

AIDS em mulheres e o cuidado da enfermagem: uma revisão da literatura

(AIDS in women and nursing care: a review of the literature)

Gisleangela Lima Rodrigues Carrara¹; Aline Cristina da Silva²; Natália Mantovani Neves²; Rejiane dos S. Pereira²

¹Docente – Centro Universitário UNIFAFIBE – Bebedouro SP
gisacolina@yahoo.com.br

²Graduação – Centro Universitário UNIFAFIBE – Bebedouro SP
acristines@hotmail.com; nati.juliacarolina@hotmail.com; resampe@hotmail.com

Abstract. *This study summarizes in such objectives: to identify the evidence available in the literature about the approach of nurses in the prevention and treatment of HIV / AIDS in women. As well as aspects that involve the same susceptibility to the disease. This is a descriptive exploratory review articles relevant to the topic, the study shows the epidemic of HIV / AIDS in women and describes the vulnerability of contagion, also cites the main type of treatment and awareness to follow this correctly and have greater quality of life, so it is concluded that the studies used in this research point to the nurse or the nursing staff and health as major quality of life of these women, because they have direct contact with them.*

Keywords. *HIV/AIDS Women, nursing care, Acquired Immunodeficiency Syndrome, Brazil.*

Resumo. *O presente estudo resume em tais objetivos: identificar as evidências disponíveis na literatura pesquisada sobre a abordagem dos enfermeiros na prevenção e tratamento do HIV/AIDS em mulheres. Assim como os aspectos que envolvem a suscetibilidade das mesmas à doença. Trata-se de um estudo descritivo de cunho exploratório com revisão de artigos pertinentes ao tema, o estudo mostra a epidemia de HIV/AIDS em mulheres e descreve a vulnerabilidade do contágio, cita também o principal tipo de tratamento e a conscientização desta para seguir corretamente e ter maior qualidade de vida, assim conclui-se que nos estudos utilizados nesta pesquisa apontam o enfermeiro ou a equipe de enfermagem e de saúde como peças importantes na qualidade de vida destas mulheres, pois estes tem contato direto com as mesmas.*

Palavras-chave. *HIV/AIDS Mulheres, assistência de enfermagem, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, Brasil*

1. Introdução

Há mais de 20 anos convivemos com uma grande epidemia de AIDS no Brasil. E com o passar dos tempos veem se descobrindo mais formas de transmissão, tratamento com medicamentos e maneiras de conviver com o vírus.

HIV é a sigla em inglês do vírus da imunodeficiência humana. Causador da AIDS, ataca o sistema imunológico, responsável por defender o organismo de doenças. As células mais atingidas são os linfócitos T CD4+. E é alterando o DNA dessa célula que o HIV faz cópias de si mesmo. Depois de se multiplicar, rompe os linfócitos em busca de outros para continuar a infecção (BRASIL, 2010).

A epidemia da síndrome da imunodeficiência adquirida, a AIDS, teve início nos anos 1980 acometendo pessoas que tinham em comum o fato de serem jovens, a maioria homens homo e bissexuais. Pouco tempo depois foram identificados casos entre usuários de drogas endovenosas, hemofílicos, parceiros heterossexuais de portadores do HIV e crianças filhas de mulheres com vida sexual promíscua ou usuárias de drogas (CARNEIRO et al., 2010).

O fato mais intrigante é que nesse contexto o perfil das pessoas infectadas vem se modificando, como no caso, observa-se o grande aumento da infecção em mulheres, como donas de casa, mães de família que foram infectadas sem sair das suas casas, sendo este o objeto do nosso estudo.

A evolução das epidemias para o sexo feminino, pode ser observada em três fases distintas para o risco de infecção para o HIV/AIDS a primeira fase foi até o ano de 1986 onde a transmissão era por via sexual que era a mais frequente, sendo neste momento as parceiras homens que tinham relações com outros homens, neste momento também era relevante a transmissão por transfusão sanguínea, a segunda fase ocorreu no final dos 80 anos começo da década de 90 onde o uso de drogas injetáveis aparece como um fator importante para o contágio do HIV e a terceira fase da início na década de 90 até os dias atuais onde o predomínio da doença dá-se pelo predomínio da relação heterossexual como forma de transmissão do HIV para as mulheres (SANTOS et al.; 2009).

Segundo Martins et al. (2008), o número de casos de mulheres acometidas pelo o HIV/AIDS vem crescendo acentuadamente em 1986 o número de casos notificados era de

5%, e nos últimos anos esses número subiram para 30%, e as mulheres que convivem com esta doença sofre algumas mudanças em suas vidas e na vida familiar.

Carneiro et. al. (2010), afirmam que a partir da década de 90 o perfil epidemiológico modificou-se e a principal via de transmissão passou a ser heterossexual de homem para mulher ou vice e versa, o que aumentou significativamente o número de mulheres portadoras da doença.

A maior proporção de mulheres infectadas pelo HIV é pelo contágio via sexual, estes acontecerem por contatos esporádicos mediante serviços sexuais remunerados, e a grande proporção em relações sexuais praticadas com seus próprios parceiros, a vulnerabilidade para aquisição do HIV está mediante a relação desprotegida, o que faz levantar uma questão de diversos aspectos que estão ligados a natureza feminina, como o casamento, a maternidade, a sexualidade e a questão de gênero (CARVALHO; GALVÃO, 2010).

Além da vulnerabilidade apontada quanto ao risco e à exposição à infecção do HIV, as pessoas acabam por se tornar estigmatizadas e desprezadas pela sociedade.

Pois a Organização Mundial de Saúde aponta que as pessoas que vivem com HIV/AIDS enfrentam um conjunto de problemas específicos. Muitos pacientes têm que conviver com o estigma e a discriminação, incluindo os países com uma alta prevalência onde o HIV atinge um grande número de indivíduos da população. As pessoas são reticentes a falar de seu estado de infectado, o qual contribui para aumentar seus sentimentos de isolamento (CARVALHO; GALVÃO, 2008).

Abordar HIV em mulheres parece uma tarefa fácil, de fato não é, pois estamos abordando e envolvendo questões relacionadas ao casamento, família, maternidade, aspectos íntimos e delicados de natureza totalmente feminina, e isso trazem inúmeros sentimentos e olhares diferenciados ao assunto, sendo este então o objeto deste estudo.

