

ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER PORTADORA DE HIV/AIDS NO BRASIL: REFLETINDO SOBRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS¹

*HEALTH ASSISTANCE TO THE HIV POSITIVE WOMEN IN BRAZIL: REFLECTING ON PUBLIC
POLICIES*

*ASISTENCIA A LA SALUD DE LA MUJER PORTADORA DE VIH/SIDA EN BRASIL: REFLEXIONANDO
SOBRE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS*

CAROLINA MARIA DE LIMA CARVALHO²

VIOLANTE AUGUSTA BATISTA BRAGA³

MARIA JOSEFINA DA SILVA³

MARLI TERESINHA GIMENIZ GALVÃO⁴

A implantação de políticas públicas em HIV/Aids tem tornado o Brasil um exemplo para o mundo na distribuição gratuita de medicamentos. Em virtude dos benefícios da terapia anti-retroviral verifica-se aumento da sobrevivência e da qualidade de vida dos portadores do HIV. Desse modo, objetivou-se refletir sobre a assistência à saúde da mulher com HIV/Aids no Brasil, tendo como referencial as políticas públicas. Estudo de natureza teórico-reflexiva analisou documentos de 1997 a 2007, mediante consulta em base de dados. Após se analisar e discutir os documentos, os dados resultantes foram apresentados em uma ampla categoria: políticas públicas de saúde, interfaces com a saúde da mulher e com DST/Aids. Conclui-se que houve avanço nas políticas de atenção à saúde da mulher, no entanto, há lacunas a serem supridas, como a promoção de mais debates e discussões sobre a temática, estímulo à sensibilização dos profissionais, apoio à capacitação, adesão da comunidade à causa.

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; HIV; Políticas Públicas de Saúde; Saúde da Mulher.

The introduction of public policies upon HIV/AIDS has made Brazil an example for the world in the free distribution of medicine. Due to the anti-retroviral therapy benefits there has been not only an increase in the period of life of the HIV positive since the diagnosis of the illness but also a better quality of life. Thus, this research aimed to reflect on the women who are HIV positive as far as the health assistance issue is concerned and having as a reference the public. This way, it was aimed to reflect on the presence of the health of the woman with HIV/Aids in Brazil, taking the public policies as a referential. This study, of reflexive-theoretical nature, analyzed documents from 1997 to 2007, by means of consultation in data basis. After analyzing and discussing the documents, the resultant data were presented in a large-scale category: public health policies, interfaces with the woman health as well as with the DST/Aids. The conclusion was that there was improvement concerning the policies of attention to the woman's health, notwithstanding gaps to be filled in as news debates and discussions are encouraged, support to capacitating manifestation of solidarity to the mentioned cause.

KEYWORDS: Acquired Immunodeficiency Syndrome; HIV; Health Public Policy; Women's Health.

La implantación de políticas públicas en VIH/SIDA ha hecho de Brasil un ejemplo para el mundo en relación a la distribución gratuita de medicinas. En virtud de los beneficios de la terapia anti-retrovirus se verifica aumento de la sobrevivencia y de la calidad de vida de los portadores de SIDA. De ese modo, se planteó la necesidad de reflexionar sobre la asistencia ofrecida a la salud de la mujer con VIH/SIDA en Brasil, teniendo como referencial las políticas públicas. Estudio de naturaleza teórico-reflexiva analizó documentos de 1997 a 2007, mediante consulta en base de datos. Después de analizar y discutir los documentos, los datos resultantes fueron presentados en una amplia categoría: políticas públicas de salud, interfaces con la salud de la mujer y con DST/SIDA. Se concluye que hubo avance en las políticas de atención a la salud de la mujer, sin embargo, hay vacíos que deben ser suplantados, como la promoción de más debates y discusiones sobre la temática, estímulo a la sensibilización de los profesionales, apoyo a la capacitación, adhesión de la comunidad a la causa.

PALABRAS CLAVE: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; VIH; Políticas Públicas de Salud; Salud de la Mujer.

¹ Pesquisa realizada como requisito da disciplina Políticas Públicas em Enfermagem e, extraída da revisão de literatura do projeto de tese desenvolvido junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC).

