (AFC). A análise no programa resulta num mapa fatorial composto por dois eixos F1 e F2, onde se evidenciam as palavras com maior significância no jogo das aproximações e das oposições das modalidades, ao tempo em que oferece uma leitura das variações semânticas na organização do campo espacial¹⁰.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das 124 mulheres participantes deste estudo, 56(45%) estavam na faixa dos 14 aos 24 anos, 44(35.5%) afirmaram ser casadas ou ter união estável, 75(60%) eram solteiras e apenas 5(4%) eram divorciadas. Do total, 109(88%) se autodeclararam negras e apenas 15(12%) se declararam não negras. Em relação à escolaridade, 43(34.7%), 45(36.2%) e 36(29%) referiram ter cursado o ensino fundamental, ensino médio e superior, respectivamente.

A AFC tomou como referência a frequência igual ou superior a oito, para evocações de um mesmo estímulo indutor, através do jogo de oposições. A variável cor não apresentou significância diante do percentual total de respostas, possivelmente, pela população estudada ter sido constituída, em sua maioria, 109 (88%), de pessoas que se autorreferiram como sendo negras, das quais 50 (40%) eram pardas, e 59 (48%) eram pretas.

Foram evocadas 2243 palavras, das quais 909 eram diferentes. O fator 1 (F1), linha horizontal, explicou 33.4% de variância, valor ao qual foram somados os percentuais de 25% do fator 2 (F2), linha vertical da Figura 1, alcançando 58.4% de variância total das respostas, o que denota que ambos os fatores têm poder explicativo significativo, e são de parâmetros estatísticos que possuem consistência interna e fidedignidade¹⁰.

A análise foi realizada a partir da leitura das palavras evocadas ou representações distribuídas de maneira oposta sobre os dois eixos ou fatores, seguidas de uma numeração, correspondente ao estímulo aplicado, verificado na Figura 1.

Na parte direita do eixo F1(+), as mulheres de 14 a 35 anos de idade, solteiras e com ensino superior representam o estímulo 1 (AIDS) pelas palavras *camisinha* e *cuidado*. Para essas, a AIDS está ancorada na morte, e é preciso proteger-se, utilizando preservativo, conforme evidencia a Figura 1.

Ainda no F1(+) para o *sexo* (estímulo 2), essas mesmas mulheres objetivaram suas representações pelas palavras *paixão* e *tesão*, o que denota sentimentos de atração sexual, diferindo da visão romântica presente em outros estudos de representações sociais sobre a temática¹¹. Para elas, o *sexo* *ainda* deve ser exercido com *responsabilidade*, demonstrando que estão mais alertas para a percepção do risco de contaminação.

Outro estudo demonstra que as mulheres com perfil sexual ocasional, mais comum entre as jovens e não conjugadas, são as que mostram maior adesão à prevenção. Por sua vez, as mulheres de perfil monoparceiro são as que menos se previnem contra eventuais perigos de transmissão de infecções sexualmente transmissíveis (IST)¹².

No eixo F1(+), para as mulheres de 14 a 35 anos de idade (solteiras) e ensino superior, não houve significância para a *sexualidade* (estímulo 3), denotando a dificuldade que as mulheres mais maduras têm para expor suas representações. As participantes representaram a *AIDS e mulher negra* (estímulo 4) pela palavra *pobreza*. Para elas, a condição social da mulher negra influencia para uma maior vulnerabilidade à AIDS.

Reconhece-se que a taxa de analfabetismo entre as negras é o dobro do encontrado entre as brancas, e que a baixa escolaridade aumenta a vulnerabilidade feminina, por interferir na condição econômica, na capacidade de apreensão das mensagens, dificultando

a compreensão sobre a doença. Assim, a desinformação se constitui fator determinante de ideias distorcidas sobre a transmissão do HIV¹¹.

