

COMPREENDENDO A SEXUALIDADE DE INDIVÍDUOS PORTADORES DE HIV-1**UNDERSTANDING THE SEXUALITY OF INDIVIDUALS OF HIV-1**

Mara Rúbia Ignácio de Freitas*
Elucir Gir**
Antonia Regina Furegatto Rodrigues***

FREITAS, M.R.I. et al. Compreendendo a sexualidade de indivíduos portadores de HIV-1. **ev.Esc.Enf.USP**, v.34, n.3, p. 258-63, set. 2000.

RESUMO

Esta investigação teve como objetivo identificar dificuldades sexuais vivenciadas por pessoas em crise de HIV-1. Trata-se de uma pesquisa de caráter descritivo, norteadas pela Teoria da Crise. Entrevistou-se de cinco portadores de HIV-1, com seguimento médico numa cidade do interior paulista. As entrevistas foram semi-estruturadas, gravadas e transcritas. A análise dos dados foi baseada em MEIHY (1996) e BARDIN (1994). Concluímos que os sujeitos do estudo apresentaram adaptação negativa frente às dificuldades sexuais, sociais e emocionais. Os resultados apontam para a necessidade de intervenções efetivas de enfermagem junto a pessoa, portadora de HIV-1, em crise.

PALAVRAS-CHAVE: Sexualidade. AIDS.

ABSTRACT

The objective of the present investigation was to identify the sexual difficulties experienced by persons in an HIV-1 crisis. This is a study of a descriptive nature based on the Theory of Crisis. The sample consisted of 5 patients with HIV-1 followed up clinically in a town in the hinterland of the state of São Paulo. Semistructured interviews were tape recorded and transcribed. Data were analyzed according to MEIHY (1996) and BARDIN (1994). We conclude that the subjects presented a negative adaptation with respect to sexual, social and emotional difficulties. The results indicate the need for effective nursing interventions with persons in an HIV-1 crisis.

KEYWORDS: Sexuality. AIDS.

INTRODUÇÃO

O primeiro caso diagnosticado como aids ocorreu em 1981 nos Estados Unidos. Desde então, a aids tornou-se uma das doenças mais pesquisadas em todo o mundo, principalmente pela sua transmissibilidade e fatalidade.

De 1981 a dezembro de 1998, o Brasil registrou cerca de 150 mil casos de aids, cuja metade concentra-se no Estado de São Paulo. Nos últimos anos, vem ocorrendo importante mudança no perfil epidemiológico da aids, com crescimento entre os heterossexuais, mulheres, população de

baixa renda, jovens, moradores de cidades do interior e periferias dos grandes centros (BRASIL 1999).

A literatura revela que a transmissão do HIV-1 ocorre a partir da exposição a fluidos corpóreos contaminados como sangue, sêmen, secreções vaginais, leite materno e secreções cervicais. O HIV-1 é essencialmente transmitido por via sexual, em 75% dos casos, onde predomina a veiculação através de relações heterossexuais - vaginal e anal (GIR, 1997; OSTROW, 1997).

* Enfermeira, Professor Adjunto UNIP-RP e Doutoranda Área Fundamental do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da EERP-USP.

** Enfermeira, Professor Livre Docente do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.

*** Enfermeira, Professor Titular do Departamento de Enfermagem Psiquiatria e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.

OSTROW (1997) relata que os sentimentos e reações referidos pelos pacientes ao receberem o resultado do exame anti HIV-1 positivo, com maior frequência são: culpa, remorso, arrependimento, revolta, medo, desespero, desejo de suicídio, negação frente a aceitação do diagnóstico, raiva, agressividade, dor, insegurança, solidão e discriminação, perda do desejo sexual, diminuição da atividade sexual.

Essa situação configura-se em um quadro que CAPLAN (1966) denominou de "Crise".

Tanto CAPLAN (1966) como RODRIGUES (1996) afirmam que crises acidentais ocorrem ao acaso, são experiências que constituem ameaça ao equilíbrio físico, psíquico ou social. São eventos causais tais como as doenças graves que podem provocar modificações e exigir reações *que abalam equilíbrio do sujeito. Durante essas crises, o sujeito utiliza de seus habituais mecanismos de resolução tentando solucionar os problemas que o levam ao desequilíbrio e, com frequência, necessita de ajuda externa.

A intervenção profissional tem por objetivo ajudar a pessoa a encontrar resolução imediata da crise e o reestabelecimento do melhor nível de funcionamento possível, prevenindo deteriorações reações desajustadas.