² Mestre em Enfermagem, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação da UFC. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). E-mail: carol.mlc@uol.com.br

³ Doutoradas em Enfermagem. Docentes do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC. E-mails: vivi@ufc.br/ mjosefina@terra.com.br

⁴ Doutora em Doenças Tropicais. Orientadora da tese. Professora Adjunta do Departamento e do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC. Pesquisadora do CNPq. E-mail marli@ufc.br

INTRODUÇÃO

No final do século XX, a pandemia de Aids caracterizou-se como uma das mais graves doenças do período. Em face desta realidade, se faz necessária a prática de ações voltadas à promoção da saúde e à assistência à clientela.

Como um dos mais sérios problemas de saúde pública mundial e mais freqüentes a ser enfrentado pelos profissionais de saúde, pelos governos e pela comunidade científica, o acompanhamento da doença representa um desafio em diferentes aspectos, como as dificuldades de um tratamento efetivo que conduza à cura e as barreiras da adesão ao regime terapêutico.

Na população e especificamente entre as mulheres, o crescimento do índice da Aids é fonte de preocupação, pois, o vírus pode ser transmitido durante a gravidez e, conseqüentemente, ocorrer o comprometimento de crianças por Transmissão Vertical (TV)¹.

Como adverte a literatura, em razão do crescente número de mulheres infectadas em idade fértil, as crianças vêm constituindo um grupo exposto com nítido aumento da incidência daquelas nascidas já infectadas por transmissão materno-infantil. No Brasil, entre 1983 e 2004, a TV foi a principal via de infecção pelo HIV em crianças, categoria responsável por 83,6 % do total de casos em menores de 13 anos².

Atualmente, os serviços de saúde têm se deparado com um contingente crescente de pessoas acometidas com HIV ou com risco de aquisição do vírus. Neste aspecto, as estratégias de promoção da saúde parecem não ter o alcance necessário do objetivo proposto, e exigem dos profissionais de saúde ações mais efetivas e maior sensibilidade para lidar com aspectos tão complexos inerentes à doença.

Conforme destaca a UNAIDS, Programa das Nações Unidas para HIV/Aids, a doença é um problema grave de saúde pública no Brasil, e tem se propagado em todas as regiões, com aumento paulatino da sua incidência. O crescente número de casos está diretamente ligado à ausência de uma política que privilegie a educação para prevenção e a baixa qualidade e dificuldades de acesso aos serviços de saúde³. Por esse motivo, o caso exige atenção constante das autoridades, dos profissionais de saúde e da população em geral.

Embora haja mais casos notificados entre os homens, a velocidade de crescimento da Aids é ascendente entre as mulheres. Ainda assim, as portadoras de HIV parecem ter menor visibilidade social por parte das organizações não-governamentais (ONGs), voltadas, prioritariamente, às questões que envolvem a homossexualidade. Além disso, nos serviços públicos de saúde, o diagnóstico e o acesso ao tratamento da população feminina ocorrem em estágios mais avançados da doença quando se compara à população masculina que chega aos serviços⁴.

Nesse sentido, a epidemia de Aids cresceu entre as mulheres. Entretanto poucos estudos têm colaborado para melhorar, em uma dimensão mais integral, o acolhimento e a assistência à mulher portadora dessa patologia, bem como o tratamento clínico da infecção nesse grupo⁵.

Em face das questões apresentadas, evidenciou-se interesse para o desenvolvimento do presente estudo focalizando a assistência e as políticas públicas direcionadas às mulheres infectadas pelo HIV no Brasil.

Discutir sobre essa temática é foco de preocupação dos profissionais de saúde, particularmente pelos seguintes motivos: presença constante da mulher nas instituições de saúde; alto índice de infecções; diagnóstico tardio e doenças oportunistas decorrentes da Aids, como o câncer ginecológico.

Assim, neste estudo, objetiva-se refletir sobre a assistência à saúde da mulher portadora de HIV/Aids no Brasil, tendo como referencial as políticas públicas.

METODOLOGIA

Estudo teórico-reflexivo, no qual se adotou como percurso metodológico a pesquisa documental, cujo acervo bibliográfico foi captado da LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, uma base cooperativa da Rede BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) composta da literatura relativa às ciências da saúde, publicada nos países da América Latina e Caribe. Concomitantemente foram consultados os sítios de documentação do governo federal, especialmente do Ministério da Saúde (MS). Em virtude do assunto foco da investigação, considerou-se suficiente as fontes de captação de dados por se tratar de assunto especificamente brasileiro.