Estudos revelam que as mulheres pobres tendem a ingressar numa série de relações monogâmicas para garantir sua sobrevivência e de suas crianças, na esperança de assegurar o apoio financeiro do pai. Ao longo da vida, essas mulheres podem ter filhos com parceiros diferentes. Por estarem preocupadas com a sobrevivência, tem acesso limitado aos serviços e à informação sobre saúde, e as opções para reduzir os riscos não são prioridades para elas¹³.

No entanto, as mesmas mulheres anteriormente mencionadas, no eixo F1(+), em relação à *AIDS e mulher não negra* (estímulo 5) expressaram a palavra *descuido*. Essa palavra representa a falta de cuidado e ressalta a infecção como resultado da negligência das mulheres quanto às medidas preventivas, como o uso do condom.

As mulheres de 14 a 35 anos de idade, solteiras, e com ensino superior, no fator 1 (+), ao responderem à *AIDS e você mesma* (estímulo 6), evocaram a palavra *responsabilidade*, atribuindo a si mesmas poder e autonomia para cuidar de si e evitar a infecção pelo HIV.

Não obstante, a vulnerabilidade à qual estão sujeitas as mulheres não depende exclusivamente de sua vontade, mas se acentua pela assimetria no poder de decisão nas relações afetivo-sexuais, decorrentes das questões de gênero, somada a outras desigualdades como a pobreza ou a discriminação por razões étnicas, configurando a chamada vulnerabilidade acumulada¹⁴.

No F1(-), à esquerda da Figura 1, encontram-se as mulheres de 36 anos de idade ou mais (casadas ou divorciadas), com ensino fundamental. Essas mulheres, em analogia à *AIDS* (estímulo 1) evocaram as palavras *dor*, *perigo*, *não tem cura* e *triste*, representando a *AIDS* como uma doença perigosa e incurável que promove dor e tristeza. Tais mulheres, independente de serem casadas ou divorciadas, não evocaram palavras com significância para os *sexo* (estímulos 2) e à *sexualidade* (estímulos 3), o que se pode configurar numa zona muda das representações, que ocorre quando uma representação tem intensa carga emocional e, portanto, as pessoas evitam falar sobre a mesma.

Ainda para as mulheres apresentadas anteriormente, a vulnerabilidade das mulheres negras e não negras foi representada como *igual*. Para elas, todos os indivíduos, independente da cor, estão susceptíveis à contaminação pelo vírus HIV, revelando o desconhecimento por parte das mulheres com menor escolaridade sobre os aspectos sociais e econômicos que distinguem a vulnerabilidade das mulheres negras das não negras.

morbimortalidade por doenças oportunistas, proporcionando ao portador do HIV melhor qualidade de vida. Ainda persiste no imaginário popular o estigma como produto histórico de representações emocionais da doença, mas que ainda hoje, circulam no meio científico, na mídia e no pensamento popular^{3,5,6}, e que associa a contaminação pelo vírus a uma sentença de morte.

Já o *sexo* (estímulo 2) foi representado como *prazer*, aproximando-se da satisfação pessoal e afastando-se das representações atreladas à reprodução, o que antes parecia ser um direito apenas do homem. A *sexualidade* (estímulo 3) nessa faixa etária foi representada pela palavra *sensualidade*, que vincula-se aos significados socialmente atribuídos às mulheres como objeto de estímulo sexual, capazes de provocar os sentidos e os desejos.

Ainda no fator 2 (+), ao reportarem-se à *AIDS e mulher negra* (estímulo 4), as participantes evocam as palavras *igual* e *racismo*. Para elas, tanto a mulher negra como a não negra estão igualmente vulneráveis a contrair a doença, mas ressaltaram o preconceito da doença como mais evidente na mulher negra, quando evocaram o racismo. Quando esse mesmo grupo é instigado por *AIDS e mulher não negra* (estímulo 5) a palavra *preconceito* é evocada.