Estas questões motivaram a presente pesquisa considerando-se o fato desta infecção/doença ter características devastadoras, sendo de competência do enfermeiro prestar assistência integral e de qualidade ao indivíduo, não omitindo questões que envolve sua sexualidade e nem tratando-o como ser assexuado.

Destacar a sexualidade prende-se ao fato de que o comportamento sexual desprotegido pode ser o fator que leva à contaminação e desencadeia uma crise.

OBJETIVO

Identificar as dificuldades sexuais e sua relação com as dificuldades sociais e emocionais vivenciadas por pessoas em crise de HIV-1.

METODOLOGIA

A pesquisa é de caráter descritivo, insere-se nos pressupostos dos métodos qualitativos de investigação. O grupo participante do estudo foi composto por 5 indivíduos (3 mulheres e 2 homens) portadores de HIV-1, em seguimento clínico em um Centro de Saúde numa cidade do interior

paulista. Todos aceitaram participar da entrevista e concordaram com a divulgação das informações fornecidas.

O projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão de Ética Médica da Instituição (Parecer 30/4/98; protocolo03/98 do CSE da FMRP-USP).

Os dados foram obtidos, através de registro de entrevista semi-estruturada individual, onde se solicitou ao sujeito o relato de sua vida antes e depois de saber que era portador de HIV-1.

Para validação do instrumento utilizado foi realizado teste piloto (entrevista com os primeiros pacientes no início dos trabalhos, estes pacientes não foram incluídos nessa pesquisa) a partir do qual tivemos oportunidade de avaliar, com maior propriedade, a pertinência do instrumento proposto

Optamos por 4 encontros distribuídos em 4 períodos, baseado nas 4 fases da crise citadas por MINZONI, et al. (1977). O primeiro encontro ocorreu por volta do dia do conhecimento do diagnóstico, o segundo em torno de 1 mês, o terceiro em torno de 3 meses e o quarto em torno de 6 meses, após o diagnóstico.

A análise de conteúdo preconizada por BARDIN (1994) embasaram as etapas de transcrição, textualização, transcrição, categorização e análise dos temas. A discussão dos resultados se basearam em MEIHY (1996) a sexualidade enquanto tema principal desta pesquisa, emergiu e foi compondo um dos fatores da crise de HIV-1.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a análise de conteúdo das falas dos cinco entrevistados identificamos três categorias e seis subcategorias a saber:

Categoria A – Dificuldade Sexual (A1) Mudança na vida sexual após o diagnóstico. (A2) Prevenção de fatores ligados a transmissão sexual.

Categoria B – Dificuldade Emocional: (B1) Alterações psicológicas que afetaram a vida sexual. (B2) Aspectos psicológicos frente a prevenção sexual.

Categoria C – Dificuldade Social: (C1) Alterações sociais que afetaram a vida sexual. (C2) Fatores sociais quanto à prevenção sexual.

Apresentaremos algumas falas extraídas de cada encontro e alocadas nas subcategorias. Aos participantes foram atribuídos nomes fictícios. As falas a seguir foram incluídas na subcategoria A1. Mudanças na vida sexual após diagnóstico.

"diminuiu sexo, também está muito recente, perco a vontade e o desejo"/"não pretendo ter relações tão cedo / relação sexual para mim já era, sinceramente o desejo, a vontade acabou"/"paramos as relações sexuais, eu tenho vontade, eu quero voltar a ter relações sexuais"/"mudou muita coisa, tenho dificuldade para ter orgasmo, ele me procura mas o meu desejo diminuiu"/"a vida sexual era boa antes, tinha relação sexual praticamente a semana inteira, agora eu evito ao máximo, eu quero, eu tenho vontade mas evito".

É necessário lembrarmos RODRIGUES (1996) quando salienta que o homem está constantemente buscando o equilíbrio; assim quando ocorre um problema (desequilíbrio) ele tenta de várias formas a busca desta homeostase. Se os estímulos que provocam o problema são muito acentuados e as formas reequilibradoras que o sujeito buscou não conseguiram atuar dentro da margem de tempo costumeiros, está instalada a "crise".

Para LOPES et al.(1994) as doenças virais podem interferir na primeira fase da resposta sexual: o desejo. Essas condições levam os indivíduos a se preocuparem prioritariamente com os sinais e sintomas como cansaço, depressão, tensão, febres, diarreia, doenças oportunistas, medo da discriminação, deixando o desejo sexual em segundo plano. Convém ressaltar que a qualidade da resposta sexual humana está diretamente relacionada aos aspectos biológicos.