Quanto ao período da busca dos dados, compreendeu dez anos, de 1998 a 2007, cujos descritores foram Política de Saúde e Saúde da Mulher. Identificaram-se 79 documentos Públicos dos quais nove relacionavam-se ao contexto do estudo. Alguns documentos captados no sítio do MS também estavam contemplados pela LILACS. Diante da escassez de documentos, foi incluída a busca por livros texto de abrangência nacional, sendo utilizados três capítulos de livros sobre a temática investigada. O processamento de busca e análise dos dados do estudo foi realizado de novembro de 2007 a janeiro de 2008.

Como respaldo para obtenção dos dados procedeu-se à leitura atenta e à análise de todos os documentos, fundamentados nas concepções das políticas públicas voltadas à atenção à saúde da mulher. Surgiram, então, uma categoria: Políticas Públicas de Saúde: Interfaces com a Saúde da Mulher e com DST/Aids, e quatro subcategorias: 1. Políticas de Atenção à Saúde da Mulher: breve resgate; 2. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: interfaces com o Programa Nacional de DST/Aids; 3. Situação da Saúde da Mulher no Brasil referente ao HIV/Aids; e 4. Acesso Gratuito e Universal para o Tratamento em HIV/Aids.

RESULTADOS

Políticas Públicas de Saúde: Interfaces com a Saúde da Mulher e com DST/Aids

Políticas de Atenção à Saúde da Mulher: breve resgate

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, e limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 1930, 1950 e 1970, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada na sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares⁶.

No âmbito do movimento feminista brasileiro, esses programas são vigorosamente criticados pela perspectiva reducionista como tratavam à mulher, que tinha acesso

apenas a alguns cuidados de saúde no ciclo gravídico- puerperal, e ficava sem assistência na maior parte da sua vida. Com forte atuação no campo da saúde, o movimento de mulheres contribuiu para introduzir na agenda política nacional questões até então relegadas ao segundo plano, por serem consideradas restritas ao espaço e às relações privadas. Naquele momento tratava-se de revelar as desigualdades nas condições de vida e nas relações entre os homens e as mulheres, os problemas associados à sexualidade e à reprodução, as dificuldades relacionadas à anticoncepção e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e a sobrecarga de trabalho das mulheres, responsáveis pelo trabalho doméstico e de criação dos filhos⁶.

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o qual, marcou, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo. Como princípios e diretrizes, o PAISM incorporou as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção⁷.

O novo programa para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação. Englobava a 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 mulheres⁷.

Em 1985, foi criado o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), vinculado ao Ministério da Justiça, com a finalidade de promover políticas destinadas a combater a discriminação contra a mulher e assegurar sua participação nas atividades políticas, econômicas e culturais do país. Nos dias atuais, passou a integrar a estrutura da Secretaria Especial de Políticas para Mulheres da Presidência da República, e conta, em sua composição, com representantes da sociedade civil e do governo, o que amplia o processo de controle social sobre as políticas públicas para as mulheres⁸.

No ano de 2004, diante das reivindicações dos movimentos sociais que lutam pelos direitos humanos das

mulheres na área da saúde, o PAISM toma a forma da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher⁹.

Por sua vez, em 2008, como parte das comemorações do Dia Internacional da Mulher, o governo brasileiro lança ações para conter o aumento do HIV entre mulheres, ao adotar duas iniciativas pioneiras para conter a disseminação do vírus da Aids entre mulheres. Para lidar com o problema, foi elaborado o Plano de Enfrentamento da Feminização da Aids e outras DSTs, o primeiro da América Latina e Caribe especificamente voltado para a questão. Afora esta iniciativa, o governo também lança a Campanha de Prevenção das DSTs/Aids nos Jogos Pan-Americanos. Enquanto que o Brasil sedia estes jogos, a idéia é disseminar mensagens e *kits* de prevenção durante os jogos¹⁰.

Atualmente a política brasileira direcionada aos portadores de HIV/Aids baseia-se nos princípios constitucionais do acesso universal à saúde integral. Portanto, deve incluir a prevenção e o tratamento gratuito.

No Brasil, em virtude da democracia e do direito dos cidadãos, lhes são outorgados o acesso livre aos serviços de saúde e o recebimento de medicamentos gratuitos. Excluir em decorrência de qualquer pessoa condição econômica ou outro fator é descumprir a lei. Com mencionada política, milhares de brasileiros, embora infectados pelo HIV, mantêm-se vivo há vários anos. Desse modo, há maior expectativa de vida e com melhor qualidade.

Por essas ações o Programa Brasileiro de Aids é considerado internacionalmente como referência mundial. Porém, na prática ainda há muito a ser melhorado quanto à assistência ao portador do vírus, inclusive na prevenção da doença mediante divulgação das formas de contágio e, com base em propagandas continuadas, e distribuição de preservativos.

