

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

DAYANE DOS SANTOS REIS

**Diretrizes e (des)conformidades nas ações de proteção à saúde sexual de
mulheres HIV positivas no Brasil**

Porto Alegre

2011

DAYANE DOS SANTOS REIS

**Diretrizes e (des)conformidades nas ações de proteção à saúde sexual de
mulheres HIV positivas no Brasil**

Trabalho apresentado como critério de aprovação na disciplina “Trabalho de Conclusão de Curso II”, para conclusão da graduação em Enfermagem, na Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador (a): Prof^a Dr^a Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira

Co-orientador (a): Enf^a Doutoranda Denise Azambuja

Porto Alegre

2011

RESUMO

Buscou-se neste trabalho identificar as ações de controle da transmissão de doenças sexualmente transmissíveis (DST) entre mulheres que vivem com HIV/AIDS que foram propostas pelo Ministério da Saúde (MS), e analisar a conformidade dessas medidas com as diretrizes propostas pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A temática justifica-se pela crescente feminização da epidemia de HIV/AIDS no país, em que as mulheres infectadas, em sua maioria, estão em relacionamento estável. Considerando as relações de gênero desiguais entre homens e mulheres, a desvalorização social das mulheres, a discriminação nas relações de trabalho e o acesso restrito aos serviços de saúde, buscou-se conhecer quais medidas são oferecidas para proteção da saúde sexual dessas mulheres, garantindo o respeito aos seus direitos sexuais e reprodutivos, visto que o vírus do HIV fragiliza a saúde dos indivíduos infectados, expondo-os a doenças oportunistas e a outras DST, o que pode causar complicações graves, infertilidade e óbito. O estudo foi de cunho qualitativo, utilizando como abordagem metodológica a análise documental. As unidades de análise constaram de dois documentos, sendo o *Cadernos de Atenção Básica: HIV/AIDS, hepatites e outras DST* de autoria do MS e o *Guideline Sexual and Reproductive Health of Women living with HIV/AIDS*, da OMS. Após leitura e interpretação das orientações, foram elencadas categorias temáticas para cada documento, respectivamente: acolhimento ao usuário, ações educativas, ações de prevenção, ações de vigilância e manejo; aconselhamento e informação, testagem e ações de combate. Viu-se que as ações propostas pelo MS pautam-se pela prática do acolhimento, visando principalmente à orientação das usuárias e prevenção de novas infecções. Já a OMS investe no combate às DST através de informação, testes sorológicos e tratamento imediato de sintomas sugestivos de infecção. Apesar disso, concluiu-se que as mulheres não são contempladas em todas as suas fases de vida e que as ações oferecidas são limitadas, desconsiderando necessidades que possam garantir qualidade de saúde sexual e reprodutiva.

Descritores: Saúde Sexual e Reprodutiva, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, Saúde da Mulher.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Estrutura organizacional do MS	20
Tabela 1 – Conferências Nacionais de Saúde no Brasil	22
Figura 2 – O atendimento ao portador de HIV/AIDS no SUS	28
Figura 3 – Relação entre as categorias temáticas (ações) elencadas nos documentos do MS e OMS	56
Figura 4 – Sumário das categorias temáticas elencadas e as ações propostas pelo MS e pela OMS	57

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 OBJETIVOS	11
2.1 Objetivo geral	11
2.2 Objetivos específicos	11
3 REVISÃO DE LITERATURA	12
3.1 Panorama histórico das Políticas Públicas existentes para mulheres no Brasil	12
3.2 Do nascimento das políticas de saúde: o papel do Ministério da Saúde e das Conferências Nacionais de Saúde	19
3.3 O HIV/AIDS no Brasil e no mundo e a inserção das mulheres nesse contexto	24
3.4 A Política Nacional de DST/AIDS e o papel da Atenção Básica para as pessoas que vivem com HIV/AIDS	27
4 METODOLOGIA	31
4.1 Tipo de estudo	31
4.2 Fontes	31
4.3 Coleta de dados	32
4.4 Análise e interpretação das informações	32
5 DISCUSSÃO	34
5.1 Cadernos de Atenção Básica - HIV/ AIDS, hepatites e outras DST	34
5.1.1 Acolhimento ao usuário	34
5.1.2 Ações educativas	37
5.1.3 Ações de prevenção	39
5.1.4 Ações de vigilância	44
5.1.5 Manejo	47
5.2 Guideline “Sexual and Reproductive Health of Women living with HIV/AIDS”	50
5.2.1 Aconselhamento e informação	50
5.2.2 Testagem	51
5.2.3 Ações de combate	52
5.3 (Des)conformidades nas ações de cuidado às mulheres que vivem com HIV/AIDS	55
6 CONCLUSÕES	62
7 REFERÊNCIAS	65
APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados	72
APÊNDICE B – Quadro resumo	73

1 INTRODUÇÃO

A discussão sobre o conceito de direitos reprodutivos possui suas raízes no movimento feminista inglês de 1830, que defendia a ideia de que as mulheres devem ser particularmente capazes de decidir se, quando e como querem ter seus filhos, em resposta ao problema do “controle de natalidade” existente nos países ocidentais (CORRÊA e PETCHESKI, 1996). Conscientes da submissão da mulher perante a sociedade patriarcal e machista, as mulheres organizadas defendiam a igualdade de posição entre homens e mulheres, o respeito por sua autonomia pessoal e o uso de seus corpos e mentes de acordo com sua própria determinação e vontade. No Brasil, esse conceito foi introduzido oficialmente a partir da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, ocorrida em 1994, no Cairo, Egito, onde ficou firmado o compromisso de promover o desenvolvimento por meio da promoção dos direitos humanos, do acesso universal à saúde, à informação e aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, de maneira a permitir escolhas responsáveis e enfatizando a necessidade de inter-relacionar a saúde reprodutiva com outros direitos sociais e individuais (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2004).

No capítulo VII da Plataforma de Ação produzida neste encontro, definiu-se que os direitos reprodutivos se ancoram no reconhecimento do direito de qualquer casal ou indivíduo de decidir, livre e responsabilmente, sobre o desejo de ter filhos, quantos e qual o espaçamento entre eles, assim como o direito do acesso à informação e aos meios para assim o fazer (BRASIL, 2005). Embora a expressão “direitos sexuais” não conste neste documento, o texto inclui o conceito de “saúde sexual” como parte integrante da saúde reprodutiva, com a finalidade de intensificar as relações pessoais entre os indivíduos, e não apenas oferecer assistência à reprodução e doenças sexualmente transmissíveis (DST) (NAÇÕES UNIDAS, 1994). Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010d), os direitos sexuais incluem viver e expressar livremente a sexualidade, sem medo ou discriminações; livre escolha de parceiros sexuais e momentos para ter ou não relação sexual; expressão livre da orientação sexual; sexo seguro para prevenção da gravidez ou de DST; garantia da privacidade e sigilo em atendimentos de qualidade fornecidos por serviços de saúde e acesso à informação e à educação sexual e reprodutiva.

Conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2009), o homem

permanece ocupando posições de maior prestígio no mercado de trabalho, enquanto resta ao público feminino posições mais precárias na hierarquia de ocupações, mostrando que, embora tenham sido inúmeras as conquistas do movimento feminista, a tentativa de possibilitar às mulheres condições de igualdade ainda é falha. Em relação ao acesso aos serviços de saúde, as mulheres constituem o grupo principal de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), de modo geral buscando seu próprio atendimento, mas, sobretudo, como acompanhantes de crianças e outros familiares, pessoas idosas, com deficiência, vizinhos e amigos (BRASIL, 2004). Hoje, as mulheres compreendem a maior parcela da população brasileira, sendo a razão de sexo de 94,8 homens para cada 100 mulheres no ano de 2008 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009). Contudo, sabe-se que esse número pouco significa quando relacionado à discriminação nas relações de trabalho, à sobrecarga de afazeres no cotidiano doméstico, o acesso restrito aos serviços de saúde, à violência imposta em suas diversas facetas e à desvalorização social da mulher, construídas historicamente por questões de gênero (BRASIL, 2004).

A abordagem de gênero, definido pelo Ministério da Saúde (MS) como “um conjunto de relações, atributos, papéis, crenças e atitudes que definem o que significa ser homem ou mulher” (BRASIL, 2004, p. 12), influencia nas condições de vida da população feminina, delimitando campos de atuação para cada sexo, padrões de comportamento aceitáveis ou não e, também, dando suporte à elaboração e aplicação de leis, políticas e práticas diferenciadas (BRASIL, 2004). Sobre esta noção, outro documento do MS (BRASIL, 2010d) traz a seguinte discussão:

Sexo refere-se a um conjunto de características genóticas e biológicas. Gênero é um conceito que se refere a um sistema de atributos sociais – papéis, crenças, atitudes e relações entre mulheres e homens – os quais não são determinados pela biologia, mas pelo contexto social, político e econômico, e que contribuem para orientar o sentido do que é ser homem ou ser mulher numa dada sociedade. Portanto, o gênero é uma construção social e histórica. Na maioria das sociedades, as relações de gênero são desiguais (BRASIL, 2010d, p. 17).

Essa noção extrapola a discussão sobre as diferentes funções exercidas por homens e mulheres, englobando questões mais amplas, como as construções sociais, culturais e linguísticas que delimitam o papel do homem e da mulher na sociedade (PRATES, ABIB, OLIVEIRA, 2008), expondo as mulheres a inúmeras

situações de risco. Conforme o Fundo de População das Nações Unidas (2011), o número de mulheres que vivem em situação de pobreza e analfabetismo é superior ao de homens, e mulheres têm menor acesso a compra de propriedades, posse de bens, crédito e menor taxa de emprego remunerado, diminuindo inclusive seu acesso aos serviços de saúde. Essa diferença de organização entre homens e mulheres expõe os diferentes grupos a riscos e padrões distintos de sofrimento e adoecimento, justificando a necessidade do planejamento de ações em saúde que contemplem o perfil epidemiológico analisado sob a perspectiva de gênero (BRASIL, 2004).

Na esfera da saúde sexual e reprodutiva, o papel subalterno da mulher perante o homem ainda faz-se presente em praticamente todas as culturas e sociedades, sendo reproduzido através da adoção de modelos de união estável e pela necessidade de conceber filhos, o que de fato reflete as desigualdades de gênero impostas por uma sociedade machista (GUILHEM; AZEVEDO, 2008). Ao assumirem os valores tradicionais do matrimônio e da fidelidade, as mulheres estariam se protegendo de um mundo promíscuo, inclusive do risco de contaminarem-se por diversas DST. Esta ótica limita a função da mulher a ser companheira, respeitar o marido, zelar pelo lar e pelos filhos, tornando seu papel secundário dentro da relação e minimizando a reflexão a respeito do lugar feminino em um relacionamento (GUILHEM E AZEVEDO, 2008). No entanto, com as transformações ocorridas no contexto da sociedade contemporânea, as relações entre homens e mulheres se alteraram significativamente, principalmente devido ao “processo de queda da fecundidade, maior escolaridade atingida pelas mulheres, acesso aos meios de contracepção e ingresso maciço no mercado de trabalho” (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009, p. 200), rompendo com o pressuposto da dependência das mulheres aos homens.

Ainda em relação ao mesmo tema, observamos que este panorama, especialmente para as mulheres, vem sofrendo modificações por força dos movimentos sociais, pelas transformações da sociedade, pelas conquistas da reforma sanitária, mas também pelo surgimento de novas doenças, entre elas a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). A epidemia de AIDS é um grande problema de saúde pública no Brasil, e autores como Carvalho e colaboradores (2008) a consideram como a pandemia mais grave do final do século XX. Embora existam mais casos notificados em indivíduos do sexo masculino, a velocidade de crescimento da epidemia é, como em outros países, muito maior entre mulheres do

que entre homens (SANTOS *et al.*, 2002; SANT'ANNA, SEIDL e GALINKIN, 2008), e estudos mostram que a maioria das mulheres portadoras do HIV (vírus da imunodeficiência humana, causador da AIDS) encontra-se em idade reprodutiva e em relacionamentos fixos que incluem o casamento, a união estável, a monogamia seriada e o namoro prolongado (GUILHEM, AZEVEDO, 2008). Segundo Sadala e Marques (2006), um exemplo de transformação das características epidemiológicas do HIV/AIDS foi que em 1991 havia 25 casos masculinos de AIDS para cada um feminino. Em 2000 essa prevalência atingiu dois casos masculinos para cada um feminino.

A crescente feminização da doença, somada às desigualdades nas condições de vida e trabalho entre homens e mulheres, os problemas associados à sexualidade e reprodução, a falta de orientação sobre anticoncepção e a baixa cobertura da saúde das mulheres em todos os seus ciclos de vida pelos serviços de Atenção Básica (AB) são alguns dos problemas que motivam a formulação de manuais, guias, políticas e programas que são pensados e construídos por órgãos internacionais, tais como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização das Nações Unidas (ONU), além de órgãos governamentais nacionais, como o MS. No âmbito internacional, a OMS publicou em 2006 um guia chamado *Saúde Sexual e Reprodutiva das Mulheres vivendo com HIV/AIDS*, o primeiro documento global focado especificamente na saúde das mulheres que vivem com essa patologia, contendo recomendações para aconselhamento, terapia anti-retroviral, cuidados e outras intervenções (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006). O documento apresenta cinco diretrizes principais: a) promover saúde sexual; b) prover serviços de alta qualidade para planejamento familiar; c) aperfeiçoar cuidados ante-natais, intra-parto, pós-parto e ao recém-nascido; d) eliminar aborto inseguro; e e) combater infecções sexualmente transmissíveis, infecções do trato reprodutivo e câncer cervical. Estas diretrizes visam, segundo o documento, orientar a adaptação dos serviços de saúde para atender as necessidades sexuais e reprodutivas dessa população específica, a fim de integrar essas atividades ao sistema de saúde, tendo como alvo principal os responsáveis pelo planejamento de programas de saúde em nível nacional (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006). Espera-se, portanto, que o guia sirva como orientador para a formulação de políticas que atendam essas necessidades.

Já no Brasil, dispomos da *Política Nacional de DST/AIDS – Princípios, Diretrizes e Estratégias*, proposta pelo MS, que desde o ano de 1999 visa

sistematizar ações baseadas nos princípios do SUS - universalidade, equidade, integralidade, descentralização, resolutividade, regionalização e participação da população - em consonância com o atual quadro da epidemia no país, de “maneira a construir um instrumento que possibilite subsidiar as ações de saúde no âmbito das DST/AIDS” (BRASIL, 1999, p. 07).

Através da publicação de manuais técnicos, instruções normativas ministeriais e notas técnicas atualizadas frequentemente, o Governo Federal apresenta aos serviços de saúde instrumentos que orientam a implementação dos objetivos dessa política, visando à ampliação da oferta de serviços de saúde de base municipal (principalmente com a Estratégia de Saúde da Família) e à expansão da cobertura da AB a toda população brasileira (COSTA, 2009). Atualmente, o acesso aos serviços de referência para a testagem, prevenção e tratamento do HIV/AIDS é realizado por meio de unidades básicas de saúde (UBS), serviços de assistência especializada (SAE) e hospitais de alta complexidade, que oferecem atendimento e ações orientadas pelas políticas apresentadas pelo MS.

As questões apresentadas até aqui e as experiências pessoais vividas na atenção à saúde de mulheres usuárias de um Ambulatório de Assistência Especializada em DST/AIDS, motivam meu interesse em estudar o problema do HIV/AIDS entre mulheres, principalmente no contexto da AB. Considerando que o vírus HIV tem acometido a população feminina em grandes proporções, fragilizando sua saúde em virtude do comprometimento imunológico e expondo-as a comorbidades, especialmente às DST e doenças do trato reprodutivo, e que esta realidade tem motivado a busca por alternativas de enfrentamento da epidemia em todo o mundo, justifica-se a necessidade de compreender as ações de controle das DST oferecidas no Brasil para a população de mulheres que vivem com HIV/AIDS, resultando no exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos.

A reflexão sobre a saúde sexual e reprodutiva das mulheres soropositivas para HIV, assim como o conhecimento do que é disponibilizado para atender suas necessidades, levam à conscientização sobre a responsabilidade dos profissionais de saúde e o comprometimento dos gestores de políticas públicas com esses indivíduos, para que de fato os serviços ofereçam assistência integral, resolutiva e comprometida com a vida.

Considerando o exposto, foi desenvolvido um estudo sobre a temática da saúde sexual e reprodutiva das mulheres, no contexto do HIV/AIDS, enfatizando as ações de controle das DST, que agravam o estado de saúde das mulheres

portadoras do vírus HIV, expondo-as ao risco de desenvolvimento de câncer cérvico-uterino e infertilidade. Sendo assim, o estudo é orientado pela seguinte questão de pesquisa: *o quanto as ações de controle da transmissão de DST entre mulheres com HIV/AIDS, propostas pelo MS, atendem as diretrizes da OMS?*

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- a) Analisar o quanto as ações de controle da transmissão de DST para mulheres com HIV/AIDS, propostas pelo MS, atendem as diretrizes da OMS.

2.2 Objetivos específicos

- a) Identificar as ações de controle das DST para mulheres que vivem com HIV/AIDS propostas pelo MS, a partir da publicação *Cadernos de Atenção Básica: HIV/AIDS, Hepatites e outras DST*;
- b) Analisar a conformidade deste conjunto de ações com as diretrizes indicadas pela OMS para a prevenção e combate às DST em mulheres que vivem com HIV/AIDS.

3 REVISÃO DE LITERATURA

O texto que segue busca apresentar as políticas públicas dirigidas às mulheres no Brasil, assim como um breve panorama histórico da AIDS no país e no mundo.