2 Revisão da literatura

2.1 A vulnerabilidade para o HIV em mulheres

O primeiro caso de AIDS registrado em mulher no Brasil ocorreu em 1983 em São Paulo. Em 1985 registrava-se o primeiro caso de transmissão vertical ou perinatal, quando a mãe infectada transmite o HIV para o filho. O crescimento do número de casos em mulheres

provocou significativa mudança no perfil epidemiológico da epidemia de AIDS no Brasil (FOCACACCIA; VERONESE, 2004).

A vulnerabilidade da mulher é maior que a do homem em relação ao HIV/AIDS, entre os fatores que comprovam isto estão às razões anatômicas, a dependência social, emocional e o desfavorecimento no diagnóstico e assistência tardios nas mulheres o que tem levado a uma redução na taxa de sobrevivência e na qualidade de vida, mesmo mediante aos avanços na terapia antirretroviral (CARVALHO et al., 2008).

Guedes et al. (2009) afirmam também que a mulher está mais vulnerável ao HIV/AIDS pelo fato de sofrer opressão por parte de seus parceiros, tendo baixo poder de escolha nas decisões nas relações afetivo-sexuais, e submetendo-se as situações de risco para adquirirem o HIV/AIDS.

Santos et al. (2009), demonstram que o perfil de casos notificados de AIDS em mulheres que acontece no país remete à alguns fatores que contribuem para a vulnerabilidade, o fato de que as mulheres terem um menor nível de escolaridade que os homens em situação igual, entendida como uma condição socioeconômica menos privilegiada que eles, e ainda o fato de exposição maior que está relacionada a multiplicidade de parceiros sexuais.

Sabendo disso entendemos que a mulher é mais suscetível que o homem, passando despercebido aos olhos de muitos, já que o HIV/AIDS está escondido por trás de inúmeras doenças.

A percepção de suscetibilidade à infecção pelo HIV em mulheres descreve a severidade da doença, identificando barreiras para adesão e ações preventivas da infecção pelo HIV, verificando a adoção das ações preventivas de transmissão do HIV pela via sexual ativa (PRAÇA; SOUZA; RODRIGUES, 2010).

Vargens, Santos e Rangel (2010) apontam que durante anos observou-se que a mulher foi excluída dos programas de prevenção do HIV/AIDS e ainda, por um longo tempo o SUS não planejou programas voltados especificamente para a saúde da mulher, e os aspectos abordados pelo SUS eram sempre direcionados à saúde materno-infantil. Fato este que colaboraria com o aumento dessa suscetibilidade.

Paiva e Galvão (2009), afirmam que, do ponto de vista biológico, e por razões anatômicas, as mulheres são mais suscetíveis que os homens à transmissão do HIV. Pois, em virtude de apresentar grande superfície de mucosa vaginal que se expõe ao sêmen, o qual, por

sua vez, contém maior concentração de vírus que o fluido vaginal, a mulher tem o dobro do risco de contrair o vírus em comparação ao homem.

As autoras acima citadas apontam ainda que, as novas possibilidades terapêuticas no controle da infecção pelo HIV e para a redução da taxa de transmissão vertical têm reforçado a esperança de vida entre as mulheres infectadas, e estas circunstâncias influencia nas decisões relativas ao planejamento familiar, notadamente na decisão de ter ou não ter filhos.

Carneiro et al. (2010) afirmam ainda que as mulheres são mais vulneráveis a infecção pelo HIV do que os homens, pois para elas são atribuídos papéis na sociedade de mães, esposa, cuidadora assim como suas relações de submissão e de dependência econômica aos parceiros o que dificulta o acesso as informações adequadas sobre a doença suas formas de contágio e medidas preventivas, aumentando sua exposição.

Outro fator que contribui para a feminização da AIDS é o mito do relacionamento estável, que ultrapassa a crença pessoal das mulheres, atingindo, também, os profissionais de saúde, uma vez que muitos não atribuem risco de infecção às mulheres monogâmicas. Embora a monogamia seja considerada um fator de proteção a DST/HIV/AIDS, atribuir vulnerabilidade à contaminação apenas às mulheres com múltiplos parceiros é um equívoco, pois a mulher pode ser monogâmica, mas seu parceiro ter parceria múltipla, mantendo-a vulnerável (GUEDES et al., 2009).

O eclodir deste vírus no Brasil, traz às pessoas não infectadas a vulnerabilidade do contágio, porém a vulnerabilidade individual diz respeito ao acesso a informação, aos serviços de saúde e o grau de conhecimento sobre a doença.

2.2 Quebrando o “Tabu” do HIV com as mulheres ou desmistificando o HIV para mulheres

A epidemia global de AIDS que hoje vivemos teve seus primeiros casos relatados na literatura médica no início de 1981, nos Estados Unidos, tantos anos após já temos mais que um milhão de casos registrados no mundo todo, a contaminação não para de crescer, estima-se que as comunidades que ainda não enfrentaram um dia enfrentarão, pois a AIDS não encontrou nada que detivessem sua contaminação (FOCACIA; VERONESE, 2004).

Somente na década de 90 os estudos apontaram o crescimento da AIDS em Mulheres por transmissão heterossexual, e começaram, então, a surgir organizações não governamentais

(ONGs) e grupos feministas quebrando a resistência e a timidez com que se tratava a questão mulher e AIDS (VARGENS; SANTO; RANGEL, 2010).

A confirmação de soropositividade para o HIV configura um momento impactante, por ser a AIDS, uma doença grave e estigmatizada (CUNHA, 2010).

Carvalho e Galvão (2010), apontam que diante da descoberta do diagnóstico de AIDS, a mulher experimenta sentimentos de incerteza e insegurança, levando a viver um momento de crise após o conhecimento do seu diagnóstico.

Dessa forma, é importante, o enfermeiro não abordar apenas aspectos biológicos do problema, e sim problematizar a sua complexidade, pois, desse modo, permite a apropriação e identificação por parte das mulheres de baixa renda sobre sua vulnerabilidade (LE MOS; FIUZA; GALVÃO, 2011).

E assim tratamos o assunto com convicção das verdades e mitos envolvidos, porem sempre enfocando os cuidados de enfermagem nas mulheres infectadas, a fim de trazer melhorias na qualidade de vida destas mulheres.