Como se sabe, as campanhas de prevenção são esporádicas e voltadas, particularmente, ao incentivo do uso do preservativo masculino. Nesse sentido, devem ser repensadas as estratégias de divulgação, bem como a conscientização quanto à importância de se evitar o contágio com as DSTs e HIV. Assim, torna-se essencial a discussão da implementação de ações que divulguem mensagens sobre precaução das doenças e distribuição de preservativos, pois, na Política Nacional de DST e Aids, essa ação é prioritária quando se pensa a prevenção.

Nesse aspecto, as campanhas publicitárias parecem ser de alcance geral, na medida em que massificam informações, ao transmitir concepções de risco e prevenção que sustentam as políticas desenvolvidas. Elas reforçam a necessidade do uso do preservativo, muitas vezes, até, numa linguagem diretiva e normatizadora: "Use camisinha!". A "camisinha" é coroada como a mais importante forma de prevenção, simples e possível de ser adquirida nos postos de saúde¹¹.

Destaca-se quão relevantes são determinadas questões, como o posicionamento dos profissionais dos serviços de saúde, em relação aos cidadãos que buscam preservativos. De modo geral, as DSTs e Aids são culturalmente associadas à promiscuidade ou atividades sexuais infíeis ou marginalizadas. Assim, o uso do preservativo é muitas vezes direcionado a populações estigmatizadas. Indivíduos que buscam os serviços de saúde para receber preservativos são questionados sobre sua sexualidade, e a distribuição de tais produtos é atrelada à participação de palestras sobre sexualidade passíveis de reforçar rotulações, normas estandardizadas¹².

As políticas públicas são respostas do poder público para problemáticas sociais. No seu cerne são estratégias relevantes para o enfrentamento da Aids e do desenvolvimento de ações de prevenção da infecção do HIV, pois institucionalizam no setor público de saúde ações sistemáticas para esse fim. Elas se estruturam numa rede de determinantes que delineiam os caminhos a serem trilhados pelo gestor público. Nesse contexto, entram em jogo diversos atores, com diferentes interesses e poder de barganha político-econômica, negociação de concepções de mundo, estratégias de ação e campos de luta por direitos e deveres sociais. É uma disputa de saberes e interesses travados no campo político, permeada por aspectos socio-culturais e econômicos¹¹.

No concernente às Diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, conforme consta, o Sistema Único de Saúde (SUS) deve estar orientado e capacitado para a atenção integral à saúde da mulher, numa perspectiva que contemple a promoção da saúde, as necessidades de saúde da população feminina, o controle de patologias mais prevalentes nesse grupo e a garantia do direito à saúde. Como preconiza o Ministério da Saúde, a

Política de Atenção à Saúde da Mulher deverá contemplar a mulher em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais, mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, de orientação homossexual, com deficiência, dentre outras⁶.

A atenção integral à saúde da mulher refere-se ao conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde, da básica à alta complexidade. Conforme previsto, o SUS deverá garantir o acesso das mulheres a todos os níveis de atenção à saúde, no contexto da descentralização, hierarquização e integração das ações e serviços, sendo responsabilidade dos três níveis de gestão, de acordo com as competências de cada um, assegurar as condições para a execução da Política de Atenção à Saúde da Mulher¹³.

Promover a saúde com equidade é um desafio para os gestores públicos e executores dessas ações. A magnitude das desigualdades sociais em saúde e os recursos escassos impõem que as prioridades para a gestão pública se fundamentem no conhecimento da situação de saúde e no impacto de políticas, programas, projetos e ações sobre a saúde e seus determinantes¹⁴.

Assim, para se promover saúde com equidade, é necessário dispor de métodos de planejamento, para o qual se requer o uso de recursos financeiros, humanos e físicos potencialmente benéficos para promover a saúde de toda a população. Atualmente, os gestores públicos têm se confrontado com o desafio de combater desigualdades sociais marcantes e crescentes, em um contexto de restrição de recursos financeiros.

No Brasil, existem problemas decorrentes da desigualdade de renda e instabilidade econômica. A grande extensão territorial dificulta a gerência do país em virtude da ampla demanda e da falta de condições de acesso à saúde por muitas pessoas, motivadas pelo precário acesso ao serviço, inexistência de trabalho, analfabetismo, entre outras. Apesar dessas barreiras, percebe-se que o investimento direcionado aos anti-retrovirais (ARVs) e o auxílio da tecnologia propiciaram melhora na qualidade de vida das pessoas portadoras de HIV e, conseqüentemente, o aumento da expectativa de vida.