Podemos observar nas falas que os sujeitos apresentaram enfrentamentos negativos quanto a vida sexual. Uns interromperam e outros diminuíram as relações sexuais, após o resultado do exame anti HIV-1.

Algumas manifestações classificadas como integrantes da subcategoria B1 – "Alterações psicológicas que afetaram a vida sexual", são apresentadas abaixo:

"não pretendo ter relações sexuais tão cedo, porque vou ter que falar o que tenho e vai dar briga, tenho medo de falar o que tenho e as pessoas se afastarem"/"paramos as relações sexuais, não de medo, mas ele está fraco, emagreceu, nunca culpei ele, ele não teve culpa, pegou isso trabalhando na funerária, se ele fosse sem vergonha, ficasse na bagunça, eu ia me prevenir"/"tudo mudou, sexo mudou, nada é igual como antes, nunca mais terei paz, não sei como fui trabalhar esses dias, fico horrorizado"/"mudou muita coisa, hoje tenho medo, tomo cuidado, fico preocupada com meu filho, ele é soropositivo, não aceito isso".

Podemos notar nestas falas ansiedade, insegurança, tensão, medo da rejeição, negativismo, prostração, isolamento, diminuição do desejo sexual, angústia, anorexia, medo do emagrecimento, insônia, choro e apatia.

GIR (1997) menciona que os portadores de HIV-1 são confrontados com múltiplos estressores psicossociais em todas as fases da infecção. Certos estressores alteram o estilo de vida e exigem adaptações.

Na Subcategoria C1 – "Alterações sociais que afetaram a vida sexual", onde predominaram as percepções de isolamento, afastamento de amigos, problemas com familiares amigos próximos e desemprego podem ser observadas em nossos recortes:

"mudou o meu modo de agir e pensar; eu saía muito, transava, bebia, rolava de tudo, mudei completamente, não saio mais, hoje penso em prevenção"/"sexo acabou, parei de beber, de sair à noite, o erro que aconteceu comigo não quero para ninguém".

DOLL; DILLON (1997) citaram que o medo de contagiar o parceiro(a) pode motivar o distanciamento físico e restringir a intimidade sexual.

No que se refere às falas classificadas na subcategoria A2 – "Prevenção: fatores ligados a transmissão sexual", destacamos:

"estou me resguardando mais, hoje penso assim, poxa vida eu sou uma pessoa contaminada, eu contamina as pessoas, isso me remoe, é psicológico, perco a vontade, o desejo, nem sempre tinha camisinha no carro, foi uma vacilada que eu dei"/"meu namorado não gostava de camisinha, ele falava que eu não tinha confiança nele, ele me deu certeza que não tinha nada, nem outros relacionamentos, eu ia desconfiar?"/"ele aceita o preservativo, eu não gosto, meu maior desejo é fazer sexo sem camisinha, ele fala que é higiênico, nunca usei camisinha, é estranho"/"nunca usei camisinha, nunca me preveni, hoje uso, é uma barra, ela quer que eu tire a camisinha, já brigamos por isso.

É importante notar que os cinco informantes relataram que não usavam o condom. Salientaram que só após o diagnóstico estão fazendo uso. Durante as entrevistas muito se falou sobre as formas de prevenção e a utilização do condom para impedir a transmissão sexual do HIV-1 ou evitar exposições repetitivas ao vírus.

Na Subcategoria B2 – "Aspectos psicológicos frente à prevenção sexual", as seguintes falas se destacam: *"ninguém usa camisinha, nem eu usei, sexo acabou, quero distância, peguei isso pelo sexo, cacei sarna, eu não tenho cura, parei de sair, namorar, eu me isolei"/ "nem sempre usava camisinha, meu Deus porque foi acontecer isso, porque comigo? Não deve ser verdade? Até pensei em suicídio, não sei se vou viver 2 meses, agora que tudo ia tão bem fui dar uma vacilada, não usei camisinha"/ "camisinha incomoda, eu penso que ele está aceitando isso? Eu penso que é mais difícil atingir o orgasmo. Tem que parar para por a camisinha aí eu lembro do meu erro. Aí não consigo ter orgasmo"/ "eu saía com várias garotas, nunca usei camisinha, hoje uso com minha esposa, ela deu negativo, tenho medo de estourar a camisinha e contaminar minha esposa, HIV é uma das piores coisas, não tem como explicar por isso tenho medo de passar para ela, não quero correr o risco de estourar a camisinha"/ "meu maior desejo é fazer sexo sem camisinha, é difícil, eu sinto mal, não gosto, por causa de um erro meu sem camisinha tanta gente está sofrendo".*

DOLL; DILLON (1997) afirmam que a ansiedade relacionada a transmissão do HIV afastam os casais, criando barreiras psicológicas tanto no portador de HIV quanto no parceiro não portador de HIV. O distanciamento sexual só prejudica o paciente e cada vez mais ele sente-se incapaz de procurar apoio.

