



4º+SENABS

SEMINÁRIO NACIONAL DE DIRETRIZES DE ENFERMAGEM
NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA RESOLUTIVIDADE
E QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

FACULDADE UNIGRAN CAPITAL - CAMPO GRANDE (MS)
27 a 30 de abril de 2014

CONTEÚDO DAS EXPOSIÇÕES DOS PALESTRANTES

EXPERIÊNCIA DE SISTEMATIZAÇÃO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A MULHERES COM HIV/AIDS

Marli Teresinha Cassamassimo Duarte

Miriam Cristina Marques da Silva de Paiva

Cristina Maria Garcia de Lima Parada¹⁵

INTRODUÇÃO

Contida no Plano Plurianual do Governo Federal do Brasil, a atual Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher tem como uma de suas prioridades o atendimento às necessidades específicas das mulheres nas diferentes fases do ciclo vital, em especial a segmentos sociais excluídos da atenção, como as mulheres vivendo com o vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)/aids¹.

Considerando-se os aspectos epidemiológicos, clínico-ginecológicos e impacto psicossocial na saúde sexual e reprodutiva de mulheres infectadas pelo HIV e tendo por pressuposto o potencial da consulta de enfermagem para o levantamento ampliado das reais necessidades de saúde dessa clientela, propôs-se um projeto voltado ao cuidado de mulheres que vivem com HIV/aids, com enfoque em sua saúde sexual e reprodutiva. Este objetiva a proposição de intervenções de enfermagem que promovam a saúde, a melhoria da qualidade de vida, autonomia na tomada de decisões protetoras e empoderamento das mulheres.

Apresentamos, a seguir, uma breve retrospectiva de aspectos epidemiológicos, clínico-ginecológicos, impacto da infecção HIV na sexualidade das mulheres, discussão conceitual sobre necessidades de saúde e consulta de enfermagem, com a finalidade de contextualizar a experiência aqui relatada.

Segundo estimativas do *Joint United Nations Programme on HIV/ Aids (Unaid)*² 35,3 milhões de adultos e crianças viviam com HIV/aids em todo mundo em dezembro de 2012, sendo 1,5 milhões na América Latina. Do total de casos, 17,7 milhões eram mulheres. A aids foi responsável por 1,6 milhões de mortes em todo o mundo no ano de 2012².

O Brasil, acumulava um total de 686.478 casos de aids até junho de 2013, dos quais, 241.223 (35,1%) eram do sexo feminino. No ano de 2012, foram notificados 39.185 casos de aids e a taxa de detecção de casos em homens foi de 26,1/100.000 habitantes e de 14,5 em mulheres, com uma razão de sexos de 1,7 casos em homens para cada caso em mulheres.

¹⁵ Departamento de Enfermagem/ Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP Email-mtduarte@fmb.unesp.br

Desde o início da epidemia, a razão de sexos tem apresentado variações graduais ao longo do tempo, em 2005 atingiu seu menor valor (1,4), e, desde então, tem apresentado aumento. Estima-se que, aproximadamente, 718 mil indivíduos vivam com o HIV/aids no Brasil³.

No estado de São Paulo até junho de 2013, foram registrados 228.698 casos de aids, o que representa cerca de 33% do número de casos acumulados do país. Destes casos, 59.180 são mulheres com 13 anos ou mais de idade e a razão de sexos no Estado, desde 1996 é de 2/1⁴.

Com o crescimento da aids entre mulheres adolescentes e adultas jovens, manifestações ginecológicas continuam a desempenhar importante papel na transmissão da doença^{5,6}.

As doenças sexualmente transmissíveis (DST) e outras infecções do trato genital têm sido relacionadas à susceptibilidade aumentada à infecção pelo HIV, ao maior risco potencial de transmissão^{5,7-10}, bem como com a indução da replicação do HIV¹¹. Essa sinergia epidemiológica entre DST e HIV¹² tem sido demonstrada em numerosos estudos^{5,6,8-10}. O efeito de uma DST como cofator na transmissão do HIV foi demonstrado tanto para as DST ulcerativas^{9,12-13}, quanto para as não ulcerativas e outras infecções do trato genital feminino^{5,9,12}, com maior risco de soroconversão nas pessoas infectadas com DST ulcerativas^{9,12}, por se constituírem em porta de entrada para o microrganismo.