Uma política pública de saúde comprometida com a promoção integral dos direitos à assistência à saúde da mulher representa uma conquista política e fortalece o processo de democratização da sociedade brasileira.

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: interfaces o com Programa Nacional de DST/Aids

As políticas de atenção à saúde da mulher propostas no Plano de Ação 2004-2007 têm como princípio para a sua aplicação o reconhecimento das diferenças de organização e de desenvolvimento tecnológico entre as diversas regiões, estados e municípios brasileiros. Espera-se com esta proposta construir um consenso nacional em torno da necessidade de se desenvolver políticas públicas de saúde para a mulher de forma integrada nos diversos níveis do sistema. As propostas apresentadas consideram a promoção da saúde, a ampliação do acesso aos serviços, a humanização e a melhoria da qualidade da atenção, as condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas identificados, na satisfação da população e no reconhecimento de direitos¹⁵.

Mencionada proposta está embasada no documento conceitual Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes, elaborado pelo Ministério da Saúde, em parceria com diversos setores da sociedade. Neste documento, a saúde da mulher é uma prioridade deste governo, e reflete o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis.

Além, disso, este documento incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/Aids, portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico⁶.

Assim, destaca-se quão relevantes são os ganhos implementados por esse plano de ação no relacionado à

atenção à saúde da mulher. Tais ganhos representam um compromisso e uma preocupação do governo federal com a população feminina e uma tentativa de garantia dos direitos humanos das mulheres. Dessa forma, o Ministério da Saúde espera estar contribuindo para que as mulheres brasileiras avancem nas suas conquistas, na perspectiva da saúde como direito de cidadania.

Apesar dos avanços, questiona-se a partir da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que adotou os princípios da humanização e da qualidade da atenção, se estes princípios são atendidos na sua integralidade e se correspondem ao contexto da realidade na qual se vive. Para responder a esta pergunta, indaga-se sobre as condições essenciais de saúde da população do estudo; se as ações de saúde se traduzem na resolução dos problemas identificados, bem como se estão voltadas à satisfação das usuárias; ao fortalecimento da capacidade das mulheres ante a identificação das suas demandas; ao reconhecimento e respeito aos seus direitos e à promoção do autocuidado.

Nas políticas de atenção à saúde da mulher propostas no Plano de Ação 2004-2007¹⁵ sobressaem determinados objetivos gerais. São eles: 1. Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos, e a ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro; 2. Contribuir para a redução da morbidade e da mortalidade femininas no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie; e 3. Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde.

Entre os objetivos gerais, existem os específicos relacionados à temática em estudo, tais como: 1. Ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica, inclusive para as portadoras da infecção pelo HIV e outras DSTs, fortalecer a atenção básica no cuidado com a mulher, ampliar o acesso e qualificar a atenção clínico-ginecológica na rede SUS; 2. Promover, conjuntamente com o PN-DST/Aids, a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/Aids na população feminina, prevenir

as DSTs e a infecção pelo HIV/Aids entre mulheres; ampliar e qualificar a atenção à saúde das mulheres vivendo com HIV e Aids e articular a atenção à mulher em situação de violência com ações de prevenção de DST/Aids; e 3. Promover a atenção à saúde das mulheres em situação de prisão, incluindo a promoção das ações de prevenção e controle de doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/Aids nessa população (ampliar o acesso e qualificar a atenção à saúde das presidiárias).

Questiona-se, a partir do conhecimento dos objetivos propostos pelo Plano de Ação das políticas de atenção à saúde da mulher, a implementação e efetividade dessas políticas. Entre as ações citadas destaca-se o "acesso". Quando se refere à inserção das mulheres ao serviço, não se resume apenas à existência de uma instituição de saúde próxima à sua residência; muitos são os requisitos exigidos para essa acessibilidade. Cita-se como exemplo a disponibilidade do serviço no momento devido e no horário mais conveniente para o deslocamento da mulher. Espera-se também que as atividades oferecidas atendam às necessidades destas mulheres, pois, no contexto atual, a mulher desempenha diversos papéis e está inserida no mercado de trabalho. Dessa forma, deve haver uma adaptação dos serviços de saúde ao atendimento à demanda.