Na subcategoria C2 – "fatores sociais quanto à prevenção sexual", selecionamos as falas: *"eu não tenho cura, parei de sair, de namorar, eu me isolei"/ "eu saía com várias garotas, não usava camisinha, não saio mais"/ "tanta gente está sofrendo por culpa minha, meu marido, meus pais, meu marido, eu não usei camisinha".*

DOLL; DILLON (1997) concordam que o distanciamento social (amigos, parentes) e a abstinência sexual parcial ou completa, iniciavam com o impacto do resultado do teste sorológico e, à medida em que o tempo passava, a tendência desses sintomas era de aumentar, pois o indivíduo permanecia incapaz de procurar apoio.

Autores como LOPES et al. (1994), OSTROW (1997), GIR (1997) salientaram que, com a AIDS, o medo frente a transmissão sexual aumentou, tanto em sujeitos infectados como não infectados. É comum encontrarmos indivíduos que pararam as atividades sexuais total ou parcial (como nas falas anteriormente citadas) ou sujeitos que fazem sexo e têm o desempenho prejudicado. Esta fobia à AIDS tem se alastrado envolvendo inclusive pessoas que não têm comportamento de risco. Acreditamos que a crise de HIV-1 vem contribuir para mudanças acentuadas na vida social, emocional e sexual do ser humano infectado e não infectado.

Os informantes expressam em suas falas, nervosismo, tristeza, medo, inconformismo, negação do diagnóstico, pensamentos suicidas, angústia, choro, depressão, medo da discriminação e rejeição.

RODRIGUES (1996) menciona que as alterações sociais influem na manutenção ou resolução da crise, assim como os aspectos físicos. Acrescenta ainda, que a pessoa durante o período de crise está mais necessitada de contatos interpessoais. *"acho difícil ter relação sexual, mas eu gostaria de ter alguém, eu me sinto sozinho".*

O uso de camisinha pode tornar a atividade sexual menos prazerosa por falta de hábito e orientação (LOPES 1994). Fatores psicológicos, tais como ansiedade grave ou medo em relação à capacidade de realizar-se, rejeição do parceiro sexual e medo do parceiro sexual em relação ao HIV-1, podem interferir na sexualidade do indivíduo e prejudicar o retorno da atividade sexual (DOLL; DILLON, 1997).

Concordamos com LOPES (1994), DOLL; DILLON (1997) e GIR (1997) que salientaram que a infecção pelo HIV é mais do que uma intrincada doença infecciosa. A sua característica de fatal, de transmissível e de vinculada a comportamentos tidos como pervertidos ou levianos, faz com que o portador de HIV seja discriminado e penalizado. Além disso, a pessoa vivencia conflitos emocionais de diversas naturezas, como sentimentos de culpa, de rejeição, de medo, de tristeza, de vergonha, de responsabilidade, enquanto contaminador ou contaminado.

De acordo com RODRIGUES (1996) o ser humano, após estabelecida a crise, busca soluções para problemas de inúmeras formas tendo em vista a busca do equilíbrio. Segundo CAPLAN (1966), a "crise" pode ser resolvida desde que o casal adquira novos níveis de maturação e reelabore as soluções de adaptação.

As alterações foram identificadas nos quatro encontros e, segundo RODRIGUES (1996), quando a pessoa não consegue resolver essas dificuldades, a tendência será o aumento de tensão. De certa forma, a manutenção dos problemas frente a crise mobiliza os recursos internos e externos no sentido de solucioná-los.

OSTROW (1997) afirma que os pacientes portadores de HIV-1 deprimidos sofreram piora mais acelerada de seu sistema imunológico, do que os não deprimidos. A ênfase estaria nos tratamentos que aumentam a auto-estima, orientam e informam o paciente quanto às formas de encontrarem apoio na comunidade e nos órgãos assistenciais.