3.1 Panorama histórico das Políticas Públicas existentes para mulheres no Brasil

Desde a adoção da Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948, compreende-se que os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos, tanto homens quanto mulheres, e que as nações declararam-se resolvidas a instaurar melhores condições de vida e liberdade mais ampla a todos os grupos (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948, p. 01). Entretanto, as diversas formas de desigualdade, seja de raça, sexo, língua, religião, condição social ou econômica, ainda fazem parte das relações estabelecidas entre a sociedade, gerando contingentes de pobreza, marginalização e situações de intolerância no mundo todo. A vulnerabilidade social, que pode ser atribuída “ao modo como o indivíduo obtém informações, acessa os meios de comunicação, sua escolaridade, recursos materiais, liberdade de coerções violentas ou poder de defender-se delas, bem como os aspectos referentes a sua estrutura, organização e dinâmica familiar” (PAZ; SANTOS; EIDT, 2006), potencializa o surgimento de iniquidades como desigualdades de renda, educação e dificuldade de acesso aos serviços de saúde (SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007), impossibilitando a garantia de direitos básicos como educação, trabalho, alimentação, lazer e saúde e negando oportunidades de construção de uma vida mais digna a determinados grupos sociais.

Para tanto, a fim de amenizar o impacto social que essas diferenças produzem, são elaboradas políticas públicas que buscam ofertar ações de direito comum aos que estão à margem de seu alcance, visando ampliar a oferta dos direitos sociais coletivamente. Nesse contexto, entende-se por política pública “o conjunto das diretrizes e referenciais ético-legais adotados pelo Estado para fazer frente a um problema e/ou demanda que a sociedade lhe apresenta” (BRASIL, 1999,

p. 07). Através delas, o Estado organiza planos de ação e programas para atender às necessidades da população, a fim de garantir práticas que equilibrem as demandas existentes.

Destaca-se aqui, entre os grupos menos favorecidos, as mulheres, que por desigualdades oriundas de uma sociedade essencialmente patriarcal, onde os homens estão posicionados em uma situação de poder (PRATES; ABIB; OLIVEIRA, 2008), acabam por sofrer consequências influenciadas pela construção de um ideal coletivo à respeito dos diferentes sexos. Sobre a saúde, considerada como “um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990), reconhecemos sua importância não apenas pela necessidade de sobrevivência individual e coletiva, mas também como direito ao bem-estar completo, implicando as condições de vida articuladas biológica, cultural, social, psicológica e ambiental (BRASIL, 2006). Assim, compreende-se a importância de garantir às mulheres o direito universal à saúde, no seu entendimento mais complexo, que considera o bem-estar geral do indivíduo. Para tanto, a temática de saúde da mulher foi incorporada às políticas públicas no Brasil, em conformidade com o Art. 196 da Constituição Federal de 1988, que diz que o direito à saúde deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que reduzam o risco de doença e outros agravos e que permitam o acesso igualitário às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988).

Entretanto, uma breve análise histórica das políticas voltadas à população feminina demonstra a excessiva preocupação com a saúde materno-infantil, onde o enfoque central era a intervenção nos corpos das gestantes, de maneira a garantir que os filhos ali gerados fossem adequados às necessidades de reprodução social (OSIS, 1998). O cuidado baseado na especificidade biológica da mulher em gerar filhos limitou as ações em saúde para o ciclo gravídico e o parto nas primeiras décadas do século XX, o que reduzia a mulher ao seu papel social de mãe, responsável pela educação e cuidado com os filhos e demais familiares (BRASIL, 2006).

Tendo por cenário as reivindicações do movimento feminista, que naquele momento clamava por uma atenção à saúde das mulheres não centralizada no cuidado materno-infantil, a redemocratização do país e as novas ideias que culminariam no movimento da Reforma Sanitária e na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, o MS lançou, em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Anunciado como uma nova abordagem da mulher

baseada no conceito de atenção integral à sua saúde, o PAISM propôs oficialmente o planejamento familiar como um de seus objetivos - ao contrário do que vinha sendo realizado até o momento, em que o controle da natalidade era um tema oculto nas ações em saúde realizadas para mulheres (OSIS, 1998). Estas ações eram exercidas por clínicas de atendimento e distribuição de anticoncepcionais para mulheres pobres ligadas a BEMFAM (Sociedade Civil de Bem-Estar no Brasil), que expandiram-se pelo país, distribuindo métodos contraceptivos sem critério ou monitoramento clínico, para diminuir o contingente de famílias pobres e numerosas (COSTA, 2009).

Avançando nas propostas apresentadas até então, o PAISM incluía

ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984, p. 20).

As propostas de hierarquização, descentralização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, também surgiram no documento, ecoando os conceitos que estavam sendo concebidos no âmbito do Movimento Sanitário e que embasariam a formulação do SUS em 1990 (BRASIL, 2004). O cuidado com questões relativas à reprodução possuía uma temática mais abrangente, contemplando as diversas etapas da vida das mulheres, incluindo, naturalmente, os assuntos relacionados à gestação, mas de forma a garantir que elas possuíssem autonomia para decidir sobre seu futuro reprodutivo.

Reações contrárias e suspeitosas em relação ao programa surgiram na época, disseminadas em setores como o do movimento de mulheres (OSIS, 1998; COSTA, 2009), onde o momento histórico era de “grande efervescência, marcado pela atuação de movimentos sociais e da sociedade civil como um todo para o restabelecimento da democracia no país” (OSIS, 1998, p. 28). Em 1983, foi instaurada uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) para investigação do crescimento populacional, pois se reforçava o discurso ditatorial de que a segurança nacional estava ameaçada pelo grande número de pobres e famílias numerosas, consideradas presas fáceis para a propaganda de ideias subversivas (COSTA, 2009), razão pela qual o PAISM foi visto como uma estratégia do governo para controlar as taxas de natalidade no Brasil. Após um momento inicial de dúvidas, o movimento das mulheres passou a defender a implantação do programa,

ênfatizando que se tratava de uma proposta inovadora, abrangente e voltada à assistência das condições de saúde precárias das mulheres, independente de estarem ou não no ciclo reprodutivo (OSIS, 1998).

Embora com amplo significado social,

estudos realizados para avaliar os estágios da implementação da política demonstraram a existência de dificuldades na implantação das ações previstas no programa, mostrando que a maioria dos municípios apresentou dificuldades técnicas, políticas e administrativas (BRASIL, 2004, p. 17).

Ficou constatada a não-implantação efetiva do programa em todo o país, o que, para alguns autores (OSIS, 1998), ocorreu devido à morosidade e ao descompasso entre discussão, planejamento e medidas práticas, traduzindo a falta de compromisso político existente.

Com o advento da VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em março de 1986, que contou com a participação de mais de 4.000 pessoas entre representantes da sociedade civil, dos grupos profissionais e de partidos políticos, foi produzido um relatório (8ª CONFERÊNCIA Nacional de Saúde, 1986) com observações que incluíam, por exemplo, a evidência de que

[...] as modificações necessárias ao setor saúde transcendem os limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e revendo-se a legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que se está convencionalmente chamar a Reforma Sanitária (p. 02).

O documento continha propostas para um novo modelo de saúde, em substituição a um sistema “em que predominam interesses de empresários da área médico-hospitalar” e onde é “escassa a participação popular no processo de formulação e controle das políticas e dos serviços de saúde” (8ª CONFERÊNCIA Nacional de Saúde, 1986, p. 06). A redefinição do conceito de saúde como um direito, resultante da organização social em que é produzida e significando a garantia de condições dignas de vida pelo Estado, foi defendida na Assembléia Nacional Constituinte criada em 1987, e incorporada na nova Constituição Federal de 1988, garantindo “o direito à saúde para todo cidadão, transformando-a num dever do Estado, através da criação de um sistema universal e igualitário, com ações voltadas para sua promoção, proteção e recuperação” (PINGARILHO, 2010).

A partir da promulgação da nova Constituição, iniciou-se o processo de construção do SUS. Conforme Art. 198, Seção II – “Da Saúde”, da Constituição

Federal de 1988,

as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada [...] organizada de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo, atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas [...] e participação da comunidade (BRASIL, 1988, p. 91).

Em 1990 entraram em vigor as Leis Orgânicas da Saúde (LOS) nº 8080/90 e nº 8142/90, de caráter complementar à Constituição, para dispor sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, assim como a organização e funcionamento dos serviços vinculados ao SUS, e também para garantir a participação da população na gestão do novo sistema, através dos Conselhos de Saúde e da Conferência de Saúde (realizada a cada quatro anos). Através da implantação dessas leis, consolidou-se também o processo de municipalização dos serviços de saúde em todo o país, o que constituiu espaço privilegiado de reorganização das ações e dos serviços básicos conforme a necessidade da população local, entre os quais estão posicionadas as ações e serviços de atenção à saúde da mulher, integrados ao sistema e em conformidade com suas diretrizes (BRASIL, 2004).

Com a responsabilização dos municípios pela gestão do SUS em sua esfera de governo, buscou-se a reorganização e revitalização dos serviços de AB, principalmente por meio da implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) e Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em documento formulado pelo MS (BRASIL, 2006), firmou-se o compromisso de que

[...] a Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006, p. 12).

No texto, a saúde da mulher é definida como uma área estratégica para atuação em todo o território nacional, sendo delimitadas as ações básicas mínimas de acompanhamento do pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino, priorizando ações de redução da mortalidade materna (BRASIL, 2004).

Contudo, balanço realizado pela Área Técnica de Saúde da Mulher, em 2003, apontou diversas lacunas na atenção à saúde feminina, como a

ausência de ações para mulheres no climatério/menopausa; queixas ginecológicas; infertilidade e reprodução assistida; saúde da mulher

na adolescência; doenças crônico-degenerativas; saúde ocupacional e mental [...] e inclusão da perspectiva de gênero e raça nas ações a serem desenvolvidas (BRASIL, 2004, p. 19).

Essas discussões foram levadas a XXII Conferência Nacional de Saúde, também ocorrida em 2003, onde se reacendeu o debate sobre a implementação efetiva do PAISM. Assim, em 2004, o MS propõe o lançamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), retomando as propostas do PAISM de forma atualizada e adequada às necessidades presentes nos últimos vinte anos (COSTA, 2009). O “programa” foi substituído pela “política”, visto que programas são intervenções verticais que ocorrem paralelamente às atividades dos serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997), enquanto que políticas (em especial políticas públicas) carregam a noção de concretização de direitos através de ações governamentais, funcionando como instrumentos de aglutinação de interesses em torno de objetivos que são comuns a coletividade (BUCCI, 2001).

A proposta do novo documento é aplicar como princípios básicos no atendimento de mulheres a humanização e a qualidade da atenção em saúde. O texto traz uma revisão dos principais indicadores sociodemográficos em relação à população feminina, mostrando que a realidade é multifacetada, o que exige ações específicas para cada segmento social. As doenças que mais têm acometido a população de mulheres (doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças do aparelho respiratório e doenças endócrinas e metabólicas), a mortalidade materna por causas evitáveis, a taxa de infecção por HIV/AIDS e outras DST, as diversificadas formas de violência a que mulheres são expostas diariamente, sua fragilidade perante a sociedade patriarcal e os grupos de mulheres que não recebem atenção das políticas públicas de saúde (mulheres lésbicas, negras, indígenas, presidiárias e residentes e/ou trabalhadoras da área rural) são situações apresentadas como justificativa para a criação desta política, enfatizando a necessidade da escuta acolhedora a fim de evitar discriminação e violação dos direitos femininos. Por isso, a nova versão da política aponta como algumas das principais diretrizes (BRASIL, 2004, p. 63):

- a) O 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 patologias mais prevalentes e a garantia do direito à saúde;

- b) A PNAISM deve atingir as mulheres em todos os seus ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais;
- c) A elaboração, execução e avaliação das políticas de saúde da mulher deverão nortear-se pela perspectiva de gênero, raça e etnia;
- d) O SUS deverá garantir o acesso das mulheres a todos os níveis de atenção à saúde;
- e) A atenção integral à saúde da mulher compreende o atendimento à mulher a partir de uma percepção ampliada de seu contexto de vida, do momento em que apresenta determinada demanda, assim como de sua singularidade e suas condições enquanto sujeito capaz e responsável por suas escolhas.

Como objetivos gerais da PNAISM, tem-se a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres, a garantia dos direitos legalmente adquiridos, a ampliação do acesso aos serviços de saúde, a redução da mortalidade feminina por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida da mulher, e a qualificação e humanização da atenção à mulher no SUS (BRASIL, 2004).

Destaca-se aqui o esforço do MS em incluir ações que se estendam às mulheres que vivem com HIV/AIDS no contexto do SUS, verificadas através de princípios como a consolidação dos avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual, assim como a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/AIDS, portadoras de doenças crônicas não-transmissíveis e de câncer ginecológico (BRASIL, 2004).

Entretanto, oito anos após a publicação do documento que orienta a nova PNAISM, ainda se questiona a real implementação dessas diretrizes e princípios em todos os níveis de atenção à saúde da mulher. Em artigo publicado em 2009, Coelho *et al.* trazem uma reflexão acerca dos limites que a prática profissional impõe à incorporação da integralidade e da escuta humanizada nos diferentes serviços de saúde. Observou-se que a equipe multiprofissional compreende a importância da atenção à mulher como um ser único e integral, porém reconhece que a prática profissional dirigida às mulheres ainda é centrada no modelo biomédico, desconsiderando as especificidades femininas, e que as desigualdades de classe e gênero permeiam as práticas cotidianas de atendimento, fatos esses que não

mobilizam as equipes para a mudança de atitude (COELHO *et al.*, 2009). Sendo assim, perdura a necessidade de reorganização das políticas de saúde direcionadas à integralidade da atenção para mulheres, assim como a mudança de postura dos profissionais que trabalham com este público tão peculiar, a fim de oferecer às mulheres a possibilidade de serem cidadãs que usufruem de seus direitos e se reconhecem como agentes no cuidado e controle de seu próprio corpo e saúde.

3.2 Do nascimento das políticas de saúde: o papel do Ministério da Saúde e das Conferências Nacionais de Saúde

Em estudos que buscam retratar a história da saúde pública no Brasil (NUNES, 2000; LIMA; PINTO, 2003), são destacadas as ações de saneamento e o combate às epidemias como práticas que, à época em que este campo se tornou mais visível, despertavam maior interesse governamental para desenvolvimento de ações em termos de saúde. A partir de 1920, o tema saúde começou a surgir como uma questão social, pois com o advento da economia cafeeira e a aceleração do processo de desenvolvimento industrial e urbano, a qualidade da mão-de-obra tornou-se essencial, fato esse relacionado diretamente às condições sanitárias (LIMA; PINTO, 2003). Com a criação, no mesmo ano, do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) para fins de controle das doenças endêmicas, o modelo assistencialista passou a ser projetado no país, a fim de “promover a saúde da população por meio de práticas de higiene e interiorização das ações de saúde” (LIMA; PINTO, 2003, p. 1044).

Em 1930 foi criada uma pasta ministerial para a saúde pública, o Ministério da Educação e Saúde (HAMILTON; FONSECA, 2003), relacionando saúde e educação através da incorporação de quatro departamentos (Departamento Nacional de Ensino, Departamento Nacional de Saúde Pública, Departamento Nacional de Medicina Experimental e Departamento Nacional de Assistência Pública) subordinados ao ministro, porém independentes entre si (LIMA; PINTO, 2003). Daí em diante, a discussão sobre a criação de um ministério específico para questões da saúde foi tema de diversos debates, sendo incluído na pauta da I Conferência Nacional de Saúde, em 1941, e, posteriormente, em 1945, após a redemocratização do país (HAMILTON; FONSECA, 2003). Enfim, através da lei nº1920 de 25 de Julho

de 1953, saúde e educação tornaram-se temáticas independentes, sendo criado o MS para ser o órgão governamental responsável pelas atividades do antigo DNSP.

O atual MS é “o órgão do Poder Executivo Federal responsável pela organização e elaboração de planos e políticas públicas voltados para a promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a). De acordo com o decreto nº 7336 de 19 de outubro de 2010, estão entre as atribuições do Ministério as atividades de coordenação e fiscalização do SUS, assim como o controle das ações em vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, saúde ambiental e individual/coletiva, pesquisa científica e tecnológica e também a política nacional de saúde (BRASIL, 2010b). Sua composição obedece a estrutura organizacional apresentada no organograma a seguir:

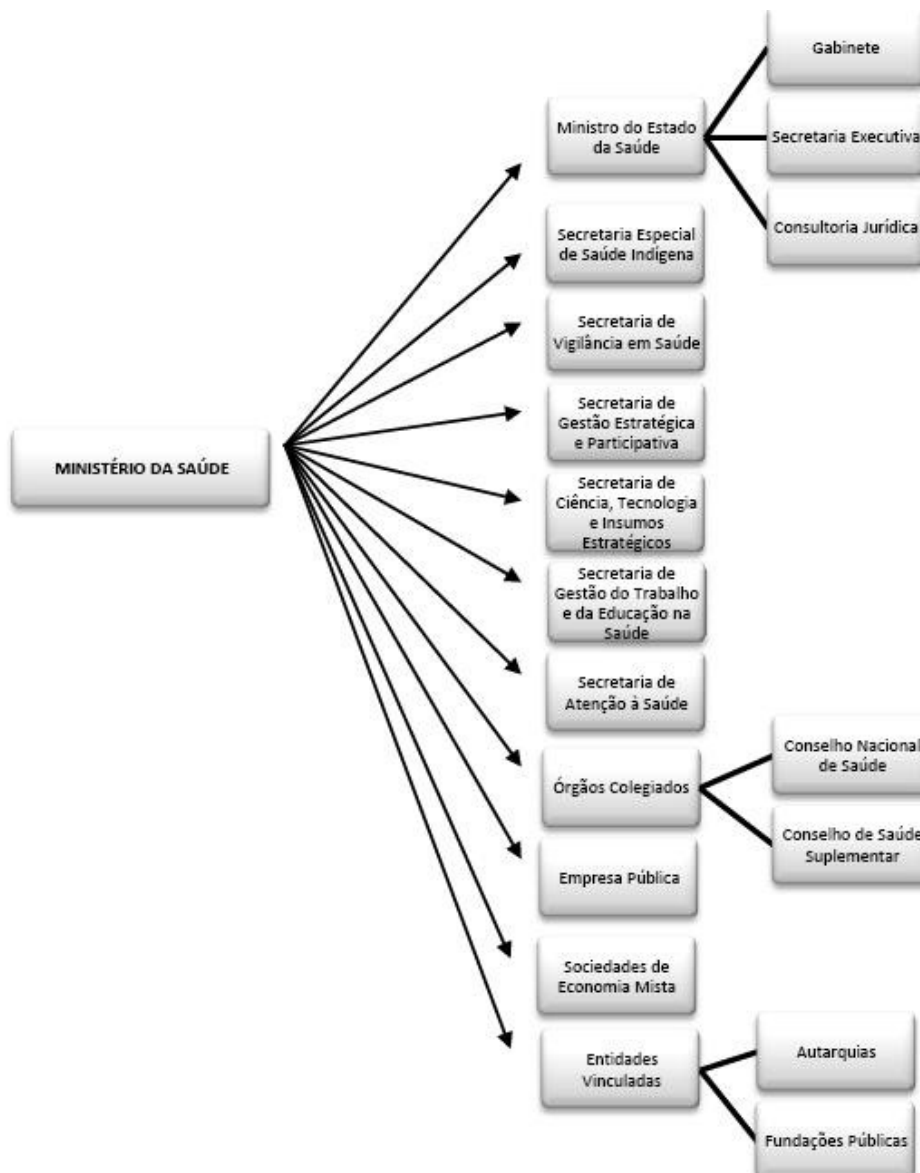


Figura 1– Estrutura organizacional do MS

Fonte: BRASIL, Decreto nº 7.336, de 19 de outubro de 2010.