As mulheres constituem a maioria da população brasileira (50,77%) e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde. De modo geral, freqüentam os serviços de saúde em busca do seu próprio atendimento mas, sobretudo, como acompanhantes de crianças e outros familiares, pessoas idosas, com deficiência, vizinhos, amigos. São também cuidadoras, não só das crianças ou outros membros da família, mas, também, de pessoas da vizinhança e da comunidade^{6,16}.

Conforme consta na legislação, a situação de saúde envolve diversos aspectos da vida, como a relação com o meio ambiente, o lazer, a alimentação e as condições de trabalho, moradia e renda. No caso das mulheres, os problemas dizem respeito a inúmeros fatores variáveis, como raça, etnia, hereditariedade, predisposição do gênero, situação de pobreza, somados, muitas vezes, com as responsabilidades do trabalho doméstico¹⁶.

Pela Constituição da República Federativa do Brasil, os portadores do HIV, assim como todo e qualquer cida-

dão brasileiro, têm obrigações e direitos garantidos, tais como dignidade humana e acesso à saúde pública. Estão, pois, amparados pela lei. Em defesa dos grupos mais vulneráveis a discriminação, como é o caso de homossexuais, mulheres, negros, crianças, portadores de doenças crônicas infecciosas, idosos, portadores de deficiência, entre outros, há no Brasil legislação focada nos direitos da pessoa humana. Tais direitos são fundamentais, e estão assegurados pela Carta Magna do país.

Entre as leis que amparam legalmente os portadores do vírus da imunodeficiência e os doentes de Aids destacam-se a Lei n.º 9.313 (13/11/1996), que dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de Aids, e a Lei n.º 7.670 (9/9/1988), que estende estes benefícios aos portadores da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

Situação da Saúde da Mulher no Brasil referente ao HIV/Aids

Do ponto de vista biológico, a vulnerabilidade feminina é superior à masculina. Por razões anatômicas, elas são mais suscetíveis à transmissão do HIV. Para a ascensão dos casos, destaca-se, entre as mulheres, a contribuição da dependência econômica, social e emocional. Outros fatores desfavoráveis são o diagnóstico e a assistência tardia entre as mulheres, os quais têm promovido redução na sua sobrevivência bem como na qualidade de vida, mesmo diante dos diferentes avanços da terapia anti-retroviral¹⁷.

Nos últimos anos registra-se um aumento de casos de Aids entre populações mais vulneráveis, especialmente entre as mulheres. O impacto desse crescimento revela-se na ampliação de casos de Aids por meio da transmissão vertical. Para entender essa ampliação, é necessário compreender a complexidade do processo envolvido na epidemia, que alcança com mais intensidade os segmentos menos privilegiados social e economicamente. A crescente ocorrência de casos de transmissão vertical do HIV, apesar da existência de meios para sua prevenção, diagnóstico e tratamento, desperta a necessidade de avaliar a operacionalização das políticas¹⁸.

Atualmente vivencia-se a terceira década da epidemia de Aids e evidencia-se comprometimento ascendente

de indivíduos com escassos recursos financeiros, pouca escolaridade, aumento dos casos entre mulheres e entre pessoas de ambos os sexos e jovens. Percebe-se, ainda, o crescimento paulatino de casos em cidades com reduzido número de habitantes. Estas situações motivam a denominação, respectivamente, de pauperização, feminização, juvenização e interiorização do HIV/Aids no Brasil.

Na maioria dos casos, as mulheres recebem o diagnóstico de infecção pelo HIV tardiamente (quando do adoecimento do seu parceiro ou do seu filho infectado verticalmente), sobretudo porque na saúde às vezes ainda se trabalha com referenciais baseados num conceito ultrapassado de “grupos de risco”. Desse modo, elas não são situadas num quadro de vulnerabilidade. Ademais, as mulheres portadoras de HIV/Aids enfrentam problemas de acesso nos serviços competentes para o atendimento da população feminina (serviços de ginecologia e obstetrícia) e nos serviços especializados para portadores de HIV/Aids. A falta desse atendimento nos serviços mencionados é dificultada parcialmente pela discriminação advinda do medo dos profissionais quanto à contrair o HIV durante o atendimento⁶.

No âmbito das políticas, existe o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DSTs, cujo elemento fundamental é o enfrentamento das múltiplas vulnerabilidades que contribuem para a maior suscetibilidade das mulheres brasileiras à infecção pelo HIV e a outras doenças sexualmente transmissíveis. Este plano visa ainda nortear a implantação e 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, ao diagnóstico e ao tratamento das DSTs/Aids, para as mulheres das diferentes regiões de nosso país⁹.