A imunossupressão crônica é fator de risco para o desenvolvimento e progressão de neoplasias cervicais uterinas, quando associada à infecção por tipos oncogênicos do HPV^{14,15}. Neste sentido, vários estudos demonstraram prevalência elevada de infecção pelo HPV em mulheres HIV positivas¹⁶⁻¹⁹ com risco aumentado de neoplasia intraepitelial cervical^{14,15}, além da alta prevalência de tipos oncogênicos de HPV no trato genital e concomitância de múltiplos tipos de HPV^{18,19}. A recorrência, persistência e progressão das lesões intraepiteliais cervicais foram estudadas por Napp et al.¹⁴, que relataram risco quatro vezes maior na recorrência e cinco vezes maior na progressão das lesões, nas mulheres infectadas pelo HIV e risco ainda maior naquelas com contagem de linfócitos T CD4+ menor que 200 células/mm³, concluindo que o *status* imunológico parece ser fator determinante no prognóstico das lesões intraepiteliais cervicais.

Inicialmente, o diagnóstico da infecção pelo HIV parecia implicar sentença de morte e, neste contexto, a vida sexual das pessoas infectadas parecia um tema secundário²⁰. Com o surgimento da TARV em 1996, que levou à relativa recuperação do estado de saúde dos pacientes, a questão de sua sexualidade começou a aparecer como um tópico de pesquisa nas ciências sociais e comportamentais²¹, demonstrando que há vários modos pelos quais a

infecção pelo HIV afeta a sexualidade²⁰⁻²³, além de observarem, também, que há prática de sexo inseguro entre pessoas infectadas pelo HIV²⁴⁻²⁵. Os estudos^{20,26} apontam que o diagnóstico da infecção pelo HIV/aids pode resultar em subseqüente perda da libido, cessação ou redução da atividade sexual e afetar a sexualidade das pessoas de forma mais subjetiva, como por exemplo, alterar a auto-imagem no sentido de se considerarem menos atraentes. O prazer sexual pode ser diminuído significativamente pela ansiedade relacionada à possibilidade de infectar outras pessoas, ou da reinfeção e, como resultado, pode haver também redução substancial no interesse pelo sexo.

A compreensão das razões para estas mudanças é extremamente limitada, assim como, das adaptações dos indivíduos às experiências sexuais²⁷. É necessário maior compreensão de como indivíduos HIV-positivos se sentem em face a estas mudanças, a fim de se promover e facilitar a sua adaptação à convivência com o HIV/aids.

A identificação das necessidades de saúde pelos profissionais, a partir da escuta qualificada da pessoa que busca o cuidado, tomando suas necessidades como centro das intervenções e práticas deve ser elemento central do trabalho em saúde²⁸.

Os serviços devem, então, criar espaços de emergência de necessidades, buscando “[...] *carecimentos pertencentes à vida cotidiana*”^{29:3} e, dessa forma, se organizar de modo a satisfazer não só as conhecidas, mas indo além, buscando a identificação de outras²⁹.

Considerando-se a complexidade do cuidado às mulheres que vivem com o HIV/aids, há necessidade de se resgatar uma prática clínica que não apenas decodifique questões biopsíquicas, mas também que reconheça valores de vida, condições sociais e formas de enfrentamento de problemas, adotando-se estratégias que possibilite conhecer, além dos sinais e sintomas biológicos, a sua maneira de “*andar na vida*”^{30:4}.

Ainda que se reconheça que a integralidade do cuidado só poderá ser alcançada com o trabalho em equipe, com o entrelaçamento dos seus múltiplos saberes e práticas, a atuação de cada profissional poderá promover a “integralidade focalizada”²⁸. Desta forma, as ações propostas não se restringirão à terapêutica medicamentosa, mas também a valorização do poder terapêutico da escuta e da palavra, da educação em saúde, do apoio psicossocial e do estímulo à autonomia dos sujeitos²⁸.