2.3 O tratamento do HIV para as mulheres

No Brasil, até 2004, 10 milhões de pessoas eram portadoras de alguma DST, quanto ao HIV/AIDS, até junho de 2006, aproximadamente 433 mil casos haviam sido notificados desde o primeiro registrado no país, em 1980, no Brasil, apenas a sífilis congênita e a AIDS são DST de notificação compulsória, o que gera uma inexistência de dados fidedignos sobre a real prevalência das DST no país (GUEDES et al., 2009).

As medicações antirretrovirais passaram a ser oferecidas no Brasil em meados de 1992 (GEOCZE et al., 2010).

Diante os dados apontados acima podemos considerar que muitas dessas pessoas estão infectadas sem fazer o tratamento específico para AIDS, aumentando assim as possibilidades de disseminação da doença.

A Terapia Antirretroviral Combinada de Alta Potência (HAART) foi introduzida no sistema de saúde brasileiro em novembro de 1996 como parte da política nacional de livre acesso aos serviços de saúde e medicamentos e é oferecida para toda a população com indicação de tratamento, isso possibilitou uma diminuição de 33% da mortalidade após a introdução da HAART, a qual tem se mantido estável (GEOCZE et al., 2010).

Após a introdução da HAART, AIDS tornou-se uma doença crônica, sendo como resposta ao tratamento (sucesso ou falha), e esta situação condicionada a uma série de fatores interdependentes que afetam a chamada “adesão terapêutica”. A não adesão ao tratamento resulta em replicação viral persistente, resistência viral e falha do projeto terapêutico, tornando-se um problema tanto individual quanto de saúde pública (LEITE; PAPA; VALENTINI, 2011).

Costa, Zago e Medeiros (2009) confirmam que a terapia antirretroviral de alta atividade trouxe maior qualidade de vida às pessoas que vivem com HIV/AIDS. No entanto, as pesquisas mostram outro retrato, a marca do corpo, a imagem a ser cuidada e zelada, com o surgimento dos efeitos colaterais produzidos pelos inibidores como: lipodistrofia, riscos de doenças cardiovasculares, dislipidemia, hiperglicemia como fatores coadjuvantes do viver com o HIV/AIDS.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2010), o conceito de qualidade de vida é definido como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Mesmo diante da afirmativa de Costa, Zago e Medeiros (2009), temos que ter uma visão global melhorada sobre o tratamento da AIDS, incentivando e apoiando as pessoas infectadas a aderirem o tratamento, visando sua vida como prioridade.

O apoio dado às pessoas que vivem com o Vírus HIV, para que elas melhorem a adesão terapêutica, não pode ser feito sem um olhar global, que leve em conta os sentimentos do indivíduo em relação à doença, suas condições de vida, motivações, barreiras e obstáculos e continuidade do tratamento (LEITE; PAPA; VALENTINI, 2011).

Geocze et al. (2010) confirmam que a adesão à HAART melhora os resultados clínicos, controla o avanço da doença e diminui a taxa de mortalidade, o que, supostamente, deveria resultar em uma melhoria da qualidade de vida dos pacientes. Em contrapartida a esses benefícios, os efeitos colaterais da HAART incluem fadiga, náuseas, vômitos, diarreia e lipodistrofia. Esses sintomas contribuem para a descontinuidade da medicação, que resulta no aumento da carga viral no sangue, isso pode aumentar a resistência do HIV aos medicamentos, resultando em uma falha no tratamento, infecções oportunistas e desperdício de investimento.

Portanto, os profissionais de saúde tem como prioridade contribuir com a vida, então temos como obrigação trabalhos incentivadores as pessoas que necessitam deste tratamento, a aderirem com frequência e assim ter maior estabilidade de vida.

2.4 Atuação da atenção básica na prevenção e tratamento do HIV em Mulheres

Durante muitos anos a AIDS foi tratada apenas como modelo de transmissão masculino, e sabendo que a infecção acontece por via sexual, as mulheres foram excluídas da educação em saúde pelas campanhas, e com isso houve um aumento importante de mulheres contaminadas pelo HIV/AIDS, pois esqueceram que as prostitutas eram parte integrante de um determinado grupo chamado de risco (RANGEL, 2010).

Sendo assim, o HIV/AIDS foi cada dia mais se alojando nas pessoas sem meios de conscientização, não trataram a doença de forma primária.

Como a questão do HIV é de saúde pública o Programa Saúde da Família (PSF), é um agente importante de estratégia para intensificar as ações de promoção e prevenção da infecção e abordar junto aos portadores seus direitos civis e humanos e com isto garantir uma qualidade de vida adequada com respeito e dignidade (FERREIRA; NICHAT, 2008).

Com a qualificação e ampliação do atendimento clínico-ginecológico no cuidar de mulheres portadoras do HIV e outras DSTs tem se fortalecendo por meio de estratégias de fortalecimento na atenção básica por meio do Programa de Atenção integral a Saúde da Mulher (PAISM), esta ocorre de uma forma mais humanizada, por poder observar as variações epidemiológicas, socioculturais, demográficas nas mulheres brasileiras frente a soropositividade do HIV (BOTTI et al., 2009).

Este programa representa o marco da trajetória dos programas de saúde da mulher, pois foi a partir de sua elaboração que os serviços de saúde passaram a atuar proporcionando medidas de prevenção e promoção da saúde do feminino como MULHER e não apenas como mãe (VARGEM; SANTOS; RANGEL, 2010)

É preciso entender-se com urgência a necessidade da elaboração de estratégias preventivas voltadas, tanto para mulheres como para homens em um processo de mudança, buscando fazer com que ambos entendam a necessidade da prevenção e de desconstrução e reconstrução das relações de gêneros (RANGEL, 2010).

A Educação em saúde plano visa nortear a implantação e a implementação de ações nos níveis federal, estadual e municipal, sendo o objetivo central a promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva, por meio do desenvolvimento de ações intersetoriais com capacidade para acelerar o acesso aos insumos de prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento das DSTs/Aids, para as mulheres das diferentes regiões de nosso país. Estima-se que este plano seja mais um instrumento na luta pela conquista da igualdade e da cidadania plena das mulheres brasileiras, beneficiando a população envolvida (CARVALHO et al,2008)

A PAISM inclui textualmente em relação às DSTs/AIDS o seguinte objetivo: promover, conjuntamente com o DST/AIDS a promoção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV na população feminina ofertando uma assistência ampla a todas as necessidades das mulheres em todas as fases de sua vida (BRASIL, 2004 apud LIMA, 2012).