Espera-se que este plano seja mais um instrumento na luta pela conquista da igualdade e da cidadania plena das mulheres brasileiras.

Acesso Gratuito e Universal para o Tratamento em HIV/Aids

Uma das facetas mais conhecidas do programa brasileiro de Aids é a distribuição gratuita, e universal, de anti-

retrovirais (ARVs) para o tratamento do HIV/Aids na rede pública de saúde. Tal distribuição é totalmente subsidiada pelo Tesouro Nacional, ou seja, faz parte do orçamento do MS. Mas, ao lado da distribuição, vem ganhando importância a produção nacional de medicamentos, apresentada como uma estratégia fundamental para a manutenção do programa de distribuição¹⁹. Sobretudo a produção local dos ARVs deu destaque internacional à forma como o Brasil está enfrentando a epidemia^{20, 21}.

Com a maior disponibilidade de anti-retrovirais para o HIV, e conseqüente melhor controle dessa infecção, a história natural da doença tem mudado nos últimos anos, caracterizando-se pelo aumento de sobrevida dos portadores do HIV.

No caso brasileiro, há um sólido argumento para a manutenção da gratuidade e universalidade do tratamento: o impacto da terapia anti-retroviral nas mortes das pessoas com HIV/Aids e nos custos do tratamento²². A evolução dos conhecimentos e os avanços na utilização de recursos diagnósticos e terapêuticos, principalmente com o advento da terapia anti-retroviral, têm se mostrado decisivos no aumento da sobrevida de indivíduos com infecção pelo HIV. Apesar dos efeitos colaterais, os ARVs têm reduzido os casos de doenças oportunistas e influenciado, portanto, na qualidade de vida desses pacientes. Desse modo, reduzem o custo das internações hospitalares referentes às doenças decorrentes da baixa imunidade causada pelo HIV.

A partir dos avanços científicos e tecnológicos relacionados não só à prevenção da infecção pelo HIV, mas principalmente ao desenvolvimento de medicações voltadas aos indivíduos que vivem com Aids, o Brasil começou a assumir uma posição de destaque no mundo no concernente à assistência e prevenção dessa epidemia. Nesse sentido, o Programa Nacional de DST/Aids apresenta méritos de reconhecimento mundial, ao garantir, por meio da Lei n° 9.313, de 13 de novembro de 1996, a distribuição gratuita e universal de medicamentos anti-HIV pelo sistema público de saúde⁶. Considera-se, pois, que uma das facetas mais conhecidas do programa brasileiro de Aids é a distribuição gratuita, e universal, de anti-retrovirais para o tratamento do HIV/Aids na rede pública de saúde²³.

Para tanto, contribui a existência de uma rede básica de serviços e instituições estruturados pelo Sistema Único de Saúde a qual objetiva e prioriza, à população, ações de forma gratuita, equânime, universal, descentralizada e integral. Além disso, o fortalecimento dos laboratórios públicos e da captação de recursos financeiros, bem como a capacitação de recursos humanos para a prevenção, diagnóstico e tratamento das DSTs e HIV/Aids se configuram como elementos essenciais à implantação e implementação do sistema de distribuição dos anti-retrovirais²³.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Construir essa reflexão proporcionou aprofundamento acerca das políticas de saúde voltadas para a atenção à mulher com HIV/Aids, e, ao mesmo tempo, revelou a importância de se discutir a assistência dispensada a essa mulher.

Muito se avançou nas políticas de atenção à saúde da mulher. Existem, no entanto, lacunas a serem supridas, como promoção de mais debates e discussões sobre a temática, estímulo à sensibilização dos profissionais, apoio à capacitação, adesão da comunidade à causa, entre outros.

Conforme percebeu-se, apesar das mulheres frequentarem assiduamente os serviços de saúde, elas o fazem, sobretudo, para o cuidado com filhos e familiares. O cuidado da própria saúde vem em plano secundário. É preciso modificar esta cultura. Cabe aos serviços aproveitar todas as chances de envolver a mulher na promoção da sua saúde.

No referente ao diagnóstico da infecção pelo HIV, as mulheres acometidas pela doença descobrem o diagnóstico tardiamente após a morte do parceiro contaminado ou ainda durante o pré-natal. Esses fatos acontecem em virtude da ausência de investigação sobre exposição de riscos das mulheres ao vírus. Tais circunstâncias refletem um modelo de assistência que necessita ser repensado.