O MS é composto por diversas secretarias e departamentos a elas vinculados, responsáveis pela elaboração, viabilização e implementação das políticas públicas de saúde no país. Além disso, o MS conta com a atuação das secretarias estaduais e municipais de saúde que, em conformidade com os princípios do SUS de descentralização e regionalização, atuam em seu território desenvolvendo ações próprias de cada órgão. Também fazem parte dessa estrutura os órgãos colegiados, que “são órgãos permanentes e deliberativos sobre temas relacionados à saúde, que reúnem representantes do Governo e dos prestadores de serviços de saúde, profissionais de saúde e usuários do SUS” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a).

O Conselho Nacional de Saúde, criado pelo Decreto n.º 34.347 de 8 de abril de 1954, teve como função inicial assessorar o Ministro do Estado, cujos membros eram diretamente indicados pelo ministro; porém, a partir de 1988, com a promulgação da nova Constituição Federal, o papel do conselho foi alterado, com novas atribuições e composição de seus membros (usuários ficaram com 50% das vagas, e os outros 50% foram divididos entre trabalhadores, gestores e prestadores de serviço), resultado da negociação entre os movimentos sociais e o MS. Uma nova estrutura entrou em vigor no ano de 2006, quando foi publicado o decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, na qual o conselho passou a escolher seus membros a partir de processo eleitoral e a eleger seu presidente, cargo até então ocupado pelo Ministro de Estado da Saúde. O Conselho Nacional de Saúde passou a contar com 48 conselheiros titulares, representados por usuários, profissionais de saúde, gestores e prestadores de serviço (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b).

As Conferências Nacionais de Saúde (CNS), regulamentadas pela Lei nº 8142/90, constituem-se de ferramentas que permitem a avaliação das condições de saúde no país, bem como a reflexão e proposição de políticas que possam atender às demandas em saúde observadas em cada região. Como o Conselho Nacional de Saúde, as conferências devem ter a representação de usuários do sistema de saúde na proporção de 50%, e contam com pré-versões municipais e estaduais, que tratam do mesmo tema a ser discutido na Conferência Nacional, reunida a cada quatro anos. O quadro abaixo (Quadro 1) relaciona as conferências realizadas desde 1941 até a última versão, ocorrida no ano de 2007. Para o ano de 2011, está programado o acontecimento da 14ª CNS, com o tema "Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública, patrimônio do Povo Brasileiro" (MINISTÉRIO DA SAÚDE,

2011c).

Tabela 1 – Conferências Nacionais de Saúde no Brasil

Número da Conferência	Ano	Temática
1ª Conferência Nacional de Saúde	1941	Tema central: Situação sanitária e assistencial dos estados
2ª Conferência Nacional de Saúde	1950	Legislação referente à higiene e segurança do trabalho
3ª Conferência Nacional de Saúde	1963	Descentralização na área de saúde
4ª Conferência Nacional de Saúde	1967	Recursos humanos para as atividades em saúde
5ª Conferência Nacional de Saúde	1975	Constituição do Sistema Nacional de Saúde e a sua institucionalização
6ª Conferência Nacional de Saúde	1977	Controle das grandes endemias e interiorização dos serviços de saúde
7ª Conferência Nacional de Saúde	1980	Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos
8ª Conferência Nacional de Saúde	1986	Saúde como direito; reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento setorial
9ª Conferência Nacional de Saúde	1992	Municipalização é o caminho
10ª Conferência Nacional de Saúde	1996	Construção de modelo de atenção à saúde
11ª Conferência Nacional de Saúde	2000	Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social
12ª Conferência Nacional de Saúde	2003	Saúde um direito de todos e um dever do Estado. A saúde que temos, o SUS que queremos
13ª Conferência Nacional de Saúde	2007	Políticas de Estado e Desenvolvimento

Fonte: Ministério da Saúde, 2011.

Dentre as 13 conferências ocorridas ao longo de setenta anos, quatro delas influenciaram diretamente a formulação posterior de políticas públicas que enfocam a saúde das mulheres:

- a) 3ª CNS: com o tema “Descentralização na área da saúde”, a 3ª CNS representou a proposta inicial da descentralização dos serviços de saúde, estipulando as atribuições de cada esfera de governo nas atividades médico-sanitaristas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011c);
- b) 8ª CNS: a 8ª CNS representou um marco na história da saúde brasileira, por ter sido a primeira conferência a contar com a participação popular nas discussões. As propostas elaboradas no relatório final desta conferência serviram como base para a formulação da Constituição Federal de 1988, assim como das leis orgânicas nº 8080/90 e nº 8142/90. A 8ª CNS propôs “a criação de uma ação institucional correspondente ao conceito ampliado de saúde, que envolve promoção, proteção e recuperação” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011c), impulsionada pelo ideário da Reforma Sanitária;
- c) 10ª CNS: ocorrida em 1996, a 10ª CNS abordou a construção de um novo modelo de atenção à saúde, embasando a formulação da Norma Operacional Básica do SUS – NOB 01/96, que tem por finalidade

promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios, com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União (DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, 1996, p. 01).

Com isso, buscou-se o aperfeiçoamento da organização do SUS, redefinindo as responsabilidades dos governos municipais em seu território de atuação.

- d) 12ª CNS: antecipada em um ano, as propostas da 12ª CNS teriam a finalidade de nortear as ações em saúde do governo para o período de 2003-2007 e de reafirmar o compromisso com a efetivação plena do SUS. Esta conferência contou com a participação de representantes de órgãos públicos, entidades de classe, conselhos profissionais de saúde, entidades da sociedade civil e usuários, onde foram discutidos temas como “direito à saúde, seguridade social e a saúde, a intersetorialidade das ações de saúde, as três esferas de governo e a construção do SUS, a organização da atenção à saúde, controle social e gestão participativa, o trabalho na saúde, ciência e tecnologia e a

saúde, o financiamento da saúde e comunicação e informação em saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011c).

As conquistas obtidas por meio das CNS são reveladoras da importância destes eventos para a reflexão sobre as necessidades em saúde da população brasileira, servindo como subsídio para a elaboração de propostas que possam nortear a formulação de políticas que venham ao encontro destas necessidades, formuladas com a participação efetiva da população.

3.3 O HIV/AIDS no Brasil e no mundo e a inserção das mulheres nesse contexto

Os primeiros casos relatados de AIDS (do inglês *Acquired Immunodeficiency Syndrome*) datam de 1977 e 1978, identificados nos Estados Unidos, Haiti e África Central (BRASIL, 2010a). Em 1981, a AIDS foi reconhecida nos Estados Unidos a partir da identificação de um número elevado de pacientes adultos do sexo masculino, homossexuais e moradores de São Francisco ou Nova York, que apresentavam sarcoma de Kaposi, pneumonia por *Pneumocystis carinii* e comprometimento do sistema imune (BRASIL, 2002). Até esse momento, tratava-se de uma nova doença ainda não classificada, de etiologia possivelmente infecciosa e transmissível. No Brasil, o primeiro caso diagnosticado ocorreu em São Paulo, em 1982, mesma época em que se adotou temporariamente o nome “Doença dos 5 H”, representando os homossexuais, hemofílicos, haitianos, heroinômanos (usuários de heroína injetável) e *hookers* (nome em inglês dado às profissionais do sexo) (BRASIL, 2010a). Atualmente, sabe-se que o vírus do HIV, causador da AIDS, é transmitido por contato sexual, exposição a fluidos corpóreos contaminados e também por transmissão vertical da mãe para o feto durante o período gestacional, não se limitando aos chamados grupos de risco, mas àqueles que se expuserem à qualquer das situações de risco de transmissão.

Conforme estudo de Vidal *et al.* (2009),

desde o surgimento da AIDS nos anos 1980, estima-se mais de 60 milhões de pessoas infectadas pelo HIV (vírus da imunodeficiência humana) em todo o mundo. No ano de 2007, globalmente, as estimativas de infecção apontaram 2,5 milhões de novas infecções e 33,2 milhões de pessoas vivendo com HIV no mundo, sendo 2,5 milhões menores de 15 anos e 30,8 milhões de adultos, entre os

quais 15,4 milhões de mulheres (VIDAL *et al.*, 2009, p. 167).

No Brasil, desde o início da epidemia, foram notificados 544.846 casos de AIDS no país até 2009 (BRASIL, 2010a). Diante do aprendizado e vivência adquiridos por três décadas de epidemia, várias fases se expressaram desde o surgimento do HIV/AIDS, caracterizando fenômenos relativos ao perfil epidemiológico desenhado com o decorrer do tempo (VIDAL *et al.*, 2009). O documento da Política Nacional de DST/AIDS descreve três fases principais no curso da epidemia de AIDS no Brasil. A fase inicial, caracterizada pelo enfoque na transmissão do vírus, originou o conceito de “grupos de risco”, em virtude da crescente transmissão entre homens homossexuais. A segunda fase, que ampliou o olhar sobre as formas de exposição ao vírus, principalmente em relação aos usuários de drogas injetáveis e pela disseminação do HIV entre heterossexuais, caracterizou o conceito de “comportamento de risco”. Já a terceira fase apresentou a suscetibilidade das pessoas à infecção, evidenciada pela disseminação do vírus entre os heterossexuais (principalmente mulheres), populações de baixa escolaridade e a interiorização da epidemia para municípios de pequeno e médio porte, originando a discussão sobre o conceito de vulnerabilidade (BRASIL, 1999).

Sobre esse aspecto, Vidal e colaboradores (2009) observam que o número de pessoas infectadas aumentou entre as mulheres, especialmente àquelas em idade reprodutiva e que estão em relacionamento estável. De qualquer forma, a visibilidade das mulheres portadoras do HIV por parte de organizações não-governamentais parece ser menor quando comparada às questões que envolvem a homossexualidade, assim como a pequena quantidade de estudos sobre o acolhimento e a assistência a essa população feminina demonstra a necessidade do re-enfoque da atenção para investigação das causas e fatores de risco das mulheres à infecção pelo vírus do HIV (CARVALHO *et al.*, 2008).

Em julho de 2009, a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e o MS lançaram em conjunto o *Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia da AIDS e outras DST*, que tem como foco principal o enfrentamento das múltiplas vulnerabilidades que contribuem para que as mulheres brasileiras estejam mais suscetíveis à infecção pelo HIV e a outras DST (BRASIL, 2009a). Este plano visa orientar a implementação de ações nos níveis federal, estadual e municipal, cujo objetivo central é 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, diagnóstico e ao tratamento das DST/AIDS para as

mulheres das diferentes regiões do país (CARVALHO *et al.*, 2008).

Esse documento foi lançado três anos após a publicação do *Guideline Sexual and Reproductive Health of Women Living with HIV/AIDS* da OMS, que propõe aos gestores das políticas públicas voltadas ao HIV/AIDS investimentos para: a) promover a saúde sexual; b) prover serviços de alta qualidade para planejamento familiar; c) aperfeiçoar cuidados ante-natais, intra-parto, pós-parto e ao recém-nascido; d) eliminar aborto inseguro; e) combater infecções sexualmente transmissíveis, infecções do trato reprodutivo e câncer cervical (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006). Para a OMS, fatores como o tratamento de infecções oportunistas causadas pelo HIV, prevenção da transmissão do vírus e de outras DST e a melhora da saúde sexual e reprodutiva da mulher são importantes para a redução da pobreza e a promoção do desenvolvimento social e econômico dos países (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006).

Apesar das recomendações da OMS, questões referentes à sexualidade da mulher portadora do vírus HIV, à infertilidade, às escolhas reprodutivas, orientações sobre uso de métodos contraceptivos e informações sobre seus direitos sexuais e reprodutivos ainda são precariamente oferecidos pelos serviços de saúde (SANTOS *et al.*, 2002; SANT'ANNA, SEIDL, GALINKIN, 2008), representando uma lacuna que pode ser resultado da gestão inadequada dos serviços de saúde, ou ainda reflexo de uma formação profissional focada no corpo da mulher como reprodutor, falhando no atendimento integral a esse grupo de pessoas.

A soma de esforços para a melhoria da qualidade de vida das mulheres vivendo com HIV/AIDS pode alterar significativamente os indicadores de monitoramento das DST/AIDS no Brasil, como a transmissão materno-infantil do HIV, prevenção e controle de DST, assistência e vigilância da AIDS e indicadores de impacto, como morbidade e mortalidade pelo HIV/AIDS (BARBOSA JR *et al.*, 2006), o que reflete de forma direta no aumento da expectativa de vida, diminuição da transmissão (vertical e horizontal) do vírus do HIV, diminuição da morbimortalidade por AIDS, prevenção de doenças oportunistas, diagnósticos precoces da doença, entre outros. Com isso, surgiria a possibilidade de criarmos novos indicadores da saúde da mulher que levassem em consideração outras informações sobre a história de vida destas mulheres e de como elas exercem a sexualidade, interferindo positivamente na sua forma de viver e exercer o autocuidado. Este enfoque não deveria estar centrado na saúde reprodutiva, mas sim na saúde das mulheres a partir de suas necessidades, relacionadas ou não ao exercício de sua capacidade

reprodutiva.

3.4 A Política Nacional de DST/AIDS e o papel da Atenção Básica para as pessoas que vivem com HIV/AIDS

Em 2 de maio de 1985, foi lançada a portaria nº 236/85 que estabelece a necessidade de um programa de controle da AIDS, sob coordenação da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária (MONTEIRO, VILELLA, 2009). Neste documento, foram definidas as primeiras diretrizes e normas para o enfrentamento da AIDS como um problema de saúde pública no Brasil. Apesar disso, apenas em 1988 o Programa Nacional de DST/AIDS foi criado, vinculado ao MS para atender a crescente demanda das instituições já envolvidas no processo de controle da epidemia (MONTEIRO, VILELLA, 2009).

Contando com financiamento proveniente do Banco Mundial, o Governo Federal iniciou uma nova fase de investimento de recursos para o controle da doença, que culminou no lançamento da *Política Nacional de DST/AIDS: princípios e diretrizes*, publicada em 1999. O objetivo do documento da política é ser um instrumento que subsidie ações de saúde no âmbito das DST/AIDS, baseadas nos princípios do SUS de integralidade, universalidade, equidade, descentralização e controle social, visando ações de promoção à saúde, proteção dos direitos fundamentais das pessoas que vivem com HIV/AIDS, prevenção da transmissão do vírus e de DST, diagnóstico, tratamento e assistência aos portadores e fortalecimento dos gestores locais de programas e projetos desta área (BRASIL, 1999).

Conforme apontam Monteiro e Vilella (2009),

o Brasil foi o primeiro entre os países em desenvolvimento a garantir assistência através da distribuição dos medicamentos às pessoas afetadas pela AIDS, assim como permanece propondo iniciativas em âmbito global para aumentar o acesso ao tratamento anti-retroviral e a outros insumos de saúde (MONTEIRA E VILELLA, 2009, p. 41).

A distribuição gratuita da medicação modificou o perfil de longevidade e qualidade de vida das pessoas que convivem com o HIV, assim como o tratamento das comorbidades, frequentemente associadas ao vírus (tuberculose, pneumonia, candidíase) e a prevenção de DST através da distribuição massiva de preservativos

(CARVALHO *et al.*, 2008). Essas ações estão em consonância com as políticas públicas elaboradas para o enfrentamento do HIV/AIDS no Brasil, e se dão através da parceria entre os serviços de referência em atendimento de HIV/AIDS e hepatites e os serviços de AB, que servem como ponto de partida do atendimento preconizado pelo SUS e que devem possibilitar o acolhimento, diagnóstico precoce, assistência e, quando necessário, encaminhamento dos portadores de DST, HIV/AIDS e/ou hepatites às unidades de referência (BRASIL, 2006). Após testagem sorológica, indivíduos com resultado reagente para HIV são encaminhados para os serviços especializados através de uma Unidade Básica de Saúde, a fim de receber esclarecimentos e orientação. O acompanhamento é realizado nas unidades disponibilizadas pelo sistema de saúde: serviços de assistência especializada (SAE), hospital dia (HD), hospital convencional (HC) ou assistência domiciliar terapêutica (ADT) (BRASIL, 2006). A figura abaixo (Figura 2) ilustra o fluxograma de manejo do indivíduo com HIV/AIDS:

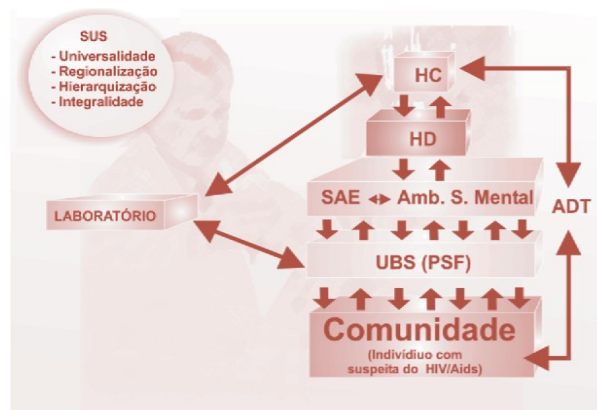


Figura 2 - O atendimento ao portador de HIV/AIDS no SUS.