Podemos observar em algumas falas que a falta de orientação e informação podem levar os

portadores de HIV-1 a apresentarem alterações em suas relações sociais e dificuldade em viver plenamente seus relacionamentos interpessoais, como na fala a seguir: *"estou na paquera com uma pessoa, mas ainda não saímos, não aconteceu, mas é uma crise que eu não sei como fazer"*.

O fato de ser portador de HIV-1, alterou a vida social e conseqüentemente a vida sexual. O informante referiu não sair, não namorar e sentir medo de novo contato íntimo. Estas falas e esse dilema vão ao encontro com a terceira fase do referencial de onde as autoras enfatizam que o sujeito pode sofrer sucessivas tentativas abortadas de ensaio e erro para solucionar o problema; não conseguindo, sofre uma desorganização do funcionamento físico e emocional.

"estou saindo com um rapaz, ele disse, quando estávamos conversando sobre aids / se uma namorada dele tivesse, que mataria ela, ele falou, eu posso morrer mas ela morre primeiro" "é vou ter que procurar grupo de apoio senão fico louco, tenho medo dos outros, não sei se vou contar um dia o que eu tenho para os outros".

Quanto ao uso do preservativo, foi citado: *"usamos camisinha sempre, incomoda, voltamos a fazer sexo, ninguém gosta de usar camisinha"/ "eu uso camisinha, não acho tão ruim como antes, eu lembro que uso porque tenho isso, para ninguém é normal"/ "preciso me cuidar mas ainda não consigo, antes eu cuidava agora perco sono, apetite, tenho medo da minha esposa pegar isso"*.

GIR (1997) revelou que a conotação de preconceito atribuído ao uso do preservativo é outro fator importante na manutenção da crise, pois várias crenças passam a ser vivenciadas como verdades, o que influencia a forma negativa no seu uso.

Em nosso estudo ficou evidente o receio do indivíduo infectado pelo vírus revelar que era portador HIV-1 e de contaminar seu(s) parceiro(s). Concordamos com OSTROW (1997) que essas dificuldades estão intimamente ligadas aos fatores psicossociais como rejeição e discriminação.

Durante os quatro encontros os sujeitos apresentaram "dificuldades sociais" relacionados a fatores preconceituosos. É comum também encontrarmos pessoas com opiniões de cunho moralista, preconceituoso ou discriminatório, que nada contribuem para a prevenção contra a aids. A sensação de onipotência faz com que as pessoas não portadoras de HIV sintam-se poderosas e imunes à contaminação.

A dificuldade sexual foi verbalizada como diminuição e/ou encerramento das atividades sexuais nos quatro encontros. Além da diminuição da frequência do ato sexual, os cinco sujeitos referiram que, antes de se contaminarem com o vírus HIV-1, a atividade sexual era melhor.

Na quarta fase, se nenhum dos recursos internos ou externos utilizados, até então, foram suficientes para a solução do problema, RODRIGUES (1996) afirma que poderá haver elevação da tensão até o ponto de rutura, com conseqüente desorganização do indivíduo.

Os informantes enfatizaram a dificuldade social frente à relação confusa com os familiares, com os parceiros, com os amigos fora e dentro do trabalho. A vida sexual mudou. Referem que antes era melhor, antes era normal, que saíam, bebiam e dançavam. Enfim, as relações sociais eram boas. O medo da transmissão do HIV-1 por via sexual e o receio de contatos sociais que evidenciam a rejeição e a discriminação ao revelarem serem portadores do HIV-1 levaram os informantes à disfunções sexuais como: inapetência (perda do desejo), insuficiência erétil, falta de lubrificação vaginal, perda da excitação; distúrbios de ejaculação, anorgasmia, vaginismo e dispareúnia (dor no coito).

Concordamos com KOLODNY et al (1982), o medo e a culpa afastam os desejos sexuais e a falta de orientação e de diálogo não deixam que o prazer e a sexualidade voltem a fazer parte da vida desses indivíduos.

Durante os encontros, os sujeitos salientaram a dificuldade de chegar ao orgasmo, e a falta de comunicação como parceiro. Essas dificuldades são analisadas por HOGAN (1991) e LOPES (1994) quando referiram que os pacientes femininos podem apresentar dificuldade para chegar ao orgasmo, por se sentirem sexualmente não atraentes, e não buscam a atividade sexual com medo da rejeição; por outro lado, o parceiro sexual diminuiu ou interrompe a busca sexual por falta de diálogo e entendimento da situação.