A consulta de enfermagem, exemplo de aplicação do Processo de Enfermagem em se tratando de atenção individual³¹, é um momento de encontro entre o indivíduo e o profissional da saúde e, dependendo da escuta realizada, poderá reconhecer uma série de condições que fazem parte da vida das pessoas e constituem-se nos determinantes dos perfis de saúde e doença²⁸. Contempla os seguintes passos do processo de enfermagem: histórico de enfermagem (inclui a entrevista e o exame físico), diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem e implementação da assistência e evolução de enfermagem. Dessa forma, tendo por princípio o conhecimento das necessidades de saúde para a proposição da prescrição e implementação da assistência de enfermagem³¹, permite assistência individualizada considerando as necessidades específicas de cada

pessoa. A sistematização da assistência de enfermagem nas instituições de saúde nacionais constitui-se em atividade privativa do enfermeiro e exigência legal do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)³².

A EXPERIÊNCIA DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO SAEI “DOMINGOS ALVES MEIRA”

O Serviço de Ambulatórios Especializados de Infectologia “Domingos Alves Meira” é vinculado à Fundação para o Desenvolvimento Médico e Hospitalar (FAMESP) e à Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB)-UNESP e se constitui em referência para o atendimento de pacientes com aids na microrregião de Botucatu, do Departamento Regional de Saúde de Bauru – DRS VI-Bauru, que compreende 30 municípios. O atendimento a pacientes infectados pelo HIV/aids iniciou-se em 1985 e hoje conta com equipe multiprofissional, com atuação transdisciplinar, favorecendo o cuidado integral dos pacientes.

A partir da prática clínica de cuidado à saúde da mulher e com outras populações que vivenciam doenças estigmatizantes sentimo-nos desafiadas a pesquisar a saúde sexual e reprodutiva de mulheres que vivem com HIV/aids. Para cumprir tal propósito, inicialmente nos dedicamos a prestar assistência de enfermagem de forma sistematizada a essa clientela, a partir de outubro de 2008.

Pautados nos princípios discutidos acima, propusemos e testamos instrumento de consulta de enfermagem que tem por base o processo de enfermagem proposto por Horta³³, que é fundamentado na Teoria das necessidades humanas básicas, porém ao invés das seis fases, foi adaptado para quatro: Histórico de Enfermagem; Levantamento das Necessidades de Saúde, Plano de cuidados e Evolução de Enfermagem.

O Histórico de Enfermagem compreende: dados de identificação; sociodemográficos (idade, cor da pele – autopercebida, estado conjugal, trabalho, renda, acesso à previdência social, composição familiar, rede de apoio); antecedentes pessoais (ano, forma de diagnóstico e via de infecção pelo HIV, uso e adesão a medicação antiretroviral, outras comorbidades e tratamentos, carga viral e contagem de linfócitos CD4+); antecedentes familiares (com especial atenção às doenças cardiovasculares, câncer de mama e de ovário); comportamentos e sexualidade (orientação sexual, número de parceiros sexuais na vida, nos últimos 12 meses e 3 meses, *status* sorológico do parceiro, prática de sexo em troca de benefícios, parceria eventual, tipo de prática sexual e uso de proteção, desejo e satisfação sexual, DST pregressa, uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas), antecedentes ginecológicos e obstétricos (idade da menarca, coitarca e menopausa, caracterização dos ciclos quanto

regularidade, periodicidade e fluxo, presença de dismenorréia, data da última menstruação, número de gestações, partos, abortos e cesárias, desejo de ter filhos e método contraceptivo); comportamentos preventivos (data da última citologia oncótica e mamografia) e queixas atuais.

Com esses dados buscamos responder as seguintes questões: Quem é essa mulher? Como ela vive? Como está lidando com a doença? Quais os riscos e vulnerabilidade à aquisição de DST e reinfecção pelo HIV? Como está sua vida sexual hoje? Quais são seus desejos e expectativas reprodutivas?

Para a detecção de anormalidades e confirmação de sinais e sintomas referidos é realizado o exame físico geral e especial. Neste último, enfoca-se a avaliação das mamas e dos genitais. No exame dos genitais procede-se à inspeção dos órgãos externos e internos, atentando-se para a presença de lesões sugestivas de DST e displasias. O exame especular permite a aferição do pH vaginal, realização da prova de aminas e coleta de conteúdo vaginal para realização de bacterioscopia corada pelo método de Gram e de secreção cervical para citologia oncótica tradicional. Complementa-se a análise com o teste de Schiller e toque combinado.