Fonte: Cadernos de Atenção Básica HIV/AIDS, hepatites e outras DST, 2006.

Sobre a AB, definida pelo MS como “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2007, p. 12), esta foi priorizada como modelo de atenção à saúde a partir da NOB SUS 01/96, que reforçou seu papel central para fortificar o processo de descentralização previsto pelo SUS por meio da organização dos serviços municipais de saúde. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, lançada em 2007, os serviços de AB devem ser baseados nas realidades locais, considerando os sujeitos como seres inseridos em culturas e condições sociais diversificadas e vistos de forma singular e complexa, para contemplar a

promoção de sua saúde, prevenção de agravos e recuperação ou redução de danos que possam comprometer o seu viver de modo saudável (BRASIL, 2007). Este é o nível da atenção à saúde identificado como o primeiro contato do usuário com o sistema, de fácil e rápido acesso, onde suas necessidades e problemas serão reconhecidos, e, quando necessário, encaminhados para outro nível da assistência (nível secundário ou terciário).

A reorganização da AB se deu através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que, segundo Fernandes, Bertoldi e Barros (2009), surgiu em 1994 para reorientar o modelo assistencial, enfocando ações preventivas ao invés de curativas, priorizando promoção e educação em saúde, dentro do contexto familiar. Ainda segundo esses autores,

a implantação da Estratégia de Saúde da Família tende a provocar um impacto positivo e progressivo nas condições de saúde da população mais pobre, visto que objetiva minimizar as desigualdades e promover a equidade [...] priorizando àquelas em situação de risco social (FERNANDES; BERTOLDI; BARROS, 2009, p. 602).

Esta visão está em consonância com os princípios da Política Nacional de Atenção Básica, que aponta como objetivo geral “promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais” (BRASIL, 2007, p. 17). Uma conceitualização mais ampla sobre a ESF traz a seguinte definição:

Um modelo de atenção primária, operacionalizado mediante estratégias/ações preventivas, promocionais, de recuperação, reabilitação e cuidados paliativos das equipes de saúde da família, comprometidas com a integralidade da assistência à saúde, focada na unidade familiar e consistente com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade em que está inserido (ANDRADE; BUENO; BEZERRA, 2009, p. 804).

As equipes de ESF são compostas por, no mínimo, um médico de saúde da família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde, e quando ampliadas, também contam com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental, que se responsabilizam por, no máximo, quatro mil habitantes (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2011). A agregação do agente comunitário de saúde, que faz parte da comunidade na qual a unidade de saúde está inserida, é um fator de valorização do conhecimento popular e vinculação da equipe com a população local, facilitando a responsabilização do serviço com os indivíduos e permitindo a formação de laços de compromisso e

confiança entre equipe de saúde e comunidade.

A fim de qualificar o serviço dos profissionais que compõe as equipes de AB, o MS publica, gratuitamente, uma série denominada *Cadernos de Atenção Básica*, que serve para “reunir conteúdos e informações técnicas pertinentes aos protocolos e rotinas para o trabalho das equipes” (BRASIL, 2006, p. 06). Esses documentos buscam fornecer indicações sobre as responsabilidades da AB dentro do sistema de saúde, apontando recursos necessários para sua atuação e fluxos de referência para outros serviços, quando necessário. Atualmente, existem 29 publicações disponíveis na página *online* do MS, sendo o Caderno n° 18 voltado exclusivamente para ações de atenção e tratamento de HIV/AIDS, hepatites virais e outras DST, instrumentando as equipes através de abordagens técnicas e sociais relacionadas a essas patologias. Desta forma, os serviços de AB, de forma integrada com os serviços especializados, têm recursos para desenvolver ações de promoção à saúde e prevenção juntamente à comunidade, assim como assistência, aconselhamento, abordagem clínico-diagnóstica, cuidados de enfermagem, apoio emocional e suporte social, bem como promover a inserção do portador e sua família no contexto em que a doença se desenvolve (BRASIL, 2006).

4 METODOLOGIA

Abaixo é apresentada a metodologia que foi utilizada para a realização desta pesquisa, assim como as referências consultadas e a justificativa dos materiais escolhidos como fontes para este estudo.

4.1 Tipo de estudo

O estudo realizado foi de cunho qualitativo, utilizando como abordagem metodológica a pesquisa documental, que, de acordo com Gil (2002, p. 45) “vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa”. Para o mesmo autor, na pesquisa documental as fontes podem ser documentos de primeira mão, como documentos conservados em arquivos de órgãos públicos e instituições privadas, ou outros documentos, como cartas pessoais, diários, fotografias, gravações, memorandos, regulamentos, ofícios, boletins, ou podem ser documentos de segunda mão, que de alguma forma já foram analisados, como: relatórios de pesquisa, relatórios de empresas, tabelas estatísticas.

4.2 Fontes

Constituíram-se como unidades de análise deste estudo o documento do MS *Cadernos de Atenção Básica: HIV/AIDS, Hepatites e outras DST*, disponível em sua versão on-line, e o guia *Saúde Sexual e Reprodutiva das Mulheres vivendo com HIV/AIDS*, disponível on-line na página da OMS.

No documento da OMS, o foco foi a diretriz que trata especificamente das “ações de combate às infecções sexualmente transmissíveis”, dentre um dos cinco aspectos indicados como essenciais para a orientação dos gestores na formulação de políticas de atenção à saúde sexual e reprodutiva das mulheres que vivem com HIV/AIDS. Elegeu-se esse item a fim de facilitar a comparação de suas diretrizes

com as orientações trazidas pelo documento do MS, que abordam as DST e formas de controle dessas doenças.

O destaque dado ao documento *Cadernos de Atenção Básica: HIV/AIDS, Hepatites e outras DST* justifica-se pelo seu objetivo principal: reunir conteúdos e informações técnicas pertinentes aos protocolos e rotinas para o trabalho das equipes de AB. Com isto, o MS proporcionou um instrumento que indica as responsabilidades dos serviços de AB como porta de entrada do SUS, a fim de delimitar suas funções e definir recursos diagnósticos e terapêuticos necessários para a sua articulação com as redes especializadas em DST/AIDS.

4.3 Coleta de dados

Os dados foram coletados de acordo com o referencial de Gil (2002) que trata da pesquisa documental, com a confecção de fichas que embasem a análise e a interpretação dos dados. Para esta pesquisa, os dados foram registrados em um instrumento de coleta previamente elaborado (Apêndice A), em que constam a identificação do documento, o órgão, secretaria ou departamento responsável pela publicação, o ano da publicação, a justificativa para a elaboração do material e os objetivos da mesma.

4.4 Análise e interpretação das informações

A análise dos dados foi realizada conforme a proposta de Minayo (2007), utilizando a abordagem da análise de conteúdo - modalidade temática, onde “o conceito central é o tema. Esse comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentado através de uma palavra, uma frase, um resumo” (MINAYO, 2007, p. 86). A operação da análise de conteúdo desdobra-se em três etapas: pré-análise, exploração do material/tratamento dos resultados obtidos e interpretação. A primeira etapa, chamada de *pré-análise*, consiste na escolha dos documentos a serem analisados e na retomada dos objetivos iniciais do pesquisador, que deverá ser decomposta na leitura flutuante do material, a

constituição do corpus e a formulação e reformulação de hipóteses e objetivos. A segunda etapa, denominada *exploração do material*, trata da operação classificatória de compreensão do texto, onde o pesquisador busca elencar categorias. E a terceira etapa, que se refere ao *tratamento dos dados obtidos e interpretação*, consta de momentos de inferência e interpretação do pesquisador sobre os dados categorizados, cuja reflexão deve ser relacionada com o quadro teórico inicialmente desenhado. Esse exercício representa a tentativa de confirmar a pertinência do quadro teórico escolhido ou abrir novas dimensões teóricas e interpretativas sobre o objeto, sugeridas pela leitura do material (MINAYO, 2008). Sendo assim, utilizou-se um quadro resumo (Apêndice B) para apresentação das temáticas encontradas, com o objetivo de orientar a interpretação e discussão dos dados encontrados.

5 DISCUSSÃO

5.1 Cadernos de Atenção Básica - HIV/ AIDS, hepatites e outras DST

O documento intitulado *Cadernos de Atenção Básica - HIV/ AIDS, hepatites e outras DST*, publicação nº 18 da Série A. Normas e Manuais Técnicos do MS (BRASIL, 2006) traz orientações sobre quatro grandes grupos de DST (HIV, sífilis, hepatites virais e HTLV), assim como de outras infecções prevalentes do trato genital inferior (úlceras genitais, corrimento uretral, corrimento vaginal e cervicite, dor pélvica e infecção pelo papilomavírus humano – HPV). O conteúdo abordado no documento foi classificado em cinco categorias temáticas, extraídas após leitura e interpretação das orientações conforme sua importância e frequência de repetição ao longo do texto. As categorias elencadas são apresentadas abaixo, considerando sua aplicação no contexto das mulheres que vivem com HIV/AIDS. Posteriormente, será realizada a comparação e análise das categorias encontradas em cada documento.

5.1.1 Acolhimento ao usuário

Por ser o acolhimento uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização, publicada em 2004 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004), essa temática faz parte das políticas do SUS elaboradas a partir desta data, reafirmando sua importância, também, nas ações da AB que estão previstas no Caderno publicado em 2006. No documento, o acolhimento é definido como o ato de receber o usuário, ouvir suas queixas e oferecer atenção integral a saúde de forma a atendê-lo com resolutividade (BRASIL, 2006). Nesse sentido, o acolhimento oferecido deve transcender a ideia de medicalização do corpo do outro, em que os sofrimentos e as dores são transformados em problemas médicos, resolvidos através de diagnósticos e terapêuticas medicamentosas por vezes desnecessárias (TESSER; NETO; CAMPOS, 2010). Isso requer uma prática profissional com importante grau de comunicação, interpretação e negociação com o usuário, estimulando o vínculo,

acalmando ansiedades e buscando soluções (TESSER; NETO; CAMPOS, 2010).

Além disso, o texto traz o acolhimento como postura profissional, visto que implica no respeito ao usuário, independente de sua queixa ou estado de saúde, responsabilizando os serviços pela saúde do usuário que busca atendimento, bem como de seus comunicantes. Conforme trecho do documento, “o usuário deve se sentir acolhido, sem discriminação, independentemente de sua atividade profissional, orientação sexual ou estilo de vida”, e por esta razão torna-se “importante e necessário reforçar o acolhimento desses segmentos (profissionais do sexo, usuários de drogas, homossexuais, travestis) no serviço, como um direito de cidadania” (BRASIL, 2006, p. 29). A proposta do acolhimento traz a questão do atendimento à demanda espontânea, ampliando o acesso aos serviços de saúde e concretizando a missão da AB como porta de entrada do sistema, trabalhando soluções a partir de problemas reais dos usuários conforme hierarquização de necessidades, onde existirá uma escuta, um processamento de sua demanda e a busca de resolução, se possível (TESSER; NETO; CAMPOS, 2010).

Em relação às pessoas que vivem com HIV/AIDS, o documento reforça a importância da contribuição da equipe de saúde para a superação do preconceito e discriminação que usualmente permeiam o tema, prevendo a promoção de conscientização da população sobre a doença e garantindo acesso a testagem sorológica e exames complementares. O sigilo e a confidencialidade também são temas frequentes na discussão sobre aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV, entretanto, observa-se descrito que os serviços devem se responsabilizar pela saúde dos parceiros (as) sexuais de portadores do HIV, informando-os quando o usuário testado se recusar a fazê-lo (BRASIL, 2006, p.30). Esse dilema bioético foi estudado por Sadala e Marques (2006), que trouxeram o princípio da não-maleficência como causador de divergências entre a preservação do sigilo profissional e o compromisso com a prevenção do contágio, onde os trabalhadores atribuem-se o dever de não se omitir no relacionamento entre usuário e parceiro.

Nota-se que a relação entre acolhimento e aconselhamento é estreita, pois o processo de orientação e apoio emocional são fatores importantes para o desenvolvimento do vínculo entre serviço de saúde/usuário, além de ser ferramenta de informação e auto-avaliação, como demonstra o seguinte trecho: “o aconselhamento transcende o âmbito da testagem e pode se desenvolver em vários momentos, quer de forma coletiva ou individual; é um momento de interação, quando são favorecidas a participação e as trocas intersubjetivas” (BRASIL, 2006, p.

153).

Considerando que a transmissibilidade do vírus HIV é maior quando associada a outra DST, o caderno reforça a necessidade de tratar também o(s) parceiro(s), principalmente quando o casal é sorodiscordante. Para que o tratamento seja efetivo, o texto aponta que a empatia e confiança entre profissional/usuário devem acontecer, garantido adequado acompanhamento e retorno para avaliação se novos sintomas indicativos de DST. Percebe-se que estas orientações demonstram que o profissional da saúde precisa mobilizar outras habilidades e conhecimentos além daqueles dispostos pela ciência, como sensibilidade e capacidade de comunicação, além da compreensão sobre o impacto que esta doença causa na vida emocional e afetiva de uma pessoa. Para tanto, seria necessária uma ressignificação também das práticas interdisciplinares entre os vários profissionais que entram em contato com essa população, o que potencializaria as propostas preconizadas pela Política de Humanização.

Outro aspecto enfatizado pelo documento é a questão da vulnerabilidade, definida como “o conjunto de fatores de natureza biológica, epidemiológica, social, cultural, econômica e política cuja interação amplia ou reduz o risco ou a proteção de um grupo populacional, diante de uma determinada doença, condição ou dano” (BRASIL, 2006, p. 20). No texto, os grupos considerados vulneráveis incluem os transgêneros, pessoas que usam drogas, gays e outros homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo e jovens em situação de rua, classicamente apontados como “grupos de risco”, excluindo as mulheres (independente de sua condição sorológica) que experienciam situações de vulnerabilidade diante de fatores estruturais da sociedade, como desigualdades de renda, acesso a educação e serviços, fatores fisiológicos e fatores decorrentes das relações desiguais entre os gêneros (SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007). A questão de gênero é simplificada à exposição da saúde feminina ao não-uso do preservativo masculino (que depende da decisão do homem para proteger-se) e às formas de violência e exploração sexual a que mulheres e meninas podem sofrer. Para mulheres que vivem com HIV/AIDS, a revelação do diagnóstico ou a necessidade de tratamento de outras DST associadas podem levar a situações de violência doméstica, o que demanda melhor abordagem sobre proteção à saúde por parte da equipe que atende essa usuária.

De qualquer forma, o Caderno pretende não só instrumentalizar o profissional para atender e resolver casos, mas desenvolver habilidades que o capacitem à escuta adequada, à sensibilidade em reconhecer a real demanda do indivíduo e

também ao compromisso ético com o usuário (BRASIL, 2006, p. 152).

5.1.2 Ações educativas

As ações educativas são descritas como uma das atribuições da equipe de AB, referindo-se não apenas à informação que será ofertada à comunidade, mas também à conscientização da mesma sobre prevenção e controle de DST e à possibilidade dos indivíduos se tornarem participantes ativos no processo de saúde-adoecimento. Este movimento de promoção da saúde através da educação, embora tradicional no meio da saúde, propõe como inovação a ideia de que “a educação pode promover saúde, mas o foco não deve ser apenas informar, mas, também, aumentar a consciência crítica dos sujeitos sobre sua realidade para que possam nela intervir para melhorá-la” (OLIVEIRA, 2011, p. 168). No documento, as ações educativas visam à superação de preconceitos e discriminação motivados pela falta de conhecimento, não só para usuários do sistema de saúde, como também para os profissionais que nele trabalham. Essa atuação mais reflexiva permite que o profissional compreenda a posição do usuário, tornando a relação entre os sujeitos menos hierarquizada e mais sensível às necessidades do outro, sendo que desse encontro entre o ‘eu’, profissional, e o ‘outro’, sujeito do cuidado, podem ser construídos projetos de cuidado orientados na direção de interesses que são mútuos (OLIVEIRA, 2011), o que ainda não se vê na realidade.

Uma das orientações presentes no Caderno diz respeito a promoção da educação e da mobilização comunitária visando a desenvolver ações de prevenção no coletivo. Segundo trecho do texto,

Existem várias formas de intervenção, tais como a utilização de espaços e/ou realização de atividades culturais (teatros, grupos de música, jornais locais, programas de rádio comunitárias) para a veiculação de informações preventivas, ajudando no esclarecimento de dúvidas e sensibilização da comunidade (BRASIL, 2006, p. 28).

Com isso, a estratégia a ser adotada investe na educação para prevenir a transmissão de DST, onerosas à sociedade e que podem trazer consequências graves para a saúde reprodutiva dos indivíduos, principalmente mulheres. O reconhecimento de sinais e sintomas sugestivos de DST também é focado no documento, visto que, se diagnosticados precocemente, são mais facilmente

tratados, beneficiando usuário e serviço de saúde.