Como a aids ainda é uma doença incurável, os "remédios" mais eficazes são a informação e a educação, para evitá-la, a solidariedade, para minimizar suas conseqüências e um sistema de saúde pública bem organizado para atender à população atingida. Aprendendo a se proteger e tendo acesso a informações mais claras, os medos infundados tendem a desaparecer e as pessoas poderão deixar de evitar os indivíduos com aids, por receio de se contaminarem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O indivíduo em crise de HIV-1 apresentou, nos períodos estudados, mecanismos de enfrentamento geralmente negativos. As dificuldades sexuais verbalizadas demonstraram sucessivas tentativas abortadas de ensaio e erro para solucionar o problema.

Corroboramos com HOGAN (1991), LOPES et al. (1994) e GIR (1997) que a sexualidade é muito mais que um ato sexual visto que, implica a totalidade de vida do ser humano.

LOPES et al. (1994) enfatizam que transferimos tudo o que somos para a relação sexual, nossas crenças, tabus, expectativas e experiências. Dessa forma, concordamos com RODRIGUES (1996) quando diz que os indivíduos têm recursos para resolver suas dificuldades, embora nem sempre estejam fortalecidos para buscar soluções positivas. Entendemos que falta orientação quanto ao verdadeiro significado da sexualidade ainda envolta em preconceitos, medos, discriminação e tabus.

Essas constatações remetem à reflexão de que o Enfermeiro, além de ter conhecimentos sobre Enfermagem, Sexualidade Humana e DSTs/aids necessita identificar e trabalhar suas limitações, crenças, valores e tabus para intervir positivamente junto a essas pessoas que sofrem.

Para a implementação das ações de enfermagem em crise, recomendamos o exemplo de RODRIGUES (1996) que utilizou o Modelo de Procedimento de Enfermagem de Saúde Mental (M.P.E.S.M.) para ajudar pessoas nas crises acidentais. Este procedimento diz respeito a ajudar a outra pessoa a falar sobre suas dificuldades, a explorar todos os aspectos envolvidos na situação, a examinar as possibilidades de solução e ter apoio em suas decisões.

A operacionalização do processo de assistir o sujeito portador de HIV-1 é tarefa que se impõe como urgente ao enfermeiro. Sentimos que, após essa etapa da investigação, o passo seguinte será o de elaborar e testar esse modelo de assistência, de maneira que se possa ajudar o sujeito em crise na resolução das dificuldades vivenciadas com um nível positivo de adaptação sexual, social e emocional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo, Edições 70, 1994.
- BRASIL já registra 150 mil casos de aids. **Jornal do CREMESP**. São Paulo. jan 1999. p. 8 9.
- CAPLAN, G. **Principles of preventive psychiatry**. New York, Basica Books, 1966. p.299-306.
- DOLL, S. L.; DILLON, B. A. Counseling persons soropositive for human immunodeficiency virus infection and their families. In: DE VITA, V. T.; HELLMAN, S.; ROSENBERG, S. A. **AIDS: etiology, diagnosis, treatment and prevention**. 4. ed. Philadelphia, Lippincott, 1997. cap. 26, p. 533-539.
- GIR, F. **A sexualidade e a mulher portadora do vírus da imunodeficiência Humana Tipo 1 (HIV-1)**. Ribeirão Preto, 1997. 200p. Tese (Livre-docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- HOGAN, R. **Human sexuality: a nursing perspective**. 2.ed. Connecticut, Appleton-Century-Crofts, 1991. p. 351-71.
- KOLODNY, R.O et al. **Manual de medicina sexual**. São Paulo, Manole, 1982. p. 275-87.
- LOPES, G.P. et al. **Patologia e terapia sexual**. São Paulo, Medsi, 1994. p.37-82.
- MEIHY, J. C. S. B. **(Re) introduzindo história oral no Brasil**. São Paulo, Xamã, 1996.
- MINZONI, M. A. et al. Pensando em psiquiatria preventiva. **Enf Novas Dimens**, v. 3, n. 3, p. 141, 1977.
- OSTROW, D. G. Psychiatric considerations in human immunodeficiency virus disease. In: De VITA, V. Jr; HELLMAN, S.; ROSENBERG, S. A. **AIDS: etiology, diagnosis, treatment and prevention**. 4. ed. Philadelphia; Lippincott - Raven, 1997. Cap. 27, p. 541-50.
- RODRIGUES, A. R. F. **Enfermagem psiquiátrica em saúde mental: prevenção e intervenções**. São Paulo, EPU, 1996.