Apresentam-se, a seguir, o perfil sociodemográfico, clínico e comportamental das mulheres atendidas e os principais problemas/necessidades de saúde identificados nas consultas de enfermagem e que foram sistematizados, envolvendo o período de atendimento de 2008 a 2010.

Foram atendidas 184 mulheres predominantemente entre 30 a 59 anos de idade (83,1%), brancas (71,7%), casadas ou em união estável (49,5%) e com baixo nível de escolaridade, demonstrado pelo percentual de mulheres com menos de oito anos de estudo (56,5%). Ainda no contexto sociodemográfico, 37,5% das mulheres não realizavam atividade remunerada e 42,9% não tinham acesso à previdência social. Dentre as 93 (50,5%) mulheres inseridas no mercado de trabalho, 76 (81,7%) estavam exercendo suas atividades profissionais no momento da consulta, sendo as ocupações predominantes relacionadas à prestação de serviços (55,3%) e 17 (18,3%) encontravam-se afastadas por morbidades associadas à aids.

As mulheres atendidas procediam de 45 municípios do interior do Estado de São Paulo.

A análise do perfil clínico-laboratorial relativo à infecção pelo HIV demonstrou que a mediana do tempo de diagnóstico da soropositividade para HIV foi de oito anos (1 semana-23 anos), sendo que 30,4% (56/184) das mulheres tinham 10 anos ou mais e 79,9% (147/184) faziam uso de terapia antirretroviral. A mediana das contagens de linfócitos T

CD4+ foi de 488 células/mm³ (4-1.678) e 55,4% (102/184) carga viral plasmática do HIV indetectável.

Com relação à orientação sexual, a grande maioria das mulheres (97,8%) declarou ser heterossexual e quatro (2,2%), bissexual.

A mediana de idade, à primeira relação sexual, foi de 17 anos (9-38). Predominaram as mulheres (45,0%) com idade à coitarca ente 15 e 17 anos, embora, 36 (19,8%) a tiveram com 14 anos ou menos.

A maioria (65,8%) das mulheres relatou parceria sexual fixa, assim como, ter tido cinco ou mais parceiros sexuais ao longo da vida (59,2%). A mediana do número de parceiros sexuais em toda vida foi de cinco (1-100), excetuando-se as 19 (10,3%) mulheres que referiram ter praticado sexo em troca de dinheiro ou drogas em algum momento da vida. A maioria das mulheres (63,5%) referiu parceria única e 59 (32,1%) não ter tido atividade sexual nos últimos três meses que antecederam à entrevista. Quanto ao *status* sorológico do parceiro em relação ao HIV, 57 (31,0%) mulheres referiram que seus parceiros eram soropositivos e 19 (10,3%) não ter parceria fixa no momento da entrevista.

Considerando-se aspectos relativos à reprodução, 77,7% (143/184) das mulheres encontravam-se na menacme e 90,7% delas declararam ter filhos, em média 2,6 (*sd* =1,8).

O perfil das mulheres, segundo o consumo de substâncias nos doze meses que antecederam a entrevista, revelou que 20 (10,9%) utilizavam pelo menos uma droga, excluindo-se o álcool e o tabaco. Uso de maconha foi relatado por 8,2% das mulheres, cocaína inalatória por 3,3% e *crack* por 7,1%. Houve relatos de uso combinado dessas drogas.

Uso diário ou mais de uma vez na semana de álcool foi relatado por 12,5%, sendo que do total das mulheres atendidas, 42,9% eram tabagistas.

Com relação à categoria de exposição ao HIV, a grande maioria das mulheres (94,0%) referiu a via sexual como forma de infecção, quatro (2,2%) a via sanguínea e sete (3,8%) referiram ignorar a forma pela qual foram infectadas. Dentre as 173 mulheres que referiram a via sexual como categoria de exposição ao HIV, 155 (84,2%) foram contaminadas por seus parceiros ou ex-parceiros fixos.

O diagnóstico da infecção pelo HIV ou aids para a maioria das mulheres se deu a partir do seu próprio adoecimento (27,2%) ou do seu parceiro (26,6%) e apenas 15 (8,1%) mulheres foram testadas a partir da autopercepção de risco.