O preconceito acompanha a *AIDS* desde o início da epidemia e se constitui no mais grave problema enfrentado pelas pessoas que vivem com *AIDS*. A doença tem sido pretexto de discriminação em diversos contextos. No trabalho, as pessoas pedem demissão para submeterem-se ao tratamento, outras são demitidas pelo preconceito ou desistem de procurar trabalho porque os testes admissionais excluem pessoas que têm o vírus¹⁴. No contexto da saúde, no qual também se evidencia a discriminação, a enfermagem pode atuar desencorajando atitudes de preconceito contra as mulheres com HIV/AIDS³.

Não houve representação das mulheres solteiras com idades entre 14 a 24 anos e com ensino fundamental para a expressão *AIDS e você mesma* (estímulo 6). A ausência de conteúdos de aproximação das participantes com a síndrome pode estar influenciada pela ideia da *AIDS* ser representada como doença do outro.

Na parte inferior da Figura 1 (F2 -), as mulheres acima de 25 anos de idade e ensino superior, casadas ou divorciadas, representam a *AIDS* através das palavras *doença*, *vírus*, *preconceito* e *contaminação*. Essas ancoram a *AIDS* como uma doença transmitida por um vírus, e cercada de preconceito. Esse grupo já traz elementos mais próximos do conhecimento da medicina e nos leva a inferir que se trata de mulheres com informações que se aproximam do conhecimento científico.

Em relação ao *sexo* (estímulo 2), as mulheres evocaram as palavras *bom* e *cuidado*, evidenciando que

apesar de ser uma experiência prazerosa, deve ser cercada de práticas preventivas e de cuidado.

Quanto à *sexualidade* (estímulo 3), a representação dessas mulheres, evocada pela palavra *homossexualidade*, denota o não entendimento sobre sexualidade no seu sentido amplo e posiciona a *AIDS* como a doença dos homossexuais. Esse grupo de mulheres não evocou palavras significativas para os *AIDS e mulheres negras* (estímulo 4) e *AIDS e mulheres não negras* (estímulo 5).

As mulheres com idade superior a 25 anos, ao referirem-se a *AIDS e você mesma* (estímulo 6), evocaram a palavra *amor*, revelando visão romântica sobre a relação. Essa se torna arriscada, pois a concepção de amor romântico no exercício da sexualidade subentende a entrega física e emocional ao outro, levando muitas vezes à renúncia, sofrimento e desigualdade, o que dificulta as medidas de prevenção, pois motiva as mulheres a subestimar a vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis^{15,16}.

Devido à assimetria de poder, discutir a *AIDS* dentro dos relacionamentos pode traduzir-se em novos conflitos nas intimidades. Isso porque a negociação para o uso do preservativo, no sentido do descarte das medidas de prevenção, está atrelada ao imaginário como prova de amor, no qual a não entrega total ao outro se opõe à confiança¹⁵⁻¹⁷. Pode existir ainda o temor de abordar a temática na relação, pois a exigência do preservativo por parte da mulher pode ser entendida pelo parceiro como um sinal de infidelidade, desconfiança e/ou de controle, ou ainda de insubordinação, podendo culminar em situações de violência ou ruptura da relação¹⁶⁻¹⁹.

Essas representações advêm do grupo de mulheres casadas no qual tem se tornado visível o aumento da vulnerabilidade à infecção pelo HIV. O fato de viverem relações estáveis limita a reflexão sobre a autopercepção do risco. Desde o namoro, aumenta a confiança no parceiro, fazendo com que as práticas sexuais desprotegidas se tornem frequentes em decorrência do envolvimento afetivo do casal^{3,16-18}.

A confiança no parceiro, por estar casada ou em relação estável, constitui uma situação que ofusca o risco de contaminação da mulher, por não se sentir em situação de risco, por não se considerar promíscua e ter parceiro único, neste caso, o marido, o que lhe proporciona sensação de segurança^{19,20}.