O próprio documento pode ser considerado um instrumento para a promoção de educação voltada aos trabalhadores da saúde. Seu conteúdo visa esclarecer dúvidas e informar a respeito das DST, traz a etiologia de cada doença, formas de transmissão, diagnóstico, sinais e sintomas clássicos, tratamento conforme disponibilidade na rede e formas de notificação de cada caso individual, com fluxogramas para a tomada de decisões em cada situação. Este formato informativo de apresentação da doença ainda é o mais utilizado pelas instituições de ensino, pois acredita-se que, quanto mais dados e informações forem oferecidos, maior é a capacidade do indivíduo de se prevenir contra a doença. Contudo, sabe-se que o conhecimento biomédico isolado não garante a mudança de atitude frente às práticas sexuais. O exercício da sexualidade está repleto de significados relacionados a cultura, fato que não é considerado pelos materiais educativos que circulam nos ambientes acadêmicos e nos serviços de saúde. A forma de aprendizagem proporcionada pelo documento é do tipo normativa, baseada em orientações técnicas e verticalizadas, focadas na transmissão de informações aos trabalhadores, desprezando os saberes e experiências construídos com base na vivência dentro da comunidade (OLIVEIRA, 2011).

Nesse sentido, a execução das propostas estabelecidas na *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)*, regulamentada pela Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, poderia ser uma alternativa de transformação dessas práticas educativas. Voltada para a formação e desenvolvimento de trabalhadores do SUS, a PNEPS pretende “contribuir para o desenvolvimento de uma estratégia educativa integral orientada para a transformação dos serviços de saúde e comprometida com o desenvolvimento permanente de seus recursos humanos” (BRASIL, 2009b, p. 41). Através da incorporação da aprendizagem na rotina das instituições, as práticas são questionadas no contexto em que ocorrem, com a problematização do 'como fazer', na reflexão e construção de alternativas de ação e no envolvimento de todo o grupo de trabalho. Essa prática é oposta ao tradicional modelo de *Educação Continuada*, que representa uma continuidade do modelo escolar, centrada na atualização de conhecimentos, em um ambiente didático e que desconsidera a perspectiva de equipe, por ser dirigida a categorias profissionais individuais (BRASIL, 2009b). A Educação Continuada dos profissionais da AB é citada no texto do Caderno, abordando atividades educativas como a “discussão de casos com a equipe e formação de grupos de trabalho sobre temas

específicos” (BRASIL, 2006, p. 31), o que pode limitar a discussão sobre as rotinas e experiências vivenciadas pelos profissionais a temáticas que serão abordadas de forma acadêmica e formal.

Já as ações educativas voltadas para mulheres que convivem com HIV/AIDS tratam principalmente do aconselhamento pós-teste anti-HIV, a fim de discutir estratégias de redução de riscos, principalmente em relação à reinfeção pelo HIV, nova infecção por outras DST e transmissão do vírus para outras pessoas. Para gestantes que vivem com HIV, as informações visam conscientizar sobre a possibilidade de transmissão vertical (transmissão do vírus da mãe para o feto, durante a gestação, trabalho de parto, parto ou pela amamentação), esclarecimento sobre a condição imunológica para escolha da via de parto, orientação sobre o tratamento anti-retroviral (TARV), tanto para ela quanto para o bebê durante as primeiras seis semanas de vida (42 dias) e orientação sobre o preparo de fórmulas infantis visando à não-amamentação. O comparecimento da puérpera soropositiva para HIV é indicado no documento, sendo a rotina preconizada a mesma para outras mulheres, ou seja, entre o 5º – 8º dia e no 42º dia pós-parto. A adesão ao TARV também é abordada: em virtude da disponibilidade de serviços de referência para HIV/AIDS, os profissionais da AB não estão habilitados a decidir sobre condutas terapêuticas relacionados ao HIV/AIDS. O papel da equipe é acompanhar o usuário durante seu tratamento, garantindo o recebimento de orientações adequadas e adesão efetiva ao tratamento medicamentoso, acompanhamento dos exames de CD4+ e quantificação da carga viral, assim como exames complementares, incluindo a coleta do exame preventivo do câncer de colo do útero.

Contudo, ações educativas isoladas não configuram resposta para a resolução de todos os problemas. Como lembram Ayres e colaboradores (2009), as abordagens para reduzir a vulnerabilidade de certos grupos se estendem para além de apenas informar as pessoas sobre o problema. Mais que isso, “é preciso que as pessoas saibam como se proteger e se mobilizem para que as situações estruturais que as tornam suscetíveis ao adoecimento sejam de fato transformadas” (AYRES *et al.*, 2009, p. 402).

5.1.3 Ações de prevenção

Segundo o Dicionário Michaelis Online (2009), o termo prevenção significa ato ou efeito de prevenir ou de se prevenir; precaução para evitar qualquer mal; evitação; impedimento. Já o modelo preventivo da educação em saúde aponta os modos de vida do indivíduo como fator determinante do seu estado de saúde, pontuando fatores como hábitos alimentares, realização de exercícios, tabagismo, enfim, comportamentos individuais como influenciadores da falta de saúde (OLIVEIRA, 2005). Prevenção remete a proteção, visto que, para evitarmos algum mal, deveríamos utilizar meios que nos protegessem da exposição a algum agente nocivo, seja através de barreiras/meios físicos ou por mudança de comportamentos/ atitudes que evitem ou impeçam essas situações, tais como a adoção de modos de vida saudáveis.

Se considerarmos a prevenção como uma medida de proteção à saúde, observaremos que essas ações possuem tais características, por estarem em consonância com a lei nº 8.080/90, que prevê a promoção, proteção e recuperação da saúde como dever do Estado, presentes nas atividades da AB e na rede do SUS como um todo. Através da inserção direta na comunidade, as ações de prevenção ao HIV e outras DST realizadas pela equipe de saúde da AB podem promover grande impacto nos indicadores de saúde da região, seja evitando novos casos de DST/AIDS ou diagnosticando situações de infecção precocemente.

O trabalho de prevenção realizado pela equipe de AB, conforme o Caderno nº18, deve ser proposto com base na realidade da comunidade, a partir de dois conceitos-chave principais: risco e vulnerabilidade. O conceito de risco, centrado no indivíduo, refere-se à exposição do mesmo a situações que o tornam suscetível às infecções e ao adoecimento. Ao caracterizar um fenômeno de saúde e doença, o conceito de risco permite descrever as populações afetadas de acordo com determinadas características cuja associação probabilística com o agravo em questão parece relevante (AYRES *et al.*, 2009). Entretanto, percebe-se que o risco não contempla a interação do indivíduo com o meio em que vive, com as condições socioeconômicas ou culturais que o cercam, com o acesso restrito à informação e aos serviços de saúde ou mesmo com o abandono a que certas comunidades se encontram diante da ausência de políticas públicas que os atinjam; ou seja, a chance de exposição ao agravo não é resultante de um conjunto de aspectos individuais, mas também coletivos e contextuais que acarretam maior suscetibilidade ao adoecimento (AYRES *et al.*, 2009). Sendo assim, incorporou-se o conceito de vulnerabilidade, já descrito anteriormente, para ser utilizado como critério para a

formulação de estratégias de ação. A delimitação de áreas de risco e identificação de grupos populacionais vulneráveis aos agravos transmissíveis por via sexual ou sanguínea é de responsabilidade dos serviços de AB, principalmente das ESF, que atendem um número específico de famílias, facilitando a identificação desses indivíduos.

Desta forma, observou-se no Caderno uma preocupação com a prevenção das DST/AIDS, refletida em ações pontuais, como a disponibilização de insumos de prevenção, tais como o preservativo masculino e o feminino, o gel lubrificante e o kit de redução de danos, que inclui agulhas, seringas, algodão, água destilada, preservativo e copo para diluição, além de material informativo. Contudo, o próprio documento aborda a escassez desses recursos como restrição para a distribuição dos insumos, visto que atualmente apenas o preservativo masculino é distribuído em todos os estabelecimentos. Considerando a característica de feminização da epidemia de AIDS no país, a dificuldade de negociação para uso do preservativo masculino pelo(s) parceiro(s) e a necessidade de empoderamento das mulheres em relação ao próprio corpo, a disponibilização de preservativos femininos e uma ampla campanha sobre seu uso são de suma importância para ampliar o atendimento à saúde sexual das mulheres. No documento, é clara a existência de critérios de priorização para a distribuição desse insumo, que são: profissionais do sexo, mulheres HIV+ e/ou parceiras de homens HIV-, mulheres usuárias de drogas e/ou parceiras de usuários de drogas injetáveis, mulheres com DST e/ou parceiras de homens com DST e mulheres com histórico de DST. O gel lubrificante à base de água, indicado pelo MS sobretudo para relações anais, proporciona também maior conforto às mulheres que têm lubrificação natural diminuída, seja por alterações hormonais em razão da idade, ou por processo fisiológico/patológico que pode interferir na sua produção. Ainda assim, a distribuição desse material é feita prioritariamente para homossexuais e travestis, parecendo, desta forma, que ser mulher não basta para usufruir do direito à saúde sexual. Essa visão reforça, ainda, que o cuidado com determinadas partes do corpo, especialmente com a genitália, pode garantir a prevenção da doença. Frente a esta realidade, como dar lugar a empatia, neste momento em que se fala de um assunto tão subjetivo e repleto de mitos e ritos culturais? Necessitaríamos, então, de profissionais que agissem em rede de saberes, a fim de darmos conta de tantas individualidades.

A prevenção de doenças do trato genital inferior também está prevista no documento, através da realização de exames periódicos no serviço de saúde, como

exame clínico-genital, exame especular e coleta para citologia oncótica cervical, toque vaginal e toque retal, entre outros. O tratamento de sinais e sintomas que podem indicar DST ou outras infecções genitais deve ser realizado imediatamente à identificação do problema clínico, aproveitando a oportunidade em que a usuária buscou o serviço para atendimento, conforme encontramos na página 44: “pelo exposto, podemos concluir que o atendimento e tratamento imediatos dos portadores de DST não é apenas uma ação curativa, é antes de tudo uma ação preventiva”. Mais uma vez, observamos a insistência em focar uma parte do corpo feminino como estratégia de prevenção, menosprezando os impactos que estas doenças podem impor à vida destas mulheres e a forma como isso se reflete no autocuidado.

Para mulheres que vivem com HIV/AIDS, são apresentados dados que indicam uma porcentagem de aproximadamente 25-40% de exames citopatológicos do colo uterino alterados para este grupo (BRASIL, 2006, p. 69), relacionados principalmente ao comprometimento imunológico decorrente da infecção pelo vírus HIV. Por isso, a coleta do exame preventivo do câncer de colo uterino deve ser realizada anualmente, com repetição a cada seis meses se alteração dos resultados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). O HPV, infecção causada pelo papilomavírus humano, tem alto potencial de oncogenicidade e é prevalente nas neoplasias intraepiteliais de baixo grau (NIC I) encontradas nos resultados de exames desse grupo de mulheres, assim como nas lesões de alto risco (NIC III), correlacionadas com carcinoma do colo uterino. Em razão disto, o Caderno expõe a necessidade de orientação dessas mulheres para o uso do preservativo durante as relações sexuais, com o objetivo de evitar a reinfecção pelo HIV quando o parceiro também é positivo, fornecer proteção contra outras DST que podem comprometer o sistema reprodutivo e como eficaz método de contracepção. Salienta-se no texto que o tratamento de co-infecções nas mulheres HIV+ é o mesmo para mulheres que não convivem com essa patologia, visto não existirem evidências científicas que comprovem a necessidade de outros esquemas terapêuticos.

Mas o grande investimento do Caderno, em relação ao tema prevenção, é a dedicação de dois capítulos completos sobre transmissão vertical do HIV e da sífilis. Os exames anti-HIV e o *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) são ofertados durante a realização das consultas de pré-natal, na primeira consulta da gestante e, novamente, repetidos no 7º mês de gestação (BRASIL, 2006, p. 81). A transmissão do HIV e da sífilis para o recém-nascido evidencia falha no pré-natal,

tornando as notificações de sífilis congênita e criança exposta ao HIV verdadeiros indicadores da qualidade de assistência pré-natal no país. Por isso, o investimento na prevenção da transmissão destas patologias aos bebês de mães portadoras é grande, já que as medidas são simples, de baixo custo e resultam em tratamento adequado para gestante, parceiro(s) e, ao mesmo tempo, para o concepto (BRASIL, 2006, p. 75).

Sobre a sífilis, estimativas de 2004 apontavam prevalência em 1,6% das mulheres no momento do parto - aproximadamente 49 mil gestantes e 12 mil nascidos vivos com sífilis, considerando-se uma taxa de transmissão de 25%, de acordo com estimativa da OMS (DEPARTAMENTO DE DST, AIDS E HEPATITES VIRAIS, 2011a). O documento do MS traz informações pertinentes ao quadro clínico dessa infecção, exames confirmatórios, tratamentos disponíveis e orientações que devem ser fornecidas às gestantes, como a possibilidade de transmissão da sífilis para o feto em qualquer momento da gestação, podendo resultar em abortamento, feto mal-formado, prematuridade e baixo peso, alterações respiratórias, icterícia, hidropsia, fissuras periorificiais, surdez, dificuldade no aprendizado, entre outras. O tratamento da sífilis deve ser realizado o quanto antes, na própria unidade de saúde, e controlado por meio do teste VDRL mensal, a fim de verificar declínio das titulações em até seis meses (BRASIL, 2006, p. 85), tanto para a gestante quanto o parceiro(s).

No que tange a transmissão vertical do HIV, o documento esclarece que sua patogênese está relacionada a diversos fatores, entre eles quantidade de carga viral, presença de co-infecções, uso de drogas e prática sexual desprotegida, tempo de ruptura das membranas amnióticas, nutrição da mãe e aleitamento materno (BRASIL, 2006, p. 100). Para tanto, são elaboradas ações combinadas que podem diminuir as taxas de transmissão da mãe para o feto em menos de 1%, tais como acompanhamento clínico-obstétrico e laboratorial, instituição da TARV, adesão da gestante ao tratamento e apoio psicológico e social (BRASIL, 2006, p. 101). Como o seguimento terapêutico não é realizado na AB, mas sim no serviço especializado (SAE, hospital dia, hospitais convencionais de referência), a equipe de saúde deve garantir que as mulheres estejam orientadas e conscientizadas sobre a necessidade de quimioprofilaxia oral logo após a 14ª semana (independente de apresentar ou não sintomas relacionados a AIDS), atenta para sinais de não-adesão (efeitos adversos dos medicamentos, incompreensão das orientações de posologia, ingestão inadequada de água ou alimentos antes ou após a tomada da medicação, etc) e

também esclarecimento de dúvidas sobre o parto e pós-parto, administração intravenosa de AZT durante todo o trabalho de parto para a mãe, assim como para o recém-nascido, que deve receber a solução oral de AZT nas primeiras horas de vida, até a 6ª semana (42 dias). A via de parto será escolhida conforme a condição imunológica da mulher, porém o documento enfatiza a realização de parto cesáreo. No puerpério, as mulheres devem ser orientadas a retornarem ao serviço para revisão, assim como a realizarem testagem sorológica das crianças, cujo status será definido quando 18 meses completos (BRASIL, 2006, p. 112).

Apesar de reconhecer a importância das abordagens preventivas apresentadas até aqui, acreditamos que estas deveriam estar também fundadas nas experiências de vida que dessas mulheres. Segundo Oliveira (2009), exatamente por não serem demandadas pela usuária, essas ações de prevenção devem ser promovidas com prudência, pois demonstram preocupações associadas com valores socialmente reconhecidos, e não necessariamente por ela. Ainda que diversas ações de prevenção sejam discutidas, lembramos que nós, como profissionais que trabalham com ações preventivas, não conseguiremos (e não devemos acreditar que podemos) mudar os comportamentos das pessoas em uma direção mais saudável apenas com ações pontuais e individualizadas. De fato, “as mudanças mais profundas acontecem quando construímos possibilidades de os indivíduos estarem uns de frente para os outros em seu entorno, de modo que a saúde de todos se torne mais satisfatória” (AYRES *et al.*, 2009, p. 403).

5.1.4 Ações de vigilância

A Vigilância Epidemiológica, conforme definida no documento, é “o conjunto de atividades que permitem reunir informações indispensáveis para conhecer, a cada momento, o comportamento ou a história natural de um agravo” (BRASIL, 2006, p. 15). De acordo com o Centro para Controle e Prevenção de Doenças (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 1986), trata de um processo contínuo e sistemático de coleta, análise e interpretação de dados de saúde com fins a planejar, implementar e avaliar práticas de saúde pública, integradas à disseminação desses dados aos que necessitam conhecê-los.

Em relação aos serviços de AB, uma das formas de alimentação do sistema

de vigilância se dá através do preenchimento e envio das fichas de notificação compulsória de doenças, assim como investigação e reconhecimento de suas características, os grupos vulneráveis e quais fluxos de referência e contra-referência para esses pacientes. A notificação trata da “comunicação da ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde, feita à autoridade sanitária por profissionais ou qualquer cidadão, para fins de adoção de medidas de intervenção pertinentes” (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002). Nesse sentido, estar vigilante é atentar-se sobre a frequência de adoecimentos na sua área, quem está adoecendo e quando isso acontece, a fim de elaborar estratégias prioritárias de ação.

O Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) é o órgão responsável pela coleta, registro e transferência de dados das doenças de notificação compulsória (BRASIL, 2006). Até 1999 apenas as hepatites virais tipo B e C, sífilis congênita e AIDS eram notificadas (BRASIL, 1999) e, em 2005, Nota Técnica nº088/05/PN-DST-AIDS/SVS/MS passou a considerar também a sífilis na gestação como uma DST de notificação compulsória (DEPARTAMENTO DE DST, AIDS E HEPATITES VIRAIS, 2011b). Recentemente, a Portaria nº2.472 de 31 de Agosto de 2010 adotou nova lista de doenças de notificação compulsória, entre elas (BRASIL, 2010c):

- 20. Hepatites Virais;
- 21. Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana – HIV em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical;
- 34. Sífilis Adquirida;
- 35. Sífilis Congênita;
- 36. Sífilis em Gestante;
- 37. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS;
- 39. Síndrome do Corrimento Uretral Masculino.