PRINCIPAIS PROBLEMAS/NECESSIDADE DE SAÚDE/CUIDADOS DETECTADOS

- A não aceitação da doença pelas pessoas do próprio convívio foi relatada por praticamente todas as mulheres atendidas, referindo-se ao preconceito e consequente

discriminação que grande parte da sociedade manifesta. Algumas mulheres relataram vivências nesse sentido, apontando-as, como causa de grande sofrimento, como por exemplo: *“A rejeição foi a pior coisa que já passei na vida”. “O preconceito é muito pior que a doença”!*

- Algumas mulheres relataram não aceitar o fato de terem aids ou estarem infectadas pelo HIV, apontando que essa condição causou estagnação em suas vidas: *“Quando descobri minha doença, me senti um lixo...meu sonho de felicidade morreu ali. Não tenho mais ânimo”.*

- Baixa auto-estima.

- Manifestação de sentimentos negativos como solidão, medo, insegurança, tristeza, raiva, dentre outros, levando em alguns casos ao isolamento social.

- Alteração da imagem corporal.

- A temática da violência sexual e/ou doméstica foi trazida por várias mulheres como um trauma sofrido no passado, ainda não superado, sendo que para algumas, essa vivência ainda era presente: *“Quando ele usa droga, ele me pega a força, sinto muita dor, às vezes até sangra, mas eu tenho muito medo dele, tenho medo que me mate”.*

- Grande maioria (71,2%) das mulheres referiram mudanças na vida sexual relacionadas ao conhecimento de sua condição sorológica positiva em relação ao HIV como: inatividade sexual, diminuição ou ausência de desejo sexual, diminuição na frequência de relações sexuais, impacto negativo no prazer sexual, mudanças nas práticas sexuais e alteração na frequência das relações sexuais.

- Dificuldades para iniciar/manter um relacionamento, exemplificada nos relatos: *“Não tenho vida sexual, porque tenho medo de passar a infecção para outra pessoa. Tenho receio de contar. Não acho certo iniciar um relacionamento e não contar, e também, não quero ficar contando pra todo mundo”.*

- Sexo desprotegido: 60/136 mulheres não utilizavam preservativos na prática sexual vaginal, 35/48 no sexo oral e 10/32 na prática anal. Para a maioria das mulheres o não uso do preservativo se dava devido à dificuldade de negociação com o parceiro.

- Uso irregular da medicação antiretroviral.

- Uso abusivo de álcool e drogas ilícitas e tabagismo.

- Alterações da flora vaginal: vaginose bacteriana (35,3%), flora vaginal intermediária (5,2%), candidose vaginal (6,0%), vaginose bacteriana em associação com candidose (4,3%) e outras alterações de flora (5,2%).

- Doenças sexualmente transmissíveis: infecção pelo HPV (83,6%), tricomoníase (14,7%), infecção pela *Chlamydia trachomatis* (24,6%) e sífilis (1,1%).

- Realização de citologia oncótica na periodicidade menor do que a recomendada (52,0%).

- Alteração na citologia oncótica: Lesão intraepitelial de baixo grau (12,5%), lesão intraepitelial de alto grau (4,9%), Atipias em células escamosas ASC-US (3,3%), atipias em células glandulares (0,5%).

- Desejo de engravidar (29,4%).

Considerando os principais problemas/necessidades de saúde/cuidados identificados o plano de cuidados foi dirigido à educação em saúde, aconselhamento e estabelecimento de propostas partilhadas no sentido da incorporação de ações protetoras, assim como, relacionadas à facilitação do convívio social e para melhorar a adesão ao tratamento. Neste sentido, buscando o empoderamento das mulheres, entendido como um processo pelo qual as pessoas adquirem o domínio sobre suas vidas, apreendendo conhecimento para tomar decisões acerca de sua saúde³⁴. Foram realizados encaminhamentos para tratamento das DST, alteração de flora vaginal e das lesões do colo uterino, para grupo de cessação do tabagismo, assim como, para outros profissionais da equipe de saúde.