Os homens casados que exercem práticas extraconjugais tornam a mulher casada vulnerável à *AIDS* e a outras IST, levando muitas vezes a um diagnóstico tardio. Vale destacar que mais de 70% das transmissões em todo o mundo estão atualmente entre os heterossexuais, mas os programas e políticas, em grande parte, não incluem a prevenção precisa de homens que fazem sexo com mulheres⁵. Pesqui-

As pesquisas apontam que os homens heterossexuais não costumam utilizar-se de preservativo ao se relacionarem com mulheres, nem se percebem em risco antes de se saberem positivos²⁰.

A vulnerabilidade da mulher em união conjugal estável à AIDS evidencia as relações assimétricas de gênero que por questões culturais, sociais, políticas e religiosas, de forma coercitiva aproximam, cada vez mais, essa mulher da referida síndrome. Para alcançar mudanças efetivas, essa vulnerabilidade necessita, portanto, ser amplamente discutida não somente no âmbito da saúde, mas também no da educação³. Estudos destacam que os profissionais de saúde, particularmente os da equipe de enfermagem, podem contribuir no empoderamento das mulheres como estratégia para a redução das desigualdades de gênero, através de trabalhos educativos capazes de fornecer informações sobre os fatores que aumentam sua vulnerabilidade^{3,11}.

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu apreender e analisar as representações sociais sobre a vulnerabilidade de mulheres negras e não negras à infecção pelo HIV/AIDS. As mulheres sem parceria fixa sentem-se mais vulneráveis à AIDS, utilizando-se do preservativo nas suas relações eventuais. Por outro lado, as casadas ou que possuem parceiro fixo, consideram a prevenção da AIDS algo necessário para todas as pessoas, exceto para elas mesmas, que se sentem seguras em suas relações conjugais, em virtude de um sentimento de amor e confiança no parceiro.

Ressalta-se a necessidade de explorar as dimensões afetivas das representações da AIDS entre mulheres que se encontram em relações ditas estáveis, por considerar que as noções de amor, entrega e confiança mantêm-se como fundamentos de uma prática sexual desprotegida, contribuindo para a feminização da AIDS.

Destaca-se que as participantes, independente de sua condição conjugal, quando instadas a pensar sobre a AIDS e elas mesmas, não evocaram conteúdos significantes, o que pode derivar do sentimento de invulnerabilidade. Esse aspecto merece novas investigações para aprofundar a análise dos fatores que levam a esse distanciamento, já que a maioria se autodeclarou negra e representou a mulher negra como vulnerável.

As representações aqui analisadas podem subsidiar ações da enfermagem durante a assistência às mulheres, no sentido de possibilitar a reflexão sobre as situações que expõem tais mulheres a condições de vulnerabilidade, seja dentro ou fora das relações estáveis. Vislumbra-se também a necessidade de se estender as ações de cuidado aos homens, parceiros dessas mulheres, convidando-os a refletir sobre o problema, estimulando-os à adoção de práticas sexuais seguras.

O fato de este estudo ter sido realizado em cenário restrito de um único ambulatório público situ-

ado em Salvador, na Bahia, apresentou-se como limitação, considerando-se que a amostra poderia ser ampliada para contextos de serviços privados, e outros municípios que possibilitassem comparar as representações sociais das mulheres a partir de variáveis como classe, acesso a planos de saúde e localização geográfica.