Alguns aspectos devem ser considerados em relação às doenças de notificação compulsória: a adoção da síndrome do corrimento uretral masculino pode demonstrar parcialmente o quadro epidemiológico de DST no Brasil, visto que não considera a(s) parceira(s) para notificação, já que o corrimento vaginal pode ter etiologias múltiplas e nem sempre é causado por um agente sexualmente transmissível. No homem, este corrimento é causado normalmente por clamídia,

gonorréia ou sífilis, e na mulher, pode ser fisiológico, uma vaginose ou candidíase, que não são DST (BRASIL, 2006). Já abrangência de notificação da sífilis adquirida fornece uma visão melhor da situação dessa DST no Brasil, entretanto, é necessário que a realização do VDRL se popularize e torne-se facilmente acessível nos serviços de saúde, captando principalmente a população masculina, que frequenta menos os postos de saúde e é fonte principal de reinfecção e tratamento inadequado entre gestantes (CAMPOS *et al.*, 2010).

Outra questão importante se refere à notificação da AIDS: os casos de HIV não são notificados, portanto, temos uma estimativa falsa da epidemia no país, visto que o indivíduo precisa atingir determinada condição imunológica para ser notificado, o que pode levar de 5 a 10 anos, quando a infecção resulta em imunodeficiência e manifestações clínicas da AIDS (BRASIL, 2006, p.170). Autores como Brito, Castilho e Szwarcwald (2000) concordam com essa afirmação, ao relatarem que

A tendência, com as profilaxias e tratamentos atuais, é de que as pessoas infectadas pelo HIV permaneçam indefinidamente nesta condição, sem necessariamente preencherem os critérios de definição de caso de AIDS e, portanto, sem serem notificados (p. 13).

Conforme os mesmos autores, “essa situação acarreta distorções na interpretação da evolução da epidemia, com sérias conseqüências para atividades de planejamento das ações de prevenção e assistência” (BRITO, CASTILHO E SZWARCWARD, 2000, p. 214), evidenciando a importância de se distinguir estudos sobre a AIDS de estudos referentes ao HIV.

O HTLV I e II (vírus linfotrópicos de células T humanas tipo I e II), retrovírus pertencente a mesma família do HIV e transmitido da mesma forma que este, não é uma doença de notificação compulsória; embora menos eficaz pela via sexual, o HTLV é facilmente transmitido por sangue contaminado e pela amamentação, e pode resultar em conseqüências graves para os indivíduos contaminados, como mielopatia associada ao HTLV, leucemia-linfoma de células T do adulto, dermatites infecciosas, artropatia severa e síndrome de Sjögren (doença autoimune associada aos canais lacrimais e salivares e a distúrbios reumáticos) (BRASIL, 2006). Para indivíduos co-infectados pelo HIV, relação comum por compartilharem as mesmas vias de transmissão, evidencia-se que existe um efeito acelerador de uma infecção sobre a outra, contribuindo no aumento da mortalidade e no desenvolvimento de manifestações neurológicas, além de uma elevação artificial da contagem de células CD4+ sem qualquer benefício imunológico, o que dificulta o julgamento clínico e a

definição do melhor momento para início da TARV (BRASIL, 2006, p. 172). De qualquer forma, o teste diagnóstico é recomendado apenas quando há suspeita clínica, porém sabe-se que a sintomatologia clínica surge em uma minoria de pacientes infectados – 3 a 5% (BRASIL, 2006, p. 170), o que dificulta a quebra da cadeia de transmissão. Os testes sorológicos para confirmação do HTLV são os mesmos que para o HIV – ELISA e Western Blot, de baixo custo e disponíveis nos serviços de saúde, entretanto essa sorologia não é solicitada com frequência, apenas para portadores do HIV. O Caderno reitera que não existe tratamento específico para esta infecção até o momento, e autores como Castro-Costa *et al.* (2005) reforçam que o tratamento geral é sintomático, visto que “não há consenso na literatura acerca da existência de um tratamento específico comprovadamente eficaz para as manifestações neurológicas do HTLV” (CASTRO-COSTA *et al.*, 2005, p. 551). Sendo assim, salienta-se a importância da discussão sobre a notificação destes casos, visto que não existem ações específicas para informação da população, prevenção, diagnóstico e controle do HTLV, patologia que pode resultar em consequências graves e possivelmente letais para os infectados, principalmente aos indivíduos que vivem com HIV/AIDS.

5.1.5 Manejo

O termo manejo está sendo considerado, para fins de discussão, como o direcionamento e administração das situações de DST/AIDS/hepatites virais orientadas pelo Caderno, assim como formas de tratamento medicamentoso previstas pelo MS e disponibilizadas na rede. O documento apresenta fluxogramas para cada doença, facilitando a tomada de decisão diante da multiplicidade de situações que os usuários podem apresentar, servindo como um guia de consulta ao profissional.

Alguns pontos são enfatizados em relação ao manejo das DST: a) realização da anamnese e exame físico, avaliando possíveis alterações anatômicas nos órgãos genitais, perineo ou mamas. A coleta minuciosa de dados da história de vida desta usuária também fornece indícios para avaliação do risco a que as mulheres podem estar submetidas; b) diagnóstico clínico precoce, no momento da consulta, abordando as DST de forma sindrômica; c) tratamento adequado e imediato, visando

a interrupção imediata da cadeia de transmissão; d) coleta de materiais que podem possibilitar a complementação terapêutica, permitindo avaliação dos agentes etiológicos prevalentes na região e contribuindo com o retorno da usuária, quando persistência dos sintomas; e) aconselhamento, oferecimento de testagem para VDRL/anti-HIV, ênfase na prevenção e recomendações do tratamento, incluindo interrupção das relações sexuais até a conclusão do tratamento ou, quando não for possível, o uso de preservativo; f) tratamento do parceiro; g) notificação da DST; h) encaminhamento para serviços especializados, quando necessário investigação de neoplasias ou outras patologias; i) agendamento de retorno.

Para todas as infecções do trato genital inferior, a recomendação do documento é que mulheres HIV+ sejam tratadas com os mesmos esquemas utilizados para mulheres que não vivem com esta patologia. Gestantes possuem esquema de tratamento diferenciado, visto que certas medicações ultrapassam a barreira placentária e seus efeitos são desconhecidos no feto. Segundo o documento, gestantes infectadas pelo HIV devem ser rigorosamente acompanhadas, principalmente quando VDRL reagente, pois o “desenvolvimento de neurosífilis e falhas no tratamento, com retardo da queda dos títulos, podem ser mais frequentes neste grupo” (BRASIL, 2006, p. 85). Além disso, sabe-se que algumas DST, quando não diagnosticadas e tratadas a tempo, podem evoluir para complicações graves e até mesmo o óbito (BRASIL, 2006), especialmente quando a mulher já se encontra em situação de imunodepressão causada pelo vírus HIV.

Em situações de co-infecção entre hepatites B ou C e o HIV, o texto informa que 10 a 40% dos pacientes infectados pelo HIV apresentam também esta condição. O aumento das complicações crônicas das hepatites virais é a maior causa de mortalidade entre os pacientes HIV+ em alguns centros de tratamento, em que o acometimento hepático é acelerado, as taxas de resposta ao tratamento das hepatites são piores e a toxicidade hepática mediada pelos anti-retrovirais é frequentemente observada. O tratamento deve ser realizado em centros de referência de alta complexidade, apenas quando o usuário encontra-se em bom estado clínico e sorológico, e para proteger a saúde desses indivíduos, estão indicadas medidas preventivas, como a vacinação para hepatite A (disponível nos Centros de Referência em Imunobiológicos Especiais) e hepatite B, esta última oferecida no calendário básico de vacinação.

O manejo de processos oportunistas de menor gravidade, como candidíase oral e vaginal, leucoplasia pilosa oral, gengivites, úlceras aftosas, diarreias ou

herpes, tanto simples quanto zoster, são apresentados superficialmente, em caráter informativo para o profissional de saúde. Doenças oportunistas graves (pneumonias, tuberculoses, meningites, sarcoma de kaposi, toxoplasmose, criptosporidíase, linfomas não-Hodkin, neoplasias anais e cervicais e manifestações neurológicas induzidas pelo HIV) caracterizam a fase instalada da AIDS como síndrome, com sintomatologia característica, necessitando apoio e intervenção de serviços especializados.

Nesse sentido, espera-se que os profissionais da AB realizem o diagnóstico, o mais precocemente possível, das pessoas que vivem na área de abrangência, encaminhem o portador ao serviço especializado de referência e realizem o acompanhamento do usuário, juntamente com o especialista, no que se refere ao monitoramento do comparecimento às consultas no SAE, acompanhamento da adesão à TARV, encorajamento das práticas preventivas que evitem reinfecção pelo HIV e, também, fornecimento de apoio psicológico para o portador e sua família, visando melhora da qualidade de vida (BRASIL, 2006, p. 136).

5.2 Guideline “Sexual and Reproductive Health of Women living with HIV/AIDS”

Guia publicado pela OMS em conjunto com o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) em 2006, o documento *Sexual and Reproductive Health of Women Living with HIV/AIDS* (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006) (aqui denominado Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres vivendo com HIV/AIDS, tradução livre) tem por objetivo ser um manual para cuidado, tratamento e apoio a mulheres que vivem com HIV/AIDS, através de recomendações para os serviços que trabalham com este grupo de usuárias. A justificativa para a publicação deste documento reside no fato de que o vírus HIV afeta todas as dimensões da saúde sexual e reprodutiva da mulher: gravidez, parto, amamentação, aborto, uso de métodos contraceptivos, exposição/violência sexual, diagnóstico e tratamento de DST, e diversos estudos mostram que o HIV pode afetar inclusive a capacidade de engravidar (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006). Sendo assim, os serviços de saúde precisam garantir que os direitos reprodutivos destas mulheres sejam respeitados, facilitando acesso à essa população e fornecendo recursos que as tornem livres para tomar decisões à respeito de seu próprio corpo.

Para fins de discussão, elegeu-se o capítulo dois do guia, que trata da saúde sexual e reprodutiva das mulheres vivendo com HIV/AIDS, especificamente o item que aborda o “combate a infecções sexualmente transmissíveis, infecções do trato reprodutivo e câncer cervical”, com o objetivo de conhecer quais as diretrizes indicadas pela OMS em relação às DST/AIDS e outras infecções do trato genital inferior. Após a leitura do referido capítulo, as orientações foram agrupadas em três categorias temáticas principais, as quais são apresentadas abaixo.

5.2.1 Aconselhamento e informação

O documento da OMS enfatiza a necessidade de considerar qualquer contato entre as mulheres que vivem com HIV e o serviço de saúde como uma oportunidade, que deve ser aproveitada para informar, testar e tratar possíveis DST ou outras doenças do trato genital, visto que elas podem causar sérias complicações a longo prazo, inclusive infertilidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006, p.

43). Conforme estudo realizado por Junior, Shiratsu e Pinto (2009),

Das mulheres com infecções não tratadas por gonorreia/clamídia, 10 a 40% desenvolvem doença inflamatória pélvica (DIP). Destas, mais de 25% se tornarão inférteis, lembrando que a estimativa da taxa de infertilidade por causas não infecciosas varia de três a 7%. Estudos realizados em países desenvolvidos indicam que mulheres que tiveram DIP têm probabilidade seis a 10 vezes maior de desenvolver gravidez ectópica, que contribui com mais de 15% das mortes maternas (p.151).

Ao longo do texto, é reforçada a importância de fornecer às mulheres informações sobre a prevenção de DST através do uso de preservativos, os sinais e sintomas característicos deste tipo de doença (e também a possibilidade de não existirem esses sinais e sintomas) e os riscos de uma gestação quando co-infecção com DST e outras doenças do sistema reprodutivo. Observa-se também que o aconselhamento se faz presente nas orientações do guia, entretanto, não são abordadas formas de aconselhamento ou o que enfatizar/observar durante este momento. O texto refere a importância do aconselhamento para o aprimoramento da saúde sexual, a razão e o propósito de tratar DST, conscientizando a usuária sobre a possibilidade de não se encontrar cura total, prevenção de futuras infecções, entre outras citações.

Observou-se que o manual enfoca questões pontuais, centradas no tratamento de DST que possam ser diagnosticadas no momento da consulta. Em relação ao aconselhamento, este parece ser orientado no sentido de responsabilizar as mulheres pelos seus atos a partir do momento em que elas recebem conhecimento suficiente sobre seu estado de saúde e as complicações que podem surgir em resposta ao seus comportamentos. Apoio psicológico, acolhimento destas usuárias, redução de danos para mulheres usuárias de drogas injetáveis e ações educativas não são tratados neste capítulo do manual.

5.2.2 Testagem

O guia traz, como uma de suas ideias principais, a necessidade de testar sistematicamente as mulheres que convivem com o HIV para outras DST, como parte de uma avaliação clínica inicial que deve incluir: questionamentos sobre práticas sexuais desprotegidas e sintomas de DST entre a mulher e seu parceiro;

exame clínico minucioso para detectar alterações na genitália, uso de espéculo para identificar cervicites ou outros sinais de infecções vaginais, toque vaginal para diagnóstico precoce de doença inflamatória pélvica (DIP) e testagem laboratorial para sífilis, e quando disponível, para *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis* (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006, p. 44). O documento aponta que o HIV pode alterar as manifestações clínicas de úlceras genitais, como as lesões da sífilis primária ou secundária, herpes simples ou cancro, que podem se mostrar mais extensas e agressivas, principalmente se a doença já causou imunossupressão avançada. Além disso, o risco para desenvolvimento de câncer cervical também parece aumentado para mulheres infectadas pelo HIV, ocasionado principalmente pelos subtipos oncogênicos do HPV, que se tornam mais persistentes em razão da co-infecção com HIV, herpes simples, clamídia ou gonorréia, motivo pelo qual o exame citopatológico se torna essencial para essas mulheres, visto que pode prevenir complicações graves. O texto reforça que o teste citopatológico é tão efetivo para mulheres HIV+ quanto para mulheres não infectadas, sendo oferecido com a mesma frequência e mesmo tipo de material. Outra informação pertinente é que ainda não se tem claro o benefício de realizar esse exame em meninas que vivem com HIV/AIDS, entretanto, exame citológico e testagem para HIV não devem estar ligados, a fim de evitar estigma (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006).

No Brasil, o exame preventivo do câncer de colo de útero é oferecido gratuitamente pelo SUS a todas as mulheres com vida sexual ativa, mas especialmente para as que tem entre 25 e 59 anos. Em 2009, a população feminina brasileira que se encontrava nesta faixa etária era de 45.578.787 pessoas, sendo que apenas 8.030.221 exames foram realizados, representando 62,1% da meta estimada para o mesmo ano, em que eram esperados 12.930.871 exames (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2010).

5.2.3 Ações de combate

O termo “*combating*”, de combater, lutar contra, é utilizado em referência às DST, infecções do trato reprodutivo e câncer cervical. Apesar dos esforços de governos do mundo todo em oferecer insumos de prevenção e tratamento efetivo, as DST permanecem sendo um problema de saúde pública, e, por isso, são

necessárias estratégias de controle e manejo dessas doenças. Combater, nesse sentido, significa quebrar a cadeia de transmissão das infecções como forma de prevenir novos casos, diagnosticando precocemente a doença e tratando de forma ampla, utilizando a testagem sistemática e abordagem sindrômica das doenças no manejo de pessoas com DST.

As armas de combate oferecidas pelo manual são três: informação, testagem e tratamento. O reconhecimento, testagem e tratamento precoce de DST também diminuem as chances de transmissão horizontal do HIV quando o casal é sorodiscordante, pois as “úlceras genitais e outras lesões resultantes de DST facilitam a propagação do HIV, e controlar essas infecções é importante para prevenir a transmissão do vírus” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006, p. 47). Em estudo que trata da abordagem de DST (JUNIOR, SHIRATSU E PINTO, 2009), encontramos que a concentração média de HIV no líquido seminal é oito vezes maior em homens com uretrite, e na secreção cervicovaginal, duas vezes maior em mulheres com gonorreia, três vezes maior na presença de clamídia e quatro vezes maior se existência de úlcera no colo uterino ou vagina.

Sendo assim, o documento investe no tratamento imediato de infecções diagnosticadas no momento da consulta, com base nos sinais e sintomas clássicos e com o uso de antibióticos de amplo espectro que atuem sobre os organismos mais comumente responsáveis pelas síndromes. Por isso, a OMS desenvolveu fluxogramas que, adaptados a realidade local do serviço de saúde, podem ser utilizados como protocolo padrão de tratamento. Embora mulheres que vivem com HIV/AIDS possam responder de formas variadas ao tratamento medicamentoso, por apresentarem condição imunológica diferenciada, o guia refere que protocolos padrão são tão efetivos neste grupo quanto para mulheres não infectadas pelo vírus, devendo ser oferecidos sempre.

O tratamento e notificação de parceiros sexuais também são enfatizados no texto, sendo que, tanto a pessoa identificada com DST, como o serviço de saúde podem informar o parceiro. Para tanto, o guia recomenda “sensibilidade e consideração sobre fatores culturais ou sociais que possam reduzir o risco de violência ou estigmatização, especialmente contra mulheres” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006, p. 45). Para suspeita de doenças como a DIP, o manual orienta que o tratamento seja realizado mesmo quando o diagnóstico não é certo, a fim de evitar evolução da infecção, como infertilidade ou gravidez ectópica, que normalmente se seguem quando a DIP não é tratada ou é realizada tardiamente. Em

relação a essa mesma doença, o texto informa que “DIP grave é mais comum entre mulheres que vivem com HIV/AIDS, incluindo abscessos tubo-ovarianos, que devem ser tratados o mais breve possível” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006, p. 49). Nessas situações, o parceiro também deve receber medicação para corrimento uretral, a fim de prevenir possível reinfecção.