Segundo Henriques e Lima (2009), um dos objetivos principal do PAISM e consolidar por meio de ampliação e qualificação clínico-ginecológica, inclusive para cuidar das portadoras da infecção HIV e outras DSTs, por meio de estratégias que fortalecem a atenção básica no cuidar com as mulheres.

Isto nos revela que o PAISM está acompanhando as variações epidemiológicas, demográficas e socioculturais da população de mulheres brasileiras (HENRIQUES; LIMA, 2009).

Para Vargens, Santos e Rangel (2010), a possibilidade de mudanças referentes ao preconceito, a estigmatização e a melhoria no atendimento à saúde da mulher com soropositividade para o HIV está ligada a educação, e não somente educação em saúde, mas também ao que diz respeito a seus direitos e seus conhecimentos sobre HIV AIDS.

Para Carvalho et al. (2008), o concernente às diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, conforme consta os Sistema Único de Saúde (SUS) deve estar orientado e capacitado para a atenção integral à saúde da mulher, numa perspectiva que contemple a promoção da saúde, as necessidades de saúde da população feminina, o controle de patologia mais prevalentes nesse grupo e a garantia do direito à saúde como preconiza o Ministério da Saúde.

Na atual política de Saúde para a Mulher propõe contemplar, em princípios e diretrizes, fatores relacionados à promoção e humanização da saúde. Rompendo o enfoque biologistas e medicalizador, adotado pelo conceito as saúde integral propondo atender à mulher

em todas as etapas de vida englobando segmentos que estavam somente as margens dos serviços de saúde (SILVA; MOURA; PEREIRA, 2013).

2.5 Situação psicossocial da portadora de HIV

De acordo com Carvalho e Galvão (2010) há três planos básicos de vulnerabilidade para o HIV: a individual, social e programática, embora tratados de forma separada se encontrem em um processo dinâmico e intercedente.

A vulnerabilidade individual diz respeito ao comportamento e atitudes que criam uma maior oportunidade de infecção e adoecimento. Enquanto a social diz respeito ao acesso a informações, aos serviços, aos aspectos sociopolíticos e culturais, ao grau de liberdade de pensamento, as condições de bem estar social e cidadania, a vulnerabilidade programática se refere ao grau de comportamento governamental com as questões relacionadas a epidemia ações preventivas e educacionais propostas pelos governos e políticas públicas.

As formas de transmissão de vírus são conhecidas por grande parte das mulheres. No entanto estas não se vulneráveis ao contágio, nesse contexto os mecanismos psicossociais são elencados como atributos que favorecem ou dificultam a mudança de práticas do risco para a aquisição do vírus (CARVALHO; GALVÃO, 2010).

Santos et al. (2009), demonstram que o perfil de casos notificados de AIDS em mulheres acontece no país remete a alguns fatores que contribuem para a vulnerabilidade é o fato de que as mulheres terem um menor nível de escolaridade que os homens em situação igual, entendida como uma condição socioeconômica menos privilegiada que eles, e ainda o fato de exposição maior que está relacionada a multiplicidade de parceiras sexuais.

Guedes et al. (2009), afirmam que a mulher está mais vulnerável ao HIV/AIDS pelo fato de sofrerem opressão por parte de seus parceiros, tendo baixo poder de escolha nas decisões nas relações afetivo-sexuais, e submetendo-se as situações de risco para adquirirem o HIV/AIDS.

A maior proporção de mulheres infectadas pelo HIV é pelo contágio via sexual, estes acontecem por contatos esporádicos mediante serviços sexuais remunerados, e a grande proporção em relações sexuais praticadas com seus próprios parceiros, a vulnerabilidade para aquisição do HIV está mediante a relação desprotegida, o que faz levantar uma questão de

diversos aspectos que estão ligados a natureza feminina, como o casamento, a maternidade, a sexualidade e a questão de gênero (CARVALHO; GALVÃO 2010).

Segundo os autores Carneiro et al. (2009) estudos referem que o comportamento sexual dos brasileiros aponta quais as relações estáveis são mais frequentes entre mulheres do que entre os homens, porém em contrapartida, são elas que menos usam o preservativo, pois inicial precocemente e fielmente do que os homens.

Apesar de o perfil epidemiológico atual da AIDS apontar um elevado número de casos entre mulheres que possuem parceira sexual estável, observa-se que existe uma imunidade ideológica contra a doença, como forma de justificativa a não adoção de estratégias preventivas (CARNEIRO et al., 2009).

2.6 O Papel humanizado do enfermeiro e da equipe de saúde neste contexto

Os profissionais e a equipe de saúde podem compreender os fatores que dificultam e que facilitam a adesão ao tratamento dessas mulheres, mediante o relato por parte das próprias pacientes, de suas experiências, atitudes e crenças sobre a doença e o tratamento, para ajudá-lo a compreender a importância da terapia antirretroviral e melhorar a adesão.

A compreensão desses aspectos à adesão é o primeiro passo para o seu manejo e superação e, na prática do dia a dia dos serviços de saúde, as dificuldades de adesão devem ser identificadas e compreendidas uma a uma (FELIX; CEOLIM, 2011).

Percebeu-se que o cuidado sem uma relação humana se caracteriza como uma simples técnica ou execução de procedimentos, em outras palavras o cuidado se resume em assistência integral e humanizada que compartilha e constrói o cuidado autônomo e humano.

Conforme Vargens, Santos e Rangel (2010), a mulher deve ser assistida em todas as etapas de sua vida, tendo o enfermeiro como um profissional atuante, integrante, de uma equipe multiprofissional e disposto a lutar em prol dos valores preconizados pelo SUS e pela conscientização da integralidade no cuidado de mulheres com sorologia positiva para o HIV.

Nesta situação é importante mostrar que o profissional não está ali para julgar e sim que ele está ali para cuidar, acompanhar e apoiar, isto exige um profissional especialmente capacitado, humano e conscientizado.