REFERÊNCIAS

1. Calazans GJ, Saletti FHC, França JI, Ayres JRCM. O conceito de vulnerabilidade. In: Padoin SMM, Paula CC, Schaurich D, Fontoura VA, organizadoras. Experiências inter-disciplinares em AIDS: interfaces de uma epidemia. Santa Maria (RS): Editora da UFSM; 2006. p. 43-62.
2. Taquette SR. Interseccionalidade de gênero, classe e raça e vulnerabilidade de adolescentes negras às DST/AIDS. Saude soc. 2010; 19(supl.2):51-62.
3. Rodrigues LSA, Paiva MS, Oliveira JF, Nóbrega SM. Vulnerabilidade de mulheres em união heterossexual estável à infecção pelo HIV/AIDS: estudo de representações sociais. Rev esc enferm USP 2012; 46:349-55.
4. Nichiata LYI, Bertolozzi MR, Takahashi RF, Fracolli LA. The use of the vulnerability concept in the nursing area. Rev Latino-Am Enfermagem. 2008; 16:923-8.
5. Higgin JA, Hoffman S, Dworkin SL. Rethinking gender, heterosexual man, and woman's vulnerability to HIV/AIDS. Am J Public Health. 2010; 100:435-45.
6. Maliska ICA, Padilha MICS, Silva DMGV. Práticas sexuais e o uso do preservativo entre mulheres com HIV/AIDS. Ciênc Cuid Saúde. 2007; 6:471-8.
7. Gomes AMT, Silva EMP, Oliveira DC. Social representations of AIDS and their quotidian interfaces for people living with HIV. Rev Latino-Am Enfermagem [SciELO-Scientific Electronic Library Online]. 2011 [citado em 09 set 2012]. 19:485-92. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/06.pdf>.
8. Vala J. Representações sociais e psicologia social do conhecimento quotidiano. In: Vala J, Monteiro MBM. Psicologia social. 7ª ed. Lisboa (Por): Fundação Calouste Gulbenkian; 2006. p. 457-502.
9. Oliveira A, Amâncio L. A Análise factorial de correspondências no estudo das representações sociais: as representações sociais do suicídio na adolescência. In: Moreira ASP. Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais. João Pessoa (PB): Editora Universitária UFPB; 2005. p.323-62.
10. Vieira KFL, Coutinho MPL. Representações sociais da depressão e do suicídio elaboradas por estudantes de psicologia. Psicol cienc prof. 2008; 28:714-27.
11. Silva CM, Vargens OMC. A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV. Rev esc enferm USP [SciELO-Scientific Electronic Library Online]. 2009. [citado em 09 set 2012]. 43 (2):401-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a20v43n2.pdf>.
12. Aboim S. Risco e prevenção do HIV/AIDS: uma perspectiva biográfica sobre os comportamentos sexuais em Portugal. Ciênc saúde coletiva. 2012; 17:99-112.
13. Karim QA, Sibeko S, Baxter C. Preventing infection women: a global health imperative. Clin Infect Dis [on line]. 2010. [citado em 04 set 2012]. 50(Supl.3):122-9. Disponível em:

- http://cid.oxfordjournals.org/content/50/Supplement_3/S122.full.pdf+html.
14. Herrera C, Campero L. The vulnerability and invisibility of women facing HIV/AIDS: constant and changing issues. *Salud Publica Mex.* 2002; 44:554-64.
 15. Cechim PL Selli L. Mulheres com HIV/AIDS: fragmentos de sua face oculta. *Rev Bras Enferm.* 2007; 60:145-9. [citado em: 04 set.2012]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/revben/v60n2/a03v60n2.pdf>.
 16. Santos CO, Iriart JAB. Significados e práticas associados ao risco de contrair HIV nos roteiros sexuais de mulheres de um bairro popular de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2007; 23:2896-905
 17. Galvão MTG, Gouveia AS, Carvalho CML, Costa Ê, Freitas JG, Lima ICV. Temáticas produzidas por portadores de HIV/AIDS em grupo de autoajuda. *Rev enferm UERJ.* 2011; 19:299-304.
 18. Amorim MM, Andrade NA. Relações afetivo-sexuais e prevenção contra infecções sexualmente transmissíveis e AIDS entre mulheres do Município de Vitória - ES. *Psicol Estud.* 2006; 11:331-39.
 19. Dias FLA, Silva KL, Vieira NFC, Pinheiro PNC, Maia CC. Riscos e vulnerabilidades relacionados à sexualidade na adolescência. *Rev enferm UERJ.* 2010; 18:456-61.
 20. Filipe EMV, Batistella E, Pine A, Santos NJS, Paiva V, Segurado A, et al. Sexual orientation, use of drugs and risk perception among HIV-positive men in São Paulo, Brasil. *Int J STD AIDS.* 2005; 16:56-60.