Outra orientação do manual refere-se ao manejo de câncer invasivo, que, quando evidenciados em mulheres HIV+, se desenvolvem mais rápido e têm pior prognóstico. Para usuárias com contagem de CD4+ abaixo de 200, a cirurgia ou início de quimioterapia/radiação são indicadas; porém, essas mulheres usualmente sucumbem por outras doenças oportunistas relacionadas ao HIV antes que o câncer cervical invasivo desenvolva-se. Para tanto, programas de cuidados paliativos são essenciais para melhorar a qualidade de vida dessas mulheres (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006, p. 53), um diferencial em relação ao documento do MS.

As atividades de cuidados paliativos ainda não são regularizadas por lei no Brasil, contudo existem cerca de 40 serviços que oferecem esses cuidados em todo o país (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2009). Em 2009, o novo Código de Ética Médica reconheceu os cuidados paliativos como princípio, ao destacar que

nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2009).

A fundação da Academia Nacional de Cuidados Paliativos em 2005 representou um avanço na luta pela regularização dessas atividades e dos profissionais que trabalham com cuidados paliativos. Em manual publicado pela Academia, o HIV/AIDS encontra-se entre os critérios de indicação nos seguintes casos (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2009, p. 30):

- a) CD4 < 25 células/mcl;
- b) Carga viral persistente > 100 mil cópias/ml;
- c) Associação com linfoma de sistema nervoso central;
- d) Perda de 33% de massa corporal magra;
- e) bacteremia por *Mycobacterium avium* que não responde ao tratamento;
- f) Leucoencefalopatia multifocal progressiva;

- g) Linfoma sistêmico;
- h) Sarcoma de Kaposi visceral;
- i) Insuficiência renal não-elegível;
- j) Infecção por *cryptosporidium*;
- k) Toxoplasmose não-responsiva ao tratamento;
- l) Diarreia persistente por mais de um ano;
- m) Albumina sérica <2,5;
- n) Uso abusivo de drogas;
- o) Idade >50 anos;
- p) Ausência de terapia anti-retroviral;
- q) Demência avançada por HIV;
- r) Toxoplasmose e ICC sintomática ao repouso.

Embora o HIV/AIDS figure como critério de indicação para cuidados paliativos quando em sua fase terminal, não observamos o câncer invasivo de colo de útero entre as recomendações para a indicação desses cuidados, demonstrando uma despreocupação com os elevados índices de incidência/mortalidade e o sofrimento que este tipo de neoplasia pode causar entre mulheres que vivem com HIV/AIDS.

O capítulo conclui que em países afetados por HIV/AIDS, o controle e manejo de DST devem ser prioridade em unidades de atenção primária, serviços de saúde sexual e reprodutiva, clínicas privadas e outros serviços de saúde que possam atender essas situações. Para tanto, testagem laboratorial, exame clínico, exame citopatológico cervical e tratamento com protocolos padrão devem estar disponíveis.

5.3 (Des)conformidades nas ações de cuidado às mulheres que vivem com HIV/AIDS

Com o objetivo de facilitar a comparação e guiar a discussão sobre as conformidades e/ou desconformidades entre as ações aconselhadas pelo MS e pela OMS para controle das DST entre mulheres que vivem com HIV/AIDS, relacionamos as categorias eleitas conforme figura abaixo (Figura 3):

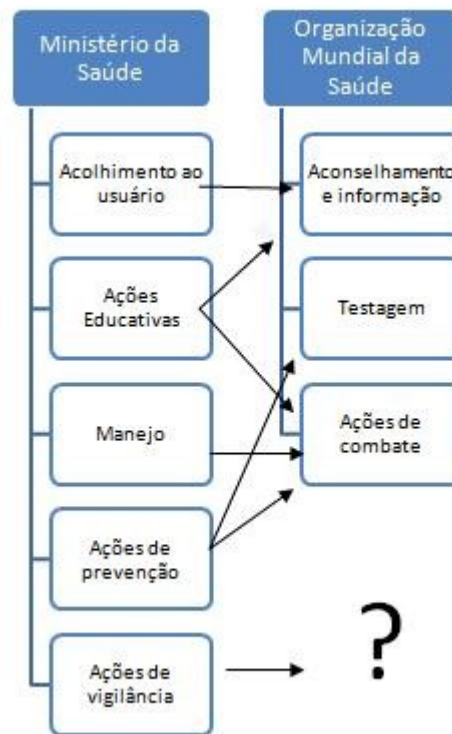


Figura 3 – Relação entre as categorias temáticas (ações) elencadas nos documentos do MS e OMS

As temáticas referentes às ações elencadas em cada documento divergem não apenas pelo uso de termos distintos, mas, também, com relação aos seus objetivos, sugerindo que existem diferentes prioridades para cada órgão. As propostas sugeridas por cada documento foram sumarizadas e são apresentadas na figura que se segue (Figura 4).

Conforme apresentado anteriormente, e comparando as diferenças e semelhanças entre as orientações fornecidas pelo documento do MS e o guia da OMS, pode-se inferir que a humanização do atendimento ao usuário faz parte das diretrizes que orientam as políticas e programas de saúde pública no Brasil. Em consonância com a Lei nº8.080/90, capítulo I, art. 5º, que garante “a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas” (BRASIL, 1990), as orientações do *Cadernos de Atenção Básica: HIV/AIDS, hepatites virais e outras DST* buscam contemplar atividades que promovam saúde através de ações educativas, preventivas e curativas, ao contrário do documento da OMS, que demonstra uma excessiva preocupação com a quebra da cadeia de

transmissão das DST/AIDS, enfocando o tratamento como forma de prevenir novas infecções.

Órgão	Temática	(Des)Conformidades
MS	Acolhimento	Relação horizontal; fortalece vínculos; atendimento humanizado
	Ações educativas	Educação utilizada como instrumento de prevenção, aposta na mudança de comportamento dos indivíduos
	Manejo	Segue os fluxogramas de tratamento de DST conforme OMS; <u>resolutividade</u> dos problemas não é total (referência para serviços especializados)
	Ações de prevenção	Investe em insumos de prevenção, essencialmente preservativo masculino. Limita a prevenção a uma parte do corpo
	Ações de vigilância	Notificação dos agravos remetida ao SINAN
OMS	Aconselhamento e informação	Relação hierarquizada entre profissional e usuário; investimento em informações diretas
	<u>Testagem</u>	<u>Testagem</u> sorológica sistemática das mulheres que vivem com HIV/AIDS para outras DST; confirmação dos agentes etiológicos causadores das DST; realização do exame <u>citopatológico</u> enfatizado como forma de prevenir outros agravos
	Ações de combate	Informar, testar e tratar qualquer sintoma sugestivo de DST o quanto antes, através da abordagem sistêmica.

Figura 4 – Sumário das categorias temáticas elencadas e as ações propostas pelo MS e pela OMS

O atendimento humanizado às pacientes não está previsto nas orientações do guia da OMS, entretanto, é recomendado aos profissionais sensibilidade e consideração sobre fatores culturais que possam intervir no risco de violência ou estigmatização contra mulheres. Essa discussão pode ser relacionada com o conceito de vulnerabilidade trazido pelo documento do MS que, a despeito de reconhecer as mulheres como vulneráveis no âmbito da sexualidade, não aponta medidas específicas ou recomendações aos profissionais para lidarem com essas fragilidades.

O **acolhimento** ao usuário, prática enfatizada na Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004b), é indicado pelo documento do MS como forma de recepção ao usuário do SUS que procura os serviços de AB. Sua importância se traduz na formação de vínculos entre comunidade e profissionais, onde a escuta qualificada e a atenção se fazem de maneira horizontal, permitindo que o profissional compreenda as reais demandas de cada usuária. Observa-se com relação a este aspecto que esta é uma primeira divergência entre o documento do MS e o da OMS. O **aconselhamento**, destacado pelo guia da OMS, subentende uma relação hierárquica entre profissional e cliente, onde o profissional informa e o usuário escuta, de forma passiva e com pouco envolvimento no planejamento de

seu cuidado.

Especificamente em relação às mulheres que vivem com HIV/AIDS, acreditamos que o acolhimento poderá contribuir para o estabelecimento de vínculo entre usuária e profissional do serviço de saúde, tornando o encontro terapêutico e/ou educativo mais próximo dos interesses e necessidades desta usuária. A dimensão educativa do acolhimento refere-se ao momento em que o profissional esclarece dúvidas acerca do diagnóstico, compartilha informações sobre formas de tratamento, troca impressões e conhecimentos com a usuária. Isso denota escuta qualificada e sensibilidade, visto que a mulher pode encontrar-se em um estado de fragilidade emocional, desconhecendo as reais implicações da infecção e sem compartilhar angústias e dúvidas com familiares/parceiro por medo de ser julgada ou violentada. Neste sentido, o acolhimento pode ser uma oportunidade de produção de saúde, pois implica em compartilhar experiências, valores e conceitos, crenças, mitos, fatores subjetivos que influenciam no processo de aprendizagem e que podem tornar o conhecimento algo significativo e não apenas prescritivo.

Os dois documentos convergem em relação ao enfoque de grupos de DST e doenças do trato reprodutivo, abordadas nas categorias **manejo** e **ações de combate**, com orientações que seguem os fluxogramas propostos pela OMS, adaptados à realidade brasileira no documento do MS. A abordagem sindrômica é recomendada em ambos os textos, tanto para manejar as DST como para combatê-las, em os sinais e sintomas mais frequentes são identificados e tratados de forma ampla, a fim de não retardar o tratamento e evitar complicações futuras. Porém, o texto do MS também enfoca as hepatites virais, HTLV e corrimento uretral, por serem infecções que causam consequências graves, transmissíveis por via sexual e, muitas vezes, com apresentação subclínica, perpetuando o ciclo de reprodução dos agentes etiológicos. Para combater e prevenir as DST, a estratégia do MS é investir em **ações educativas** e **preventivas** como forma de conscientização da comunidade sobre as doenças transmitidas pelo sexo sem proteção e o compartilhamento de drogas injetáveis. Já a OMS preconiza o investimento em **ações de combate** às DST, através da oferta de informações diretas às usuárias que procuram os serviços de saúde por meio do aconselhamento, onde a mulher recebe orientação sobre sinais e sintomas das DST, sobre a importância de prevenir novas infecções e sobre formas de melhorar sua vida sexual, além de ser oferecida testagem sorológica e tratamento imediato de sintomas sugestivos. Considerando o exposto, parece que em nível mundial se pensa nas DST como doenças já

instaladas e passíveis de controle, enquanto que localmente, apostamos na mudança de comportamento dos indivíduos como forma de evitar a transmissão das DST.

Outro ponto abordado pelo documento da OMS é a questão da resolutividade como forma de combater as DST: por ser um documento não pautado por realidades específicas, considera os serviços de atenção primária como suficientes para diagnosticar, tratar e resolver casos de DST, sem ponderar sobre a complexidade dessas doenças e a falta de recursos para solucionar casos mais graves. O texto do MS recomenda que, para situações em que o serviço não possua os recursos necessários, a usuária seja encaminhada para o serviço de referência, com nível de alta complexidade. Esse encaminhamento (referência e contra-referência) muitas vezes atrasa o diagnóstico e impossibilita o tratamento precoce, pois depende da disponibilidade de vagas de serviços de média e alta complexidade, não obtendo o devido acompanhamento do caso por parte do serviço de AB.

A **testagem**, enfocada pelo guia da OMS através da realização sistemática de exames sorológicos para confirmação do agente etiológico de algumas DST, diverge das ações orientadas pelo MS, já que tipo de exames não são comumente oferecidos pela rede básica. Apenas os testes anti-HIV, VDRL (sífilis), anti-HCV (hepatite C) e HbsAg (hepatite B) são citados pelo Caderno do MS, os quais devem ser ofertados às gestantes e mulheres com HIV/AIDS, já que a co-infecção entre HIV e outras DST é frequente. A proposta do MS é investir nas **ações de prevenção**, com a distribuição de insumos de proteção, principalmente o preservativo masculino, a conscientização da população sobre a importância de se prevenir e a realização de exames como o preventivo do câncer de colo de útero. Já as orientações da OMS enfatizam que esse exame deve ser oferecido às mulheres soropositivas para HIV anualmente como instrumento de combate às DST, dando destaque a esta orientação para evitar intercorrências graves, como a DIP, infertilidade ou óbito, assim como para verificar através de exame físico e especular a presença de sinais indicativos de DST, tratando-os o mais rápido possível.

Em relação às **ações de vigilância**, a OMS se refere apenas à notificação do parceiro, mas não trata da notificação de agravo remetida a um órgão específico, como o SINAN, citado pelo documento do MS. O capítulo não faz nenhuma alusão à importância de se notificar individualmente casos de DST, mas orienta que o próprio serviço de saúde entre em contato com o parceiro sexual de um indivíduo portador, como forma de responsabilização dos profissionais pela não-perpetuação da

infecção. O caderno do MS faz a mesma referência, indicando a necessidade dos serviços de AB de preservarem a saúde de terceiros, mesmo quando o usuário não se sente preparado para revelar seu diagnóstico.

Contudo, nota-se que, embora o MS enfatize a importância de se considerar o usuário como um ser integral, inserido em um contexto que influencia suas noções sobre saúde e a forma como lida com isso, o conceito de integralidade, principalmente aplicado às mulheres, ainda não está totalmente presente nas ações previstas para a AB. De acordo com os objetivos gerais da PNAISM (BRASIL, 2004), a melhoria das condições de vida e saúde deve ser oferecida às mulheres, em todos os seus ciclos de vida, sem discriminação de qualquer espécie. Entretanto, as orientações fornecidas pelo *Cadernos de Atenção Básica nº 18* (BRASIL, 2006) aplicam-se apenas a mulheres em idade fértil, com vida sexual ativa e com capacidade de engravidar. Não há menção, por exemplo, a ações voltadas: a meninas que tenham sofrido abuso sexual ou que tenham contraído DST em relações consentidas, mas desprotegidas; a mulheres idosas que tenham vida sexual ativa, porém não utilizam preservativo por encontrarem dificuldade com o uso do produto; à realização do exame citopatológico por estratificação de idade, considerando as modificações hormonais. Além disto, é preciso destacar a falta de ações especificamente dirigidas a meninas e mulheres idosas que vivem com HIV/AIDS. Neste sentido, verifica-se que o enfoque do documento é apenas no ciclo gravídico, objetivando evitar a transmissão vertical a fim de evitar o ônus para a sociedade que esta situação resulta. Por outro lado, as diretrizes apresentadas no documento da OMS parecem estar voltadas a uma mulher genérica, sem idade ou fase de vida específica, porém com vida sexual ativa e passível de contaminação por outras DST, o que permite a aplicação de suas orientações a todas as mulheres, desconsiderando as singularidades de cada situação.

Outro objetivo previsto na PNAISM trata da “implantação e implementação da assistência em planejamento familiar, no âmbito da atenção integral à saúde (...) ampliando e qualificando a atenção ao planejamento familiar, incluindo a assistência à infertilidade” (BRASIL, 2004, p. 69). Conforme dados da OMS apresentados no guia, o HIV afeta a capacidade das mulheres infectadas de engravidarem, “assim como acelera o desenvolvimento de doenças reprodutivas e influencia na própria saúde sexual e bem-estar da mulher” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006, p. 01). Esse ponto não é abordado pelo documento do MS que, tampouco, trata do HIV como causador de infertilidade feminina. A assistência às demandas reprodutivas

das mulheres que vivem com HIV/AIDS é limitada, visto que o desejo pela maternidade também não é retratado pelo documento do MS. Conforme tese de Oliveira (2009), isso pode ser justificado pela resistência dos serviços de saúde em relação aos desejos reprodutivos de pessoas que convivem com o vírus, apoiados na lógica do controle de transmissão vertical do HIV e nos riscos de infecção para o conceito/parceiro sorodiscordante.

A discussão sobre saúde sexual e reprodutiva como direito de cidadania iniciou-se após a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, em 1994, tendo repercussão mundial, inclusive no Brasil. Apesar disto, a abordagem da saúde sexual e reprodutiva como direito não é referida no decorrer do texto do Caderno nº18, ao contrário do documento da OMS, que indica uma preocupação com a saúde sexual e reprodutiva das mulheres como forma de proporcionar bem-estar. No documento do MS, as ações voltadas para a saúde reprodutiva resumem-se ao diagnóstico e tratamento das DST, e sempre que é referida a noção de sexo, esta implica na ideia de uso do preservativo masculino, sendo destacado que é inadequado praticar sexo sem esta proteção. Nesta perspectiva, parece que o MS não reconhece a possibilidade da existência de relações sexuais sem o uso do preservativo, o que representa uma negação das inúmeras possibilidades de práticas sexuais. Assim, percebemos que o bem-estar sexual e reprodutivo das mulheres, considerando a autonomia sobre o seu corpo, a decisão sobre ter ou não filhos, a abordagem da infertilidade, o apoio relacionado às disfunções sexuais, entre outras necessidades relacionadas à saúde sexual das mulheres que vivem com HIV/AIDS, não fazem parte das práticas orientadas pelo MS para os serviços de AB.

6 CONCLUSÕES

O presente trabalho teve como objetivo identificar as ações de controle da transmissão de DST entre mulheres que vivem com HIV/AIDS propostas pelo MS, e comparar essas medidas com as ações propostas pela OMS, a fim de verificar as conformidades e/ou desconformidades entre as temáticas encontradas. Movida pelo interesse em estudar o problema de DST/AIDS entre mulheres, relacionei essa temática ao meu trabalho de conclusão, com vistas a compreender quais ações são ofertadas a essas mulheres no campo da saúde sexual e reprodutiva. Observei que as propostas convergem sobre o tratamento de DST segundo protocolos padrão, porém, divergem na estratégia de recepção à usuária, nas abordagens de informação/educação, nas formas de prevenção de novas infecções e nos investimentos em testagem sorológica.