A partir da experiência da sistematização da assistência de enfermagem com a identificação das necessidades acima apresentadas e com vistas a oportunizar espaço para discussão sobre a sexualidade das mulheres que vivem com HIV/aids, assim como, incrementar ações educativas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva, desenvolvemos um projeto de extensão universitária denominado “O Feminino em Revista”. Este, além de manter as consultas de enfermagem, proporciona atividades educativas em sala de espera e grupo de sexualidade, com abordagem psicodramática.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sistematização desta experiência permitiu constatar a manutenção de características pessoais e dos contextos socioculturais, econômicos e clínicos que as tornaram mais vulneráveis às DST e infecção pelo HIV. Destaca-se a importância de “dar voz” às mulheres a fim de proporcionar atenção integral e individualizada. A valorização da subjetividade do indivíduo, busca a produção de saúde, por meios curativos, preventivos e de reabilitação, e contribuir para a ampliação da autonomia dos usuários. O grau de autonomia se eleva com o aumento da capacidade dos usuários de compreenderem e atuarem sobre si mesmos e sobre o mundo da vida, e assim, pode ser medido pela capacidade do autocuidado, da compreensão do processo saúde/doença e do uso do poder de estabelecimento de compromisso e contrato com outros³⁵.

Destaca-se que em muitos momentos a principal ação de enfermagem foi colocar-se a disposição para ouvir suas histórias de vida e buscar fazê-las perceberem-se capazes de sonhar e de construir caminhos para alcançar seus objetivos.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Brasília: MS; 2004.
2. UNAIDS/WHO [Internet]. 2013 Global Report Epidemiology Slides. Geneva: UNAIDS/WHO; 2013 [Acesso 14 abr 2014]. Disponível em: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/201309_epi_core_en.pdf.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Bol Epidemiol [Internet] 2013 até semana epidemiológica 26ª dezembro de 2013 [acesso 14 abr 2014]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55559/_p_boletim_2013internet_pdf_p_51315.pdf.
4. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Coordenadoria de Controle de Doenças. Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids – CRT-DST/AIDS-SP. Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo. Bol Epidemiol DST/AIDS [Internet]. Julho de 2012 a 30 de Junho de 2013 [acesso 14 abr 2014]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/crt/vig.epidemiologica/boletim-epidemiologico-crt/boletim2013.pdf?attach=true>.
5. Helfgott A, Eriksen N, Bundrick M, Lorimor R, Eckhout V. Vaginal infections in human immunodeficiency vírus-infected women. *Am J Obstet Gynecol*. 2000;183:347-55.
6. Campos A, Amaral E, Levi J E, Portugal P, Villarroel M, Bezerra KC, et al. Carga Viral de HIV em mulheres brasileiras infectadas pelo HIV. *Rev Assoc Med Bras*. 2008;54(1):67-71.
7. Duerr A, Heilig CM, Meikle SF, Cu-Uvin S, Klein RS, Rompalo A, et al. Incident and persistent vulvovaginal candidiasis among human immunodeficiency virus-infected women: risk factors and severity. *Obstet Gynecol*. 2003;101:548-56.
8. Risser WL, Bortot AT, Benjamins LJ, Feldmann JM, Barratt MS, Eissa M, et al. The epidemiology of sexually transmitted infections in adolescents. *Semin Pediatr Infect Dis*. 2005;16:160-7.
9. Hanson J, Posner S, Hassig S, Rice J, Farley TA. Assesment of sexually transmitted diseases as risk factors for HIV seroconversion in a New Orleans sexually transmitted disease clinic, 1990-1998. *Ann Epidemiol*. 2004;15:13-20.
10. Jamieson D, Duerr A, Klein R, Paramsothy P, Brown W, Cu-Uvin S, et al. Longitudinal analysis of bacterial vaginosis: findings from the HIV Epidemiology Research Study. *Obstet Gynecol*. 2001;98:656-63.
11. Moriuchi M, Moriuchi H, Willians R, Straus SE. Herpes simplex virus induces replication of human immunodeficiency virus typo 1. *Virology*. 2000;278:534-40.
12. Vermund SH, Wilson CM, Rogers AS, Partlow C, Moscicki AB. Sexually transmitted infections among HIV infected and HIV uninfected high-risk youth in the REACH study. *J Adolesc Health*. 2001;29 Suppl 3:49-56.

13. Sagay AS, Kapiga SH, Imade GE, Sankale JL, Idoko J, Kanki P. HIV infection among pregnant in Nigeria. *Int J Gynecol Obstet*. 2005;90:61-7.
14. Nappi L, Carriero C, Bettocchi S, Herrero J, Vimercati A, Putignano G. Cervical squamous intraepithelial lesions of low-grade in HIV-infected women: recurrence, persistence, and progression, in treated and untreated women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2005;121:226-32.
15. Heard I, Tassie JM, Schmitz V, Mandelbrot L, Kazatchkine MD, Orth G. Increased risk of cervical disease among human immunodeficiency virus-infected women with severe immunosuppression and high human papillomavirus load. *Gynecol Oncol*. 2000;96:403-9.
16. Bongain A, Rampal A, Durant J, Michiels JF, Dellamonica P, Gillet JY. Cervical intraepithelial neoplasia in women infected with human immunodeficiency virus. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1995;65:195-9.
17. Palefsky JM, Minhoff H, Kalish LA, Levine A, Sacks HS, Garcia P, et al. Cervicovaginal human papillomavirus infection in human immunodeficiency virus-1 (HIV)-positive and high-risk HIV-negative women. *J Natl Cancer Inst*. 1999;91:226-36.
18. Volkow P, Rubi S, Lizano M, Carrillo A, Vilar-Compte D, Garcia-Carrancá A, et al. High prevalence of oncogenic human papillomavirus in the genital tract of women with human immunodeficiency virus. *Gynecol Oncol*. 2001;82:27-31.
19. Levi JE, Fernandes S, Tateno AF, Motta E, Lima LP, Eluf-Neto J, et al. Presence of multiple human papillomavirus types in cervical samples from HIV-infected women. *Gynecol Oncol*. 2004;92:225-31.
20. Schiltz MA, Sandfort GM. HIV-positive people, risk and behaviour. *Soc Sci Med*. 2000;50:1571-88.
21. Troussier T, Tourette-Turgis C. La qualité de la vie sexuelle et affective favorise la prévention chez les personnes vivant avec le VIH. *Sexologies*. 2006;15:165-75.
22. Siegel K, Schrimshaw EW, Lekas HM. Diminished sexual activity, interest, and feelings of attractiveness among HIV-infected women in two eras of the AIDS epidemic. *Arch Sex Behav*. 2006; 35(4):437-49.
23. Galvão MTG, Cerqueira ATAR, Marcondes-Machado J. Avaliação da qualidade de vida de mulheres com HIV/AIDS através do HAT-Qol. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20:430-7.
24. Moore AR, Oppong J. Sexual risk behavior among people living with HIV/AIDS in Togo. *Soc Sci Med*. 2006;64:1057-66.
25. Santos NJS, Buchalla CM, Fillipe EV, Bugamelli L, Garcia S, Paiva V. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. *Rev Saúde Pública*. 2002;36 Supl 4:12-23.
26. Freitas MRI, Gir E, Rodrigues ARF. Compreendendo a sexualidade de indivíduos portadores de HIV-1. *Rev Esc Enferm USP*. 2000;34(3):258-63.
27. Reis RK, Gir E. Convivendo com a diferença: o impacto da sorodiscordância na vida afetivo-sexual de portadores do HIV/AIDS. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(3):759-65.
28. Cecílio, LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO; 2001. p113-26.
29. Schraiber LB, Mendes-Gonçalves RB. Necessidades de saúde na atenção primária. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB. *Saúde do adulto: programas de ações na unidade básica*. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2000. p29-47.

30. Fracolli LA, Bertazolli MR. A abordagem do processo saúde-doença das famílias e do coletivo. In: Fracolli LA, Bertazolli MR. Manual de Enfermagem. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. p.4-8.
31. Nogueira MJC. O processo de enfermagem em enfermagem comunitária: uma proposta. Rev Paul Enferm 1993; 3(1): 15-20.
32. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução 358/2009: Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem. [acesso 14 abr 2014]. Disponível em: <http://www.portalfcofen.gov.br>
33. Horta WA. Processo de Enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.
34. Taddeo OS, Gomes KWL, Caprara A, Gomes AMA, Oliveira GC, Moreira TMM. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. Ciênc. saúde coletiva 2012; 17(11): 2923-30.
35. Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. Cienc Saúde Coletiva 2007; 12(4): 849-59.