Essas discussões levaram a um pensar direcionado às responsabilidades quanto ao desempenho das nossas funções como profissionais de saúde comprometidos com a profissão e com o papel de cidadão desempenhado na condição de cumpridores e executores das políticas públicas de saúde.

Portanto, este momento é propício para se repensar sobre os acertos e erros e se traçar com êxito perspectivas para trajetórias futuras. Para a implementação de uma política, exige-se divulgá-la amplamente e alicerçá-la em um bom planejamento, com metas e ações bem delimitadas e com definição de prazos, atores responsáveis e recursos necessários.

REFERÊNCIAS

- Barroso LMM, Galvão MTG. Avaliação de atendimento prestado por profissionais de saúde a puérperas com HIV/AIDS. *Texto & Contexto Enfermagem* 2007 set; 16(3):463-9.
- Ministério da Saúde (BR). Bol Epidemiol AIDS/DST 2004 jan-jun; 1(1):1-48. **QUAIS OS DADOS RETIRADOS NESTE BOLETIM?**
- UNAIDS. The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. América Latina. In: *Aids epidemic update December 2004*. UNAIDS/OMS: Genebra, 2005. p 57-61. **ESTE TRABALHO FOI LIDO? GOSTARIA DE VER A PUBLICAÇÃO**
- Santos NJS, Buchalla CM, Fillipe EV, Bugamelli L, Garcia S, Paiva V. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. *Rev Saúde Pública* 2002 ago; 36(4):12-23.
- Tunala LG. Daily sources of stress among HIV-positive women. *Rev Saúde Pública* 2002 ago; 36(4):24-31.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília(DF); 2004.
- Ministério da Saúde (BR). Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática. Brasília(DF); 1984.
- Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres - SPM. Conselho Nacional dos Direitos da Mulher – CNDM. Disponível em: http://www.presidencia.gov.br/estrutura_presidencia/sepm/conselho/. Acesso em: 2008 maio 05. **QUAL O ASSUNTO PESQUISADO NESTE SITE?**
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Plano Integral de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST. Brasília(DF); 2007.
- Ministério da Saúde (BR). Saúde da Mulher. Mulheres contra as DST e Aids. Mulheres e Aids – Brasil lança ações para conter aumento do HIV entre mulheres. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=25646. Acesso em: 2008 maio 05.
- Sampaio J, Araújo Júnior JL. Análise das políticas públicas: uma proposta metodológica para o estudo no campo da prevenção em Aids. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2006 jul-set; 6(3):335-46.
- Silva CGM. O significado de fidelidade e as estratégias para prevenção da Aids entre homens casados. *Rev Saúde Pública* 2002; 36(Supl. 4):40-9.
- Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Plano nacional de políticas para as mulheres. Brasília(DF); 2004. 104 p.
- Drachler ML, Côrtes SMV, Castro JD, Leite JCC. Proposta de metodologia para selecionar indicadores de desigualdade em saúde visando definir prioridades de políticas públicas no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2003; 8(2):461-70.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: plano de ação 2004-2007. Brasília(DF); 2004.
- Ministério da Saúde (BR). 2004 ano da mulher. Brasília(DF); 2004. (Série E. Legislação de Saúde).
- Carvalho CML, Barroso LMM, Galvão MTG. Mulheres com HIV/Aids: subsídios para a prática de enfermagem. *Rev RENE* 2006 maio-ago; 7(2):98-105.
- Oliveira RN. As práticas de saúde para redução da transmissão vertical do HIV em unidades de atenção básica: realidades e determinantes. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2004.
- Ministério da Saúde (BR). Coordenação Nacional de DST e AIDS. Nota informativa: Painel da OMC questiona a lei de patentes brasileira. Brasília(DF); 2001.
- The Oxford Committee for Famine Relief- OXFAM.. *Companhias farmacêuticas x Brasil: uma ameaça à Saúde Pública*. Recife: OXFAM, 2001.

21. ROSENBERG, T. "How to solve the world's Aids crises: Look at Brazil". The New York Times Magazine 2001 jan 28.
22. Ministério da Saúde (BR). Coordenação Nacional de DST e AIDS. National Aids drug Policy. Brasília(DF); 2001.
23. Galvão J. A política brasileira de distribuição e produção de medicamentos anti-retrovirais: privilégio ou um direito? Cad Saúde Pública 2002; 18(01):213-9.

RECEBIDO: 03/03/2008

ACEITO: 19/05/2008