Através da leitura e análise dos documentos, foi possível identificar as ações prioritárias preconizadas por essas organizações – ações educativas, ações de prevenção, ações de combate à transmissão de DST, tratamento imediato de DST e testagem ampla das mulheres HIV+ para possíveis co-infecções. Concluiu-se que, no Brasil, as políticas públicas definidas pelo MS e os documentos que as orientam pautam-se pelo atendimento integral e humanizado das mulheres, enfatizando o acolhimento e a atenção à usuária conforme suas principais necessidades, ao contrário do documento da OMS, que preconiza o aconselhamento como forma de abordagem dessas usuárias. Em relação às ações terapêuticas, observei concordância das orientações do MS e da OMS sobre formas de tratamento medicamentoso, o acompanhamento dos casos e a resolutividade de situações menos complexas, que não exigem atendimento especializado.

Sobre as ações preventivas enfatizadas pelas orientações do Caderno do MS, quando vistas pela óptica da educação em saúde, estas estão intimamente ligadas às decisões que os indivíduos tomam em relação aos seus hábitos e modos de vida, refletindo no seu estado de saúde. Isso pode indicar uma responsabilização do usuário pela sua saúde, e no caso das mulheres que vivem com HIV/AIDS, elas seriam responsáveis também por interromper a continuidade da reprodução viral através de seus filhos, o que desconsidera o contexto em que essas mulheres vivem, suas redes de apoio, seu entendimento e capacidade de apreensão das orientações e suas vulnerabilidades diante de uma sociedade patriarcal e machista.

Atualmente, sexo como conceito que define o ser homem *versus* ser mulher foi substituído pela noção de gênero, que não considera apenas as diferenças biológicas entre homens e mulheres, mas sim “localiza mulher e homem como categorias que se constroem baseadas muito mais nas suas diferenças sociais do que nas suas características biológicas” (OLIVEIRA, 2005, p. 09). A posição que homens e mulheres assumem na sociedade foi sendo construída por práticas, ideais e contextos que se modificaram ao longo do tempo; porém, a noção de que homens se sobrepõem às mulheres se solidificou e ainda está presente nas nossas relações interpessoais, o que pode influenciar diretamente na forma como essas mulheres realizam o autocuidado.

Sendo assim, as diferenças de gênero levam, muitas vezes, a outro conceito de sexo que trata do ato em si: mulheres subjugadas a homens que as obrigam a ter relações sexuais; violência sexual; sexo sem proteção devido a preconceitos, mitos ou crenças infundadas. Abordado desta forma, práticas sexuais podem levar à dor, ao sofrimento, à humilhação, à gravidez não planejada e também às DST, que, embora não estejam ligadas ao desejo ou não de praticar sexo, causam consequências físicas e psicológicas, por vezes graves, representando um problema de saúde pública que exige intervenções e estratégias por parte de nossos governantes.

De qualquer forma, observei que o enfoque do Caderno do MS permanece sendo nas mulheres que estão em idade reprodutiva, na sua capacidade em gerar crianças saudáveis e na importância de se gerar menos gastos públicos em cuidados com a saúde dessas mulheres e seus bebês, sem levar em consideração as necessidades individuais das mulheres e seu bem-estar sexual e reprodutivo. Identificar e compreender as orientações que os profissionais dos serviços de saúde recebem é importante, contudo, de maior relevância são as ações concretas que são realizadas dentro da comunidade que depende desse serviço, que dependem não só dos esforços da equipe de saúde que lá se encontra, mas também do incentivo e priorização de recursos por parte dos gestores que planejam as políticas públicas.

Em relação ao trabalho das equipes que convivem com essas mulheres, principalmente a equipe de enfermagem, na medida em que se identificam e compreendem as orientações e diretrizes que embasam as ações dos serviços de saúde, a preocupação com a sensibilização e responsabilização dos profissionais que integram a equipe de trabalho nestas unidades deve existir. Respeito, habilidade de lidar com o ser humano nas suas questões mais íntimas, empatia, capacidade de

escuta são algumas das características desejáveis na formação de um profissional que cuida de pessoas que convivem com HIV/AIDS. A equipe, como um todo, deve ter atitude não-discriminatória perante esses indivíduos, promovendo a inserção ou o retorno dessas pessoas na realidade da comunidade. Considerando o caráter multiprofissional das equipes que trabalham na AB, vemos que existe uma multiplicidade de abordagens que podem ser oferecidas às mulheres HIV+. Em especial, destaco o trabalho da equipe de enfermagem, que enfatiza o cuidado holístico do ser humano para promover, prevenir e reabilitar sua saúde, utilizando a troca de conhecimentos e experiências como ferramenta educativa, a fim de tornar o usuário agente do seu processo de saúde/adoecimento e conhecedor de seu próprio corpo.

Nesse sentido, promover saúde às mulheres HIV+, em todos os seus aspectos (saúde psicológica, biológica, reprodutiva, sexual), proporcionando bem-estar e qualidade de vida, é proporcionar um atendimento que não só resolva as alterações biológicas do seu organismo, mas que também supra as necessidades dessas mulheres, ajudando-as a se tornarem donas de seus corpos, capazes de tomar decisões com segurança e conhecedoras de suas consequências. O conhecimento biomédico embasa a abordagem das práticas sexuais nos serviços de saúde, mas esta não se esgota aí, e por isso não deve servir como referência única nas ações de cuidado às mulheres. Saúde sexual e reprodutiva diz respeito aos direitos das mulheres, e, assim como tantos outros direitos garantidos ao ser humano, devem também ser respeitados e reconhecidos. Sendo assim, espera-se que no futuro os documentos que norteiam as políticas de saúde sejam produzidos para subsidiar ações que considerem os direitos fundamentais dessas mulheres, considerando-as seres sociais e complexos e não apenas corpos, o que justifica a necessidade constante de atualização desses guias conforme as necessidades singulares que se apresentam.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.

ANDRADE, L.O.M; BUENO, I.C.H.C; BEZERRA, R.C. Atenção primária à saúde e estratégia de saúde da família. *In*: CAMPOS, G.W.S. *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

AYRES, J.R.C.M *et al.* Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. *In*: _____. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.

BARBOSA JR, A. *et al.* Indicadores propostos pela UNGASS e o monitoramento da epidemia de Aids no Brasil. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 40 (supl), p. 94-100, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases da ação programática. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 25 abr. 2011.

_____. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 10 fev. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Política Nacional de DST/AIDS**: princípios, diretrizes e estratégias. Brasília, 1999.

_____. Portal Brasil Escola. **Doenças: origem da epidemia de HIV**. Brasília, 2002. Disponível em: <<http://www.brasilecola.com/doencas/origem-epidemia-de-hiv.htm>>. Acesso em: 26 set. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde**

da mulher: princípios e diretrizes. Brasília, 2004a.

BRASIL. **Direitos sexuais e direitos reprodutivos:** uma prioridade do governo. Série Direitos Sexuais e Reprodutivos, Caderno n. 01. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS:** Política Nacional de Humanização. Brasília, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** 4 ed. Brasília, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República. **Plano integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de AIDS e outras DST.** Brasília, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Série Pactos pela Vida, v. 09. Brasília, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **História da AIDS.** Brasília, 2010a. Disponível em: <<http://www.AIDS.gov.br/pagina/historia-da-AIDS>>. Acesso em: 26 set. 2010.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Decreto nº 7336, de 19 de outubro de 2010.** Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas do ministério da saúde, e dá outras providências. Brasília, 2010b. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/7336-%5B4127-061210-SES-MT%5D.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.472, de 31 de agosto de 2010.** Define as terminologias adotadas em legislação nacional, a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória. Diário Oficial da União. Brasília, 2010c. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/105285-2472.html>>. Acesso em: 25 set 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica:** saúde sexual e saúde reprodutiva, n. 26. Brasília, 2010d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: HIV/AIDS, hepatites e outras DST**, n. 18. Brasília, 2006.

BRITO, A.M; CASTILHO, E.A; SZWARCOWALD, C.L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. Brasília, v. 34, n. 02, p. 207-17, mar./abr. 2000.

BUCCI, M.P.D *et al.* Direitos humanos e políticas públicas. **Cadernos Pólis**. São Paulo, v. 02, 2001, p. 60. 2001. Disponível em: <<http://www.comitepaz.org.br/download/Direitos%20Humanos%20e%20Pol%C3%ADticas%20P%C3%BAblicas.pdf>>. Acesso em 19 jun. 2011.

CAMPOS, A.L.A. *et al.* Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 09, p. 1747-55, set. 2010.

CARVALHO, C. M. L. *et al.* Assistência à saúde da mulher portadora de HIV/AIDS no Brasil: refletindo sobre as políticas públicas. **Rev Rene**. Fortaleza, v. 09, n. 03, p. 125-34, jul./set. 2008.

CASTRO-COSTA, C.M. *et al.* Guia de manejo clínico do paciente com HTLV: aspectos neurológicos. **Arq Neuropsiquiatr**. São Paulo, v. 63, n. 02-B, p. 548-51, 2005.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **Comprehensive plan for epidemiologic surveillance**. Atlanta, 1986. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/niosh/topics/healthcare/>>. Acesso em: 22 jun. 2011.

COELHO, E.A.C. *et al.* Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 01, p. 154-160, jan./mar 2009.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução CFM 1.931, de 17 de Setembro de 2009**: aprova o Código de Ética Médica. Brasília, 2009. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=8822>. Acesso em: 26 jun. 2011.

CORRÊA, S.; PETCHESKI, R. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 1/2, p.147-77, 1996.

COSTA, A.M. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1073-83, 2009.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Saúde da Família. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. 2011. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>>. Acesso em 13 mai. 2011.

DEPARTAMENTO DE DST, AIDS E HEPATITES VIRAIS. Dados e pesquisas. **Sífilis na gestação**. 2011a. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/sifilis-na-gestacao>>. Acesso em: 26 set. 2010.

DEPARTAMENTO DE DST, AIDS E HEPATITES VIRAIS. Legislação. Notas Técnicas. **Nota Técnica nº088/05/PN-DST-AIDS/SVS/MS**. 2011b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/notas_tecnicas>. Acesso em: 26 set. 2010.

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO. **Norma Operacional Básica do SUS: NOB-SUS 01/96**. Brasília/DF, 1996. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/NOB%2096.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2011.

DICIONÁRIO MICHAELIS (Online). **Moderno dicionário de língua portuguesa**. Editora Melhoramentos, 2009.

FERNANDES, L.C.L; BERTOLDI, A.D; BARROS, A.J.D. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**. São Paulo, v. 43, n. 4, p. 595-603, 2009.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (FUNASA). **Guia de vigilância epidemiológica**. V. 01, Aids e Hepatites Virais. Brasília, 2002. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/guia_vig_epi_vol_1.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2011.

FUNDO DE POPULAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS (UNFPA). **Direitos reprodutivos no Brasil**. 2 ed. 2004.

_____. **Gender equality: empowering women**. New York, 2011. Disponível em: <<http://www.unfpa.org/gender/empowerment1.htm>>. Acesso em 25 abr. 2011.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Editora Atlas, 2002.

GUILHEM, D; AZEVEDO, A. F. Bioética e gênero: moralidades e vulnerabilidade

feminina no contexto da AIDS. **Revista Bioética**. Brasília, v. 16, n. 02, p. 229-240, 2008.

HAMILTON, W; FONSECA, C. Política, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953. **História, ciências, saúde – Manguinhos/Casa de Oswaldo Cruz**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 03, p. 791-825, set./dez., 2003.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Informativo detecção precoce**. Rio de Janeiro, n. 02, abr./jun. 2010. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/79012e804375fac2997bfb5aa0d98fff/informativo_detec_precoce_2.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=79012e804375fac2997bfb5aa0d98fff>. Acesso em: 26 jun. 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro, 2009.

JUNIOR, W.B; SHIRATSU, R.; PINTO, V. Abordagem nas doenças sexualmente transmissíveis. **An Bras Dermatol**. Rio de Janeiro, v. 84, n. 02, p.151-59, 2009.

LIMA, A.L.G.S; PINTO, M.M.S. Fontes para a história de 50 anos do Ministério da Saúde. **História, ciências, saúde – Manguinhos/Casa de Oswaldo Cruz**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 03, p. 1037-51, set./dez. 2003.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 26 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2007.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual técnico para profissionais de saúde**: Prevenção do câncer do colo do útero. Brasília, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual_profissionaisdesaude.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2011.

_____. Sobre o SUS. **Participação e controle social**: Conferências Nacionais de Saúde. 2011a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1041>. Acesso em: 25 abr. 2011.

_____. Sobre o Ministério. **Estrutura e atribuições**: Estrutura do Ministério da Saúde. 2011b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=378>. Acesso em: 25 abr. 2011.

_____. **Conselho Nacional de Saúde**: histórico. 2011c. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/apresentacao/historia.htm>>. Acesso em: 25 abr. 2011.

MONTEIRO, A.L; VILELLA, W.V. A criação do programa nacional de DST e AIDS como marco para a inclusão da ideia de direitos cidadãos na agenda governamental brasileira. **Psicologia Política**. Minas Gerais, v. 09, n. 17, p. 25-45, jan./jun. 2009.

NAÇÕES UNIDAS. **Texto integral do relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento**. Cairo, 1994.

NUNES, E.D. Sobre a história da saúde pública: idéias e autores. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 05, n. 02, p. 251-64, 2000.

OLIVEIRA, D.L.L.C. A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Rev Latino-am Enfermagem**. São Paulo, v. 13, n. 03, p. 423-31, mai./jun. 2005.

_____. A enfermagem e suas apostas no autocuidado: investimentos emancipatórios ou práticas de sujeição? **Rev Bras Enferm**. Brasília, v. 64, n. 01, p. 185-88, jan./fev. 2011.

OLIVEIRA, L.A. **Conflitos morais e julgamentos tecnocientíficos**: aspectos implicados no cuidado às pessoas vivendo com HIV/AIDS. 241 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Paris, 1948. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm>. Acesso em: 25 abr. 2011.

OSIS, M.J.M.D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Públ.** Rio de Janeiro, n. 14, supl. 1, p. 25-32. 1998.

PAZ, A.A; SANTOS, B.R.L; EIDT, O.R. Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde. **Acta Paul Enferm.** São Paulo, v. 19, n. 03, p. 338-42, 2006.

PINGARILHO, C. **Saúde da família**: breve história da reforma sanitária brasileira. 2010. Disponível em: <<http://www.saudedafamilia.blogspot.com/2010/02/o-final-da-decada-de-80-no-brasil-foi.html>>. Acesso em 25 abr. 2011.

PRATES, C.S; ABIB, G.M.C; OLIVEIRA, D.L.L.C. Poder de gênero, pobreza e anticoncepção: vivências de múltiparas. **Rev Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 29, n. 04, p. 604-11, 2008.

SADALA, M.L.A; MARQUES, S.A. Vinte anos de assistência a pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil: a perspectiva de profissionais da saúde. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2369-78, nov. 2006.

SÁNCHEZ, A.I.M; BERTOLOZZI, M.R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em saúde coletiva? **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 12, n. 02, p. 319-24, 2007.

SANT'ANNA, A. C. C; SEIDL, E.M.F; GALINKIN, A.L. Mulheres, soropositividade e escolhas reprodutivas. **Estudos de Psicologia.** Campinas, v. 25, n. 01, p. 101-9, jan./mar. 2008.

SANTOS, N. JS. *et al.* Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. **Rev Saúde Pública.** São Paulo, v. 36, supl. 4, p. 12-23, 2002.

TESSER, C.D; NETO, P.P; CAMPOS, G.W.S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 15, supl. 03, p. 3615-24, 2010.

VIDAL, E. C. F. *et al.* Políticas públicas para pessoas com HIV/AIDS: discutindo direitos sexuais e reprodutivos. **Rev Rene.** Fortaleza, v. 10, n. 02, p. 166-74, abr./jun. 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Sexual and reproductive health of women living with HIV/AIDS**: guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings. Switzerland, 2006. Disponível em: <<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/rhr/en/index.html>>. Acesso em: 24 ago. 2010.

8ª CONFERÊNCIA Nacional de Saúde: relatório final. Brasília: 1986.

APÊNDICE A – Instrumentos de coleta de dados

Identificação	<i>Sexual and reproductive health of women living with HIV/AIDS</i>	<i>Cadernos de Atenção Básica: HIV/AIDS, hepatites e outras DST</i>
Órgão/Secretaria/Departamento	World Health Organization	Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica
Ano de publicação	2006	2006
Justificativa	O aumento da transmissão do HIV entre a população feminina eleva as causas de morbimortalidade nas mulheres, afeta sua vida sexual e reprodutiva, assim como seu bem-estar. Serviços de saúde devem estar aptos a atender as particularidades dessa população, bem como proteger os direitos reprodutivos de mulheres vivendo com HIV/AIDS.	As doenças sexualmente transmissíveis estão entre os problemas de saúde pública mais comuns no Brasil e no mundo, sendo consideradas fator facilitador da transmissão do vírus HIV. Quando não diagnosticadas a tempo, podem levar a complicações graves e até ao óbito. O controle dessas infecções pode ser realizado através de ações que promovem prevenção primária, diagnóstico precoce e terapia adequada.
Objetivos	Prover orientações para adaptação dos serviços de saúde às necessidades sexuais e reprodutivas de mulheres que vivem com HIV/AIDS, fornecendo recomendações e intervenções para essas necessidades.	Dar instrumentos às equipes de saúde para uma abordagem técnica, humanitária e social aos portadores de HIV/AIDS, hepatites e HTLV, ampliando-lhes a visão para o controle desses agravos.

APÊNDICE B – Quadro resumo: Diretrizes e (des)conformidades nas ações de proteção à saúde sexual de mulheres HIV positivas no Brasil

Documento	Temáticas principais
<i>Cadernos de Atenção Básica: HIV/AIDS, hepatites e outras DST</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Acolhimento ao usuário 2) Ações educativas 3) Ações de prevenção 4) Ações de vigilância 5) Manejo
<i>Sexual and reproductive health of women living with HIV/AIDS</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Aconselhamento e informação 2) Testagem 3) Ações de combate