A mudança na formação do enfermeiro requer uma atuação de uma equipe multiprofissional e com executores capazes de atuar nas políticas públicas de modo a superar

os desafios e criar oportunidades de melhoria na qualidade de ensino, por isso a formação do enfermeiro não pode apenas como referência apenas a doença, o processo, o diagnóstico e tratamento, mas deve possibilitar uma compressão ampliada das necessidades de saúde, com vista a desenvolver ações a integridade no cuidado a saúde da mulher (VARGENS; SANTOS; RANGEL, 2010).

A prática do enfermeiro na formação e implementação de grupos de ajuda às mulheres aidéticas, possibilita uma das formas de sistematizar o processo do cuidar pautado na integralidade da assistência (MARTINS et al., 2008).

Neste contexto das DST e HIV/AIDS, esse grupo de aconselhamentos contém três componentes: apoio emocional; educativo, trocas de informações sobre DST e HIV/AIDS, formas de transmissão, prevenção e tratamento; avaliação de riscos, a reflexão sobre valores, atitudes e condutas, incluindo o planejamento de redução de risco. Sendo assim, estes grupos tem por objetivos promover a redução do nível de estresse; a reflexão que possibilite a percepção dos próprios riscos e adquirir práticas mais seguras; a adesão ao tratamento; a comunicação e o tratamento de parceiro sexual e do parceiro que faz uso de drogas injetáveis são fatores indispensáveis nesse projeto (LANGENDORF et al., 2011).

Trabalhando desta forma, aumenta as possibilidades de melhores resultados, e o papel do enfermeiro fica mais completo e satisfatório.

O contato com os pacientes deve criar um vínculo de confiança e respeito entre ambos, sendo a melhor de forma de implantar um tratamento eficaz e de realizar uma vigilância epidemiológica sobre esse grupo, a fim de controlar a disseminação da DST/AIDS. A insegurança de prestar assistência a um paciente portador do vírus HIV é um sentimento que pode surgir diante dos profissionais, principalmente da equipe de enfermagem responsável pelos diversos procedimentos realizados, a maioria destes envolvendo materiais perfuro cortantes, onde se corre o risco maior de contaminação, assume-se a partir daí uma postura ética e comprometida com o cuidado humanizado e eficaz (LEITE et al., 2009).

É necessário que os enfermeiros envolvidos, com o cuidado as mulheres portadoras de HIV/AIDS estejam sensíveis a percepção dessa população, quanto a vulnerabilidade as DST/AIDS e promovam a adoção de estratégias de comportamento sexual seguro, mesmo que essas adotam uma relação monogênica, e preciso conscientizá-las da importância do sexo seguro (GUEDES et al., 2009).

Segundo Carvalho et al. (2008) é necessário que os enfermeiros estejam capacitados e conscientes quanto ao seu papel como educador e executor de metas e planos para um melhor atendimento as mulheres soropositivas, e desempenham com comprometimento suas funções como profissionais de saúde, pois eles são os executores dos cuidados desses cuidados nas políticas públicas de saúde.

É o enfermeiro que melhor tem uma observância na terapêutica e consegue perceber qual é o significado da soropositividade para a paciente, ele é capaz de identificar os momentos de maior vulnerabilidade para o abandono do tratamento, que sabe qual o grau de apoio e acolhimento deve ser oferecido a essa mulher, e como a instituição a acolhe. O enfermeiro tem que se conscientizar que a relação estabelecida com essa mulher não deve ser somente unidirecional, mas fazer com que ela se sinta parte integrante de seu cuidado, estabelecendo assim uma compreensão adequada e a confiança (TEIXEIRA; SILVA, 2008).

Conforme Silva, Moura e Pereira (2013) a questão da discriminação e do preconceito as mulheres portadoras de HIV/AIDS, sinaliza para a assistência de enfermagem na área, qual ações que devem ser dispostas para influenciar a melhoria na qualidade de vida dessas mulheres.

Segundo Carvalho, Galvão e Silva (2009) é preciso que os profissionais de saúde se sensibilizem em relação ao assunto e esclareçam essas mulheres nos diferentes aspectos, para isto deve-se criar um vínculo entre o cliente e o profissional de forma que se estabeleça uma confiança permitindo assim oferecer uma assistência qualificada, na tentativa de melhorar a qualidade de vida dessas pacientes.

Compete ao enfermeiro identificar o momento apropriado e manter um canal aberto com a paciente para conversar acerca de sua sexualidade, e cabe a ele enfatizar o aconselhamento sobre a escolha dos métodos anticoncepcionais, e as implicações para o fato de uma relação sem preservativo e a responsabilidade social (CARVALHO; GALVÃO; SILVA, 2009).

Segundo Silva, Moura e Pereira (2013) é preciso que os profissionais de enfermagem estejam preparados e humanizados para atender essas mulheres, pois no momento da assistência eles se deparam com elas num momento de carência, abandono por parte de seus parceiros e rejeitas socialmente, por este fato é que assistência de enfermagem deve atender as necessidades biopsicossociais e contemplar os elementos implicados pela soropositividade, entre estes o medo da contaminação para outros membros da família, o isolamento, o

sentimento de culpa, o conflito mental e as questões reprodutivas para conferir a qualidade da assistência.

A assistência a mulher com HIV requer da enfermagem a implementação do cuidado individualizado e com abrangência na família. Para que isso ocorra um dispositivo importante, deve ser considerado o uso da sistematização da assistência de enfermagem que possibilita o levantamento de dados, elaboração de diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, prescrição e evolução constando o estado de saúde da mulher.

É preciso que na assistência de enfermagem tenha o reconhecimento da dimensão religiosa como aliada no processo de tratamento das mulheres e concilia-lo dentro do planejamento da assistência, no intuito de melhorar a qualidade de vida dessas mulheres (SILVA; MOURA; PEREIRA, 2013).

Segundo Carvalho et al. (2010) na busca de promover saúde e prevenir doenças a Enfermagem tem atuado de modo intenso com a população, desempenhando sua papel de educadora em saúde nos diferentes níveis de atuação, atuação esta que o profissional visa orientar e estimular a participação dos sujeitos em ações que promovam a melhora nas condições de vida.

Ao se reconhecer os aspectos que levam a maior vulnerabilidade do indivíduo, família ou grupo oportuniza-se vislumbrar as intervenções de enfermagem que venham a favorecer mudanças e uma assistência mais equânime, fortalecendo os sujeitos para o exercício de seus direitos, a operacionalização do conceito de vulnerabilidade contribui para a renovação das práticas de enfermagem podendo conferir mais integralidade as ações se saúde, tendo um compromisso com o cuidado que entrelaça três dimensões éticas: a justiça; a autonomia e a benevolência (CARVALHO et al., 2010).

No discurso teórico de enfermagem a sexualidade é tratada como uma necessidade humana básica, porem as discussões críticas e contextualizadas são insuficientes e quando abordadas, contemplam, sobretudo os aspectos biológicos e reprodutivos. A abordagem sobre sexualidade requer conhecimento suficiente, sobretudo acerca de sua manifestação nas diferentes fases do ciclo vital e das consequências advindas da enfermidade, onde a paciente enfrenta problemas que rotineiramente requerem a ajuda de profissionais para a solução (REIS; GIR, 2010).

Ainda de acordo com Reis e Gir (2010), os enfermeiros dificilmente abordam os aspectos da dimensão sexual e mesmo as influências da doença, da terapêutica, e do

emocional sobre o exercício da sexualidade. Compete a este profissional intervir sobre questões sexuais, quando realmente busca umas visões holísticas com seus múltiplos processos interdependentes que permeiam o ciclo de vida para a atuação profissional buscando auxílio junto a outros profissionais, em busca de um trabalho interdisciplinar.

Para Teixeira e Silva (2008), a boa relação entre o profissional de saúde e usuário é considerada como um dos principais componentes da adesão ao tratamento. Assim no momento da comunicação do diagnóstico é importante que o profissional da saúde leve em consideração as reações e informe sobre as novas possibilidades de tratamento e os recursos atualmente disponíveis que se acessados abrem outras perspectivas de vida para as pessoas infectadas.

3.Objetivos

3.1 Geral

O objetivo do presente estudo foi identificar as evidências disponíveis na literatura pesquisada sobre a abordagem dos enfermeiros na prevenção e tratamento do HIV/AIDS em mulheres. Assim como os aspectos que envolvem a suscetibilidade das mesmas à doença.

3.2 Específicos

- a) Levantar os aspectos que tornam as mulheres mais vulneráveis ao contágio do HIV/AIDS;
- b) Verificar o conhecimento dos conceitos de prevenção e tratamentos pelas mulheres;
- c) Identificar os tratamentos mais utilizados atualmente para o HIV/AIDS;
- d) Verificar a atuação da atenção básica na prevenção e tratamento do HIV/AIDS;
- e) Caracterizar a situação psicossocial da portadora do HIV/AIDS;
- f) Identificar a aplicação da humanização por parte do enfermeiro nos cuidados de enfermagem com as mulheres infectadas com o vírus.

4. Materiais e Métodos

4.1 Tipo de estudo

O presente estudo é de caráter descritivo, exploratório de cunho qualitativo onde se analisam características de determinada população ou fenômeno sendo denominada pesquisa descritiva, com o objetivo de estudar características de um grupo, nível e atendimento de um órgão público e índices de adesão ao serviço de saúde.

4.2 Fontes de dados

Para a realização do estudo foram realizados levantamentos bibliográficos através de busca eletrônica na base de dados LILACS (Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde), SCIELO (Scientific Electronic Library Online), Ministério da Saúde (Biblioteca Virtual em Saúde); a busca manual de livros que se deu através de empréstimos na biblioteca professor Doutor Domingos João Baptista Spinelli (Unifafibe-Bebedouro/SP), publicados entre 2008-2013 disponíveis no idioma português.

4.3 Períodos do estudo e amostragem

O período utilizado para a execução do estudo foi 06 meses, de junho à novembro 2013. Dos 82 estudos encontrados na base de dados LILACS e outras fontes de informações acima citadas, foram excluídos 12 pelo critério idioma e 21 na análise título/resumo por não atenderem aos critérios adotados. Após leitura na íntegra dos artigos, foram excluídos 20 por abordarem outras doenças, pelo método utilizado, pela abordagem de desfecho que não traziam os dados de abordagem do HIV em mulheres e cuidado de enfermagem às portadoras de HIV. Desta maneira, somente 29 estudos foram incluídos.

Por fim, foram delimitados os textos a serem interpretados que abordavam o cuidado de enfermagem a mulher portadora do HIV. Sendo então possível uma aproximação da concepção geral acerca da assistência de enfermagem, sendo essencial e de relevância a interação pesquisador-texto-contexto.

5. Discussão dos resultados

A revisão da literatura ocorreu, considerando as 30 produções científicas que atenderam os critérios de inclusão. Assim, de acordo com o objetivo desta pesquisa, identificar as evidências disponíveis na literatura pesquisada sobre a abordagem dos enfermeiros na prevenção e tratamento do HIV/AIDS em mulheres. Assim como os aspectos que envolvem a suscetibilidade das mesmas à doença. Para a amostra estudada, foram considerados o número e a porcentagem de artigos em relação ao veículo de publicação de artigos em relação ao veículo de publicação.

Observa-se que no SCIELO encontrou-se cerca de 53% de publicações do tema pertinente, e em segundo aparece o LILACS com 37% de publicações, ao passo que foram encontrados 6% na biblioteca Prof.º Dr. João Baptista Spinelli e no portal do Ministério da Saúde temos apenas 4% de artigos científicos e de fonte totalmente confiável.

Quanto a proposta da pesquisa em levantar os aspectos que tornam as mulheres mais vulneráveis ao contágio do HIV/AIDS, observou-se que das 30 produções, 12 apresentavam a preocupação com essa temática.

Onde a proposta era verificar o conhecimento dos conceitos de prevenção e tratamentos pelas mulheres, notaram-se sete publicações neste contexto.

Identificar os tratamentos mais utilizados atualmente para o HIV/AIDS era um dos objetivos específicos deste trabalho e como resultado identificou-se que o tipo de tratamento mais utilizado e recomendado é a HAART. Segundo Geocze (2010), a qualidade de vida é um aspecto a ser considerado ao longo do processo terapêutico da AIDS e é um dos aspectos subjetivos mais utilizados na avaliação do impacto das doenças de caráter crônico, podendo ser usada como parâmetro para a tomada de decisões quanto aos tratamentos e aprovação de novos regimes terapêuticos.

Foi verificado que a atuação da atenção básica na prevenção e tratamento do HIV/AIDS, é de fundamental importância como afirma, Lima, 2012, que inserida atenção básica este profissional desenvolve atividades mais próximas das usuárias e possui um papel fundamental na promoção da saúde e prevenção de doenças junto à população, proporcionando ações educativas de assistência a toda população cadastrada.

Por fim identificar a aplicação da humanização por parte do enfermeiro nos cuidados de enfermagem com as mulheres infectadas com o vírus era um ponto crucial abordado neste trabalho sendo que foram encontrados como repostas de trabalhos que abordavam essa temática como foco principal.

Como Leite et al. (2009) afirmam que o contato com os pacientes deve criar um vínculo de confiança e respeito entre ambos, sendo a melhor de forma de implantar um tratamento eficaz e de realizar uma vigilância epidemiológica sobre esse grupo, a fim de controlar a disseminação da DST/AIDS, humanizar o atendimento.

Sobre a distribuição da amostra segundo ano de publicação das produções científicas, os anos de 2009 e 2010 foram os que mais apresentaram publicações, perfazendo um total de 2009 – 30% (9 artigos) e 2010 – 30% (9 artigos), e em seguida aparecem os anos de 2008 com 16% (5 artigos), 2011 com 14% (4 artigos) e 2013 com 10% (3 artigos).

A fim de concluir o objetivo deste estudo, que contempla através da literatura pesquisada o levantamento das abordagens sobre a atuação do enfermeiro na assistência da mulher infectada com HIV/AIDS, analisamos a qualidade da assistência prestada e promoção da educação em saúde.

As produções científicas analisadas neste estudo apresentaram as categorias temáticas abordadas nos critérios de inclusão da pesquisa, relacionados aos diversos aspectos que envolvem a assistência de enfermagem as mulheres infectadas com o vírus.

6. Considerações Finais

Através da revisão da literatura nacional, foi possível perceber o quanto a assistência de enfermagem com mulheres portadoras de HIV/AIDS vem ganhando maturidade, e a assistência prestada está cada dia mais com qualidade, pois o enfermeiro ao sair de sua graduação está preparado para realizar esse atendimento com foco na humanização, e esta questão é de extrema importância para desenvolver segurança ao prestar assistência a essas mulheres.

É possível entender a satisfação dessas mulheres com esse atendimento de qualidade, e com isso, trouxe o aumento da confiança neste profissional, que é muito importante, pois traz esclarecimento de dúvidas, e interrompe medos quando se trata dessa doença.

Porém, ainda encontram-se profissionais que não realizam o atendimento humanizado, respeitando as escolhas de cada uma dessas mulheres, provocando assim, o afastamento da cliente, e até mesmo a interrupção precoce do tratamento, trazendo malefícios para elas.

Acredita-se que através dessa revisão os profissionais possam perceber o tamanho da importância que tem cada um em acolher cada uma dessas mulheres, pois é uma pesquisa onde mostrou com clareza o quanto é essencial o acolher humanizado, principalmente quando essas mulheres encontram-se hospitalizadas, ou em tratamento, e assim termos a certeza que realizamos um trabalho correto e com amor, a humanização, respeito e posteriormente, como consequência, a satisfação, que andam juntas, e é assim que devemos nos sentir ao cuidar de uma mulher com HIV/AIDS, com sensação de dever cumprido, e com a certeza que cada dia podemos ser um pouco melhor.

É importante inserir neste contexto de educação a saúde a questão dos direitos que elas tem, e proporcionar a elas uma boa qualidade de vida e fazer com que estas se sintam parte integrante no plano de cuidado a ela organizados. Reforçando que o aumento de mulheres na epidemia de HIV/AIDS vem crescendo gradativamente, muitas dessas mulheres foram infectadas pelos seus parceiros sem saírem de suas casas.

Consideramos então, que seja necessário que os profissionais da saúde estejam realmente preparados e capacitados para oferecer uma assistência de qualidade e humanizado, pois estes são peças fundamentais para que as mulheres aceitem o seu diagnóstico e aderem corretamente o tratamento dispensado a elas. É necessário que estes estejam preparados para educar e promover uma qualidade de vida a há está população e estejam sempre as colocando como parte integrante de seu tratamento.

7. Referências

BOTTI, M. L. et al. **Conflitos e sentimentos de mulheres portadores de HIV/AIDS**: um estudo bibliográfico, 2009. Acesso em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n1/10.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência em planejamento familiar**, 2002. Brasília: 2000. (Manual Técnico, n. 4)

_____. **Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF, 2004.

- CARNEIRO, W. S. et al. **Percepção de vulnerabilidade feminina ao vírus da AIDS na estratégia de Saúde da Família**, 2010. Disponível em: <<http://www.dst.uff.br/revista21-3-2009/1-Percepcao-de-Vulnerabilidade-indd-cor.pdf>>. Acesso em: 27 ago. 2013.
- CARVALHO, C. M. L.; GALVÃO, M. T. **Enfrentamento da AIDS entre mulheres infectadas em Fortaleza-CE**, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/12.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2013.
- _____. **Sentimentos e culpa atribuídos por mulheres com AIDS face a sua doença**, 2010. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/379>>. Acesso em: 6 set. 2013.
- CARVALHO, C. M. L.; GALVÃO, M. T. G.; SILVA, R. M. **Alterações na vida de mulheres com Síndrome de Imunodeficiência Adquirida em face da doença**, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n1/15.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2013.
- CARVALHO, C. M. L. et al. **Assistência à saúde da mulher portadora de HIV/AIDS no Brasil: refletindo sobre as políticas públicas**, 2008. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/611>>. Acesso em: 11 out. 2013.
- COSTA, D. A. M. C.; ZAGO, M. M. F.; MEDEIROS. **Experiência da adesão ao tratamento entre mulheres com Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida**, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n5/06.pdf>>. Acesso em: 6 set. 2013.
- CUNHA, C. C. Entre tramas e dramas: os significados do tratamento para mulheres de camadas populares vivendo com HIV/AIDS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000300013>. Acesso em: 22 set. 2013.
- HAMANN, M.E. **Os ensinamentos da educação para a saúde na prevenção de HIV-Aids: subsídios teóricos para a construção de uma práxis integral**, 2009. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/12660/1/ARTIGO_EnsinosEducacaoPara.pdf>. Acesso em: 08 dez.2013.
- FELIX, G.; CEOLIM, M. G. O perfil da mulher portadora de HIV/AIDS e sua adesão à terapêutica antirretroviral. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 884-891, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n4/15.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2013.
- FERREIRA, F. C.; NICHATA, L. Y. I. **Mulheres vivendo com a Aids e os profissionais do Programa Saúde da Família: revelando o diagnóstico**, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n3/v42n3a09.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2013.
- FOCACCIA, R.; VERONESE, R. **Tratado de infectologia**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2004. v. 2.
- GALVÃO, M. T. G.; CARVALHO, C. M. L. A Abertura da Privacidade e o Sigilo das Informações sobre o HIV/Aids das Mulheres Atendidas pelo Programa Saúde da Família no Município de São Paulo, Brasil, **Saúde e Sociedade**, v. 17, n. 2, p. 140-152, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n2/14.pdf>>. Acesso em: 7 out. 2013.

- GEOCZE, L. et al. Qualidade de vida e adesão ao tratamento anti-retroviral de pacientes portadores de HIV. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n.4, p. 743-749, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n4/19.pdf>>. Acesso em: 6 nov. 2013.
- GUEDES, T. G. et al. **Mulheres monogâmicas e suas percepções quanto à vulnerabilidade a DST/HIV/AIDS**, 2009. Disponível em: <<http://www.dst.uff.br/revista21-3-2009/4-Mulheres-Monogamicas.pdf>>. Acesso em: 27 ago. 2013.
- HENRIQUES, M. E. R. M. L.; LIMA, E. A. R. **Mulheres expostas ao HIV/AIDS: promovendo qualidade de vida na atenção básica**, 2009. Disponível em: <http://deploy.extras.ufg.br/projetos/fen_revista/v11/n4/pdf/v11n4a21.pdf>. Acesso em: 12 out. 2013.
- LANGENDORF, T. F. et al. **Rede de apoio de mulheres que Têm HIV: implicações na profilaxia da transmissão vertical**, 2009. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-552506>>. Acesso em: 1 set. 2013.
- LEITE, L. H. M.; PAPA, A.; VALENTINI, R. C. **Insatisfação com imagem corporal e adesão à terapia antirretroviral entre indivíduos com HIV/AIDS**, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732011000600008>. Acesso em: 17 ago. 2013.
- LEITE, M. A. V. et al. **Assistência de enfermagem a pacientes portadores do vírus HIV/AIDS**, 2009. Disponível em: <http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/00082.pdf>. Acesso em: 8 nov. 2013.
- LEMOES, L. A.; FUIZA, M. L. T.; GALVÃO, M. T. Cotidiano feminino da vivência com o HIV em grupo de autoajuda. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 12, n. 3, p. 613-620, jul./set. 2011. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol12n3_html_site/a23v12n3.htm>. Acesso em: 12 out. 2013.
- LIMA, L. M. A. **O cuidar de enfermeiras na estratégia Saúde da Família diante da vulnerabilidade feminina para HIV e o contexto familiar**. 2012. 110 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem, Saúde e Sociedade) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://www.bdtd.uerj.br/tde_arquivos/20/TDE-2013-05-28T102633Z-3246/Publico/DISSERTACAO_FINAL_LICIA_MARIA_ACCIOLY_LIMA.pdf>. Acesso em: 12 out. 2013.
- PAIVA, S. S.; GALVÃO, M. T. G. Sentimentos diante da não amamentação de gestantes e puérperas soropositivas para HIV. **Texto & Contexto**, Florianópolis, v. 13, n. 3, 2009. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch>>. Acesso em: 15 nov. 2013.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Tradução Ana Thorell. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- PRAÇA, N. S.; SOUZA, J. O.; RODRIGUES, D. A. L. **Mulher no período pós-reprodutivo e Hiv/Aids: percepção e ações segundo o modelo de crenças em saúde**, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a14v19n3.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2013.

- RANGEL; T. S. A. **Vivendo a contradição entre ser mulher e ser profissional no processo de cuidar de mulheres soropositivas para o HIV**, 2010. Disponível em: <http://www.bdt.d.uerj.br/tde_arquivos/20/TDE-2011-01-05T100623Z-1114/Publico/DISSERATCAO_FINAL_Tainara_Serodio_Amim_Rangel.pdf>. Acesso em: 12 out. 2013.
- REIS, R. K.; GIR, E. **Convivendo com a diferença: o impacto da sorodiscordância na vida afetivo-sexual de portadores do HIV/AIDS**. *Revista da Escola de Enfermagem*, v. 44, n. 3, p. 759-765, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/30.pdf>>. Acesso em: 6 set. 2013.
- SANTOS, N. J. S. et al. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 25, supl. 2, p. 321-333, 2009. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v25s2/14.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2013.
- SANTOS, W.; MUNARI, D. B. M. **O grupo de mulheres que vivem e convivem com HIV/AIDS: um relato de experiência**, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/pdf/v11n4a32.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2009.
- SILVA, L. M. S.; MOURA, M. A. V.; PEREIRA, M. L. D. **Cotidiano de mulheres após contágio pelo HIV/AIDS: subsídios norteadores da assistência de enfermagem**, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a09.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2013.
- TEIXEIRA, M. G. S.; SILVA, G. A. **A representação do portador do vírus da imunodeficiência humana sobre o tratamento com os anti-retrovirais**, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n4/v42n4a15.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2013.
- VARGENS, O. M. C.; SANTOS, S. D.; RANGEL, T. S. A. **Atenção à mulher com soropositividade para o HIV: uma análise na perspectiva da integralidade**, 2010. Disponível em: <<http://eduemojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/8921>>. Acesso em: 17 set. 2013.
- VASCONCELOS, S. B.; GALVÃO, M. T. G. **Opções contraceptivas entre mulheres vivendo com HIV/AIDS**, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0104-0707200400300005>. Acesso em: 18 out. 2013.

Recebido em 15/04/2015

Aprovado em 27/08/2015