

# A estratégia saúde da família e a vulnerabilidade programática na atenção ao HIV/AIDS: uma revisão da literatura

The family health strategy and the programmatic vulnerability in assistance to HIV/AIDS: a literature survey

La estrategia salud de la familia y la vulnerabilidad programática en asistencia a HIV/AIDS: una encuesta sobre la literatura

*José Augusto de Souza Silva\**  
*Luciane Ferreira do Val\*\**  
*Lucia Yasuko Izumi Nichiata\*\*\**

**RESUMO:** O estudo objetivou analisar na literatura publicada as potencialidades e as dificuldades da Estratégia Saúde da Família (ESF) quanto a Vulnerabilidade Programática na atenção ao HIV/AIDS. Trata-se de uma revisão narrativa de publicações no período de janeiro a julho de 2009. Utilizou-se as bases de dados LILACS, MEDLINE, SciELO, PeriEnf e Teses USP, sendo selecionados 16 textos que foram agrupados, analisados e priorizados em Estrutura e Dinâmica da Organização dos Serviços (acesso aos serviços e insumos, capacitação dos profissionais, articulação entre a equipe da ESF e entre a ESF e outros serviços) e Operacionalização das Ações (diagnóstico precoce, aconselhamento, grupos educativos e visitas domiciliares). Apesar dos desafios, a ESF tem contribuído de maneira importante na redução da Vulnerabilidade Programática ao HIV/AIDS.

**PALAVRAS-CHAVE:** HIV/AIDS. Programa de Saúde da Família. Vulnerabilidade.

**ABSTRACT:** The study aimed to analyze in published literature the potentialities and difficulties of Family Health Strategy (ESF) regarding the Programmatic Vulnerability in assistance to HIV/AIDS. This is a narrative survey of publications in the period January-July 2009 in the databases LILACS, MEDLINE, SciELO, PeriEnf and Teses USP. We selected 16 texts that were grouped, analyzed and prioritized in Structure and Dynamics of Services Organization (access to services and resources, qualification of professionals, ESF team internal organization and with other services) and Actions Implementation (early diagnosis, counseling, educative groups and home visits). Although there are challenges, ESF has contributed in important ways to the reduction of Programmatic Vulnerability to HIV/AIDS.

**KEYWORDS:** HIV/AIDS. Family Health Program. Vulnerability.

**RESUMEN:** El estudio se propuso analizar en la literatura publicada las potencialidades y las dificultades de la Estrategia Salud de la Familia (ESF) respecto a la vulnerabilidad programática en asistencia a HIV/AIDS. Es un análisis narrativo de publicaciones en el período enero-julio de 2009 en las bases de datos LILACS, MEDLINE, SciELO, PeriEnf y Teses USP. Seleccionamos 16 textos que fueron agrupados, analizados y priorizados en Estructura y Dinámica de la organización de servicios (acceso a los servicios y a los recursos, calificación de profesionales, organización interna del equipo de la ESF y con otros servicios) y de la puesta en práctica de las acciones (diagnóstico temprano, asesoramiento, y grupos educativos). Aunque haya desafíos, la ESF ha contribuido de maneras importantes a la reducción de la vulnerabilidad programática al HIV/AIDS.

**PALABRAS LLAVE:** HIV/AIDS. Programa Salud de la Familia. Vulnerabilidad.

## Introdução

A epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) vem avançando em todo mundo, ultrapassando fronteiras políticas

e geográficas e, apesar do esforço de diversos países no sentido de controlar sua disseminação e melhorar as opções de tratamento, convive-se ainda com um elevado número de pessoas que dia-

riamente estão em contato com o HIV e outras que vivem com a doença já instalada.

A partir da década de 90 ocorreram diversas alterações nas características epidemiológicas da AIDS

\* Aluno de Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), São Paulo. E-mail: jss\_augusto@yahoo.com.br

\*\* Doutoranda do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da EEUSP. E-mail: lucianefdoval@gmail.com

\*\*\* Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da EEUSP, São Paulo. E-mail: izumi@usp.br

que sofreu o aumento da transmissão do HIV na população heterossexual, na população feminina, essa chegando próximo às taxas de incidência na população masculina e o aumento da transmissão vertical. Verificou-se que até o ano de 1998 foram notificados 962 casos nessa categoria de transmissão para indivíduos menores de treze anos. Sabe-se também que o HIV/AIDS passou a atingir municípios menos populosos e classes sociais menos instruídas, sendo esses processos denominados de interiorização e pauperização, respectivamente<sup>1</sup>.

Observa-se a cronificação da doença decorrente do avanço técnico científico sobre a patogenia da infecção pelo HIV, disponibilização de medicações antirretrovirais mais eficientes e avanços na melhora da qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV por meio do manejo clínico mais adequado das doenças oportunistas características dessa síndrome<sup>2</sup>.

Identifica-se também, uma política de fortalecimento das ações de aconselhamento e testagem nas maternidades e nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), tendo como objetivos a identificação precoce da infecção pelo HIV (acompanhamento pré-natal) e a instituição de tratamento imediato com antirretrovirais (pré-natal e parto), ações estas cuja finalidade é o controle da transmissão do vírus<sup>3</sup>.

Nas UBS a atenção ao HIV/AIDS vem ganhando destaque devido as ações promovidas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) visando a identificação de populações mais vulneráveis, a facilitação ao acesso a informações corretas sobre a aids, a inserção de discussões transversais nas atividades de assistência e de prevenção, além da manutenção de uma rede de referência e contra-referência para o diagnóstico e tratamento das DST, o que contribui para garantir o

acesso de populações mais vulneráveis aos serviços especializados em DST/AIDS<sup>4</sup>.

Apesar dos avanços conquistados em termos de políticas de prevenção e assistência à aids, esta ainda sem cura, constitui-se como um problema de saúde pública e estudos científicos são necessários para verificar as ações da ESF na atenção ao HIV/AIDS.

Desse modo, esse estudo teve como objetivo analisar na literatura publicada as potencialidades e as dificuldades da ESF quanto a Vulnerabilidade Programática na atenção ao HIV/AIDS.

## Metodologia

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, pois permite uma temática aberta, não exigindo um protocolo rígido para sua confecção e onde a busca das fontes são menos abrangentes<sup>5</sup>.

Utilizou-se o conceito de Vulnerabilidade desenvolvido na década de 90; didaticamente esse conceito foi investigado em três dimensões: individual, social e programática e que muito tem contribuído na compreensão e nas práticas de enfrentamento ao HIV/AIDS<sup>6,7</sup>.

A dimensão *individual* busca compreender como o modo de vida dos indivíduos os tornam vulneráveis ao HIV/AIDS; a dimensão *social* relaciona aspectos culturais e contextuais como acesso a informações adequadas, aspectos religiosos, crenças, relações de gênero, violência, pobreza, entre outros e a dimensão *programática* vincula-se à atuação de diversas instituições sociais que podem contribuir para a diminuição ou, em alguns casos, para o aumento da vulnerabilidade ao HIV/AIDS<sup>7</sup>.

Para tanto, foi realizada busca nas bases de dados SciELO, LILACS, PeriEnf, MEDLINE e Teses USP, elegendo-se como Descritores

em Ciências da Saúde, aqueles definidos pela Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): "AIDS, HIV, saúde da família". O período de busca foi de janeiro a julho de 2009.

Da busca resultaram 65 textos relacionados ao tema abordado, nesses textos foram utilizados critérios para inclusão como: os descritores selecionados, o período de busca, a leitura dos resumos, que resultaram em 33 textos e a leitura na íntegra desses textos que resultaram em 16 textos selecionados para esse estudo (conforme Referências do Material Empírico).

Esses 16 textos foram agrupados para análise considerando os aspectos que traduzem as potencialidades e as dificuldades da vulnerabilidade programática na ESF frente ao HIV/AIDS priorizados na Estrutura e Dinâmica da Organização dos Serviços (acesso aos serviços e insumos, capacitação dos profissionais, articulação entre a equipe da ESF e entre a ESF e outros serviços) e Operacionalização das Ações (diagnóstico precoce, aconselhamento, grupos educativos e visitas domiciliares).

## Resultados e discussão

### Estrutura e Dinâmica da Organização dos Serviços

#### *Acesso aos serviços e insumos*

A ESF apresenta um forte potencial de articulação com os diversos recursos sociais de seu território e por meio de seu caráter de prevenção e promoção da saúde, incorpora em suas práticas intervenções que promovem a saúde das pessoas que vivem com HIV/AIDS com habilidades de busca, recepção e ampliação do acesso a serviços que contribuem para reduzir a vulnerabilidade a essa doença<sup>8</sup>.

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são importantes ato-

res para a articulação entre a ESF e os recursos sociais disponíveis, pois têm maior facilidade para estabelecer vínculo de confiança com os usuários de modo a permitir que estes se sintam seguros para revelar seu estado de portador do HIV, facilitando assim seu acesso aos serviços disponíveis e acompanhamento pela ESF.<sup>7</sup> Como os ACS residem na área em que atuam, obtêm maior acesso aos domicílios, formando o vínculo entre a comunidade e a ESF, facilitando na ampliação do acesso e na divulgação das ações desse serviço de saúde<sup>9</sup>.

Apesar dessa potencialidade da ESF, existem dificuldades para concretização desse potencial. Os profissionais de saúde referem que a procura por preservativos masculinos ainda é pequena e que isso está ligado a fatores culturais e a falta de informação da população. Observa-se, porém, que uma parte dos serviços ainda impõe cotas para que os usuários possam retirar preservativos masculinos nas Unidades de Saúde da Família (USAFAs). Percebe-se uma contradição na ESF, com acúmulo do insumo e a baixa adesão a essa importante medida de prevenção, principalmente para os usuários de menor nível socioeconômico<sup>10</sup>.

Outro aspecto analisado foi quanto ao horário de atendimento à população, que é realizado em horário comercial, ou seja, das 08:00 às 17:00 horas, excluindo pessoas que estão trabalhando nesse horário. Assim, o horário de atendimento em que a ESF está configurada acaba contribuindo para a exclusão de parte da população adstrita e, de forma significativa para o aumento da vulnerabilidade programática ao HIV/AIDS<sup>10,11</sup>.

#### *Capacitação da equipe*

A capacitação das equipes pode ser considerada um marcador para a

vulnerabilidade programática ao HIV/AIDS à medida que os profissionais de saúde precisam de qualificação adequada para o manejo clínico da doença e para abordar questões específicas que impactam de maneira importante na evolução do processo infeccioso e na qualidade da assistência oferecida à população<sup>12</sup>.

Uma parte dos profissionais, ainda que pequena, esta apta a identificar situações de risco para HIV/AIDS, situações onde a testagem é recomendada por meio da anamnese e do exame físico<sup>13</sup>. No entanto, outra parte dos profissionais precisa avançar na compreensão sobre direitos reprodutivos, pois a falta de conhecimento dos profissionais, juntamente com a questão social, cultural e comportamental das gestantes soropositivas pode aumentar a vulnerabilidade ao HIV/AIDS<sup>14,15</sup>.

Nesse contexto, também é importante o trabalho dos ACS na identificação de populações vulneráveis, o que possibilitaria a criação de vínculo e acompanhamento. No entanto, os ACS possuem pouco treinamento sobre HIV/AIDS, o que dificulta sua atuação e contribui para a não identificação dessas populações, gerando mais dificuldades do que facilidades<sup>8</sup>.

Os serviços da Atenção Básica (AB) mostram dificuldades na abordagem de temas relacionados à sexualidade e aos direitos reprodutivos, visto que as tentativas de trabalho com esses temas acabam, na maioria dos casos, sendo traduzidas em práticas disciplinadoras e normativas baseadas em conhecimentos de ordem pessoal e moral dos trabalhadores da saúde<sup>10</sup>.

#### *Articulação entre a equipe da ESF*

A principal questão diz respeito à necessidade de realizar a articulação entre os membros da equipe da ESF e ao mesmo tempo manter o

sigilo e a confidencialidade sobre a revelação do diagnóstico do usuário. Entendem-se como informações sigilosas não só as informações fornecidas pelos próprios usuários, mas também, toda e qualquer informação obtida pela equipe de saúde no exercício de suas atividades, sejam essas informações reveladas pelo próprio usuário ou obtidas por meio de outros recursos<sup>13</sup>.

O compartilhamento das informações acerca do diagnóstico faz-se necessário entre as equipes da ESF e, para isso, as reuniões de equipes podem atuar como uma base operacional importante diminuindo a vulnerabilidade ao HIV/AIDS à medida que o cuidado e o acompanhamento desses usuários passam a ser responsabilidade de toda a equipe de saúde e não apenas de um único profissional<sup>8</sup>.

Apesar disso, estudos apontam que as reuniões de equipes da ESF ainda são pouco exploradas. Os profissionais referem insatisfação com as reuniões devido à sua pouca frequência e a extensa quantidade de assuntos, que vão desde a supervisão do trabalho dos ACS por parte do enfermeiro, até o planejamento das atividades mensais dos agentes e a discussão de conduta para casos considerados mais importantes e problemáticos pela equipe de saúde<sup>10</sup>.

#### *Articulação entre a ESF e outros serviços*

As ações prioritárias da AB frente ao HIV/AIDS são a identificação de grupos vulneráveis, oferecimento de testagem sorológica, aconselhamento e realização de atividades visando à prevenção de doenças e a promoção da saúde. Quando se trata de usuários portadores do HIV, a AB deve atuar no sentido de se articular os Serviços Assistências Especializados (SAEs) para que possam estabelecer um sistema de referên-

cia e contra-referência de modo a propiciar uma atenção integral<sup>16</sup>.

Além dos SAEs, as Organizações não Governamentais (ONGs) são outros recursos que a AB deve buscar articular de modo a propiciar a resolução e acompanhamento de casos complexos, contribuindo para a diminuição da vulnerabilidade ao HIV/AIDS<sup>10-17</sup>.

Apesar dos estudos destacarem a importância da articulação da AB com o SAE e as ONGs, na prática o que se observa é uma séria dificuldade para efetivação dessas orientações. Existe pouca intersectorialidade das políticas públicas atuais o que gera em muitos casos uma assistência fragmentada, como também o desconhecimento dos profissionais da AB sobre as atribuições e critérios de atendimento nesses serviços<sup>19</sup>.

### Operacionalização das Ações

#### *Diagnóstico Precoce*

A ESF pode atuar no sentido de realizar o diagnóstico precoce do HIV/AIDS à medida que oferece ações de testagem e aconselhamento para a população não cadastrada no serviço. Essa é uma prática recorrente dentro dos serviços de saúde que acaba atuando também no sentido de garantir o acesso a uma parcela maior de usuários<sup>10</sup>.

No que tange ao diagnóstico do HIV/AIDS durante a gravidez, apesar da queda nos índices de transmissão vertical no Brasil, ainda há uma parcela da população feminina considerável que não realiza acompanhamento do pré-natal e chega ao final da gestação sem ter conhecimento de seus estados sorológicos. Isso ocorre, mesmo com a realização de testagem para o HIV e oferecimento gratuito de antirretrovirais pelo SUS<sup>14</sup>. Ainda assim, o diagnóstico precoce do HIV durante a gestação é muito impor-

tante para redução da transmissão vertical do vírus<sup>13</sup>.

#### *Aconselhamento*

A equipe que atua na ESF percebe a importância do aconselhamento frente ao HIV/AIDS como um espaço de escuta para os usuários poderem resolver seus problemas<sup>13</sup>.

Dado isso, percebe-se o potencial que essa tecnologia leve possui para contribuir de maneira efetiva para a redução da vulnerabilidade programática ao HIV/AIDS na ESF. Assim sendo, "*sentir-se acolhido é fundamental para que se prossiga na luta contra a doença*"<sup>20</sup>.

Mas, apesar de sua importância, observa-se que na prática, o aconselhamento durante o pré-teste para HIV não está sendo realizado adequadamente durante o pré-natal, perdendo-se assim, uma valiosa oportunidade para trabalhar questões educativas relativas ao HIV, particularmente quanto às suas implicações no processo de gravidez, parto e amamentação<sup>13</sup>.

Em muitos casos, o aconselhamento acaba sendo utilizado como um mecanismo de triagem onde o enfermeiro realiza o atendimento ao usuário e, a depender do caso, da resolubilidade, encaminha o usuário para o médico ou orienta para retorno em data disponível conforme agenda desse profissional<sup>10</sup>. Percebe-se nesses casos o total esvaziamento dessa tecnologia de trabalho que acaba sendo executada focando apenas a necessidade de atender a demanda e agilizar o trabalho médico.

#### *Grupos Educativos*

Na prática, as atividades voltadas para a prevenção do HIV/AIDS na ESF, como grupos educativos, são pouco utilizadas e normalmente quando são aplicadas são feitas com enfoque normativo. Dentre as causas apontadas para a baixa frequência de grupos educativos estão

à ausência de espaços adequados e a baixa adesão dos pacientes a essa atividade<sup>10, 21</sup>.

A realização de grupos educativos sobre o HIV/DST/AIDS trata apenas os aspectos biológicos, abordados de maneira superficial e insuficiente para as questões sobre métodos contraceptivos e o uso do preservativo masculino. Durante as orientações passadas para os usuários observa-se o predomínio de linguagem técnica sem adaptações ao linguajar dos usuários, através da difusão unilateral de informações sem espaço para reflexão<sup>10,11,19</sup>.

Outra preocupação diz respeito à cronificação da doença aliada à falta de atividades e orientações para a população idosa, que não demonstram percepção do risco para adquirirem HIV/AIDS. Dentre as causas que levam a população idosa a não perceber o risco a que estão expostos destaca-se a presença de parceiro estável, confiança na fidelidade do parceiro e a consideração da AIDS como uma doença não letal<sup>22</sup>.

#### *Visitas Domiciliares (VD)*

A realização das visitas domiciliares pelos ACS varia muito em termos de eficácia e resolubilidade, pois seu conteúdo é de acordo com o profissional que a realiza, havendo pouco esclarecimento sobre os resultados que se espera dessa ferramenta que a ESF possui<sup>10</sup>.

Nesse sentido, pode-se identificar o ACS como o integrante da ESF que possui maior proximidade com o usuário, devido ao fato de residir na comunidade em que atua e adentrar as residências dos usuários, facilitando assim a abertura de privacidade e a criação de vínculo entre usuário e serviço de saúde<sup>16-23</sup>.

Porém, em muitos casos, o foco das atividades de visitas domiciliares tem se mantido nos aspectos biológicos do processo saúde-do-

ença e em muitos casos as visitas domiciliares acabam limitando-se a checagem de procedimentos e repasse de informações sobre atividades das USAFAs. Além disso, o registro das visitas domiciliares independente da atuação efetiva junto à família, particularmente aos ACS, configura-se de maneira frágil e burocratizada, atuando como fator de esvaziamento dessa tecnologia de trabalho<sup>10</sup>.

## Conclusão

A ESF tem contribuído de maneira importante na redução da vulnerabilidade ao HIV/AIDS à medida que incorpora de forma sistematizada novas tecnologias de trabalho, baseadas na atuação multiprofissional e transferindo o enfoque assistencial da cura e acompanhamento para a prevenção de doenças e a promoção da saúde.

No entanto, fatores estruturais e operacionais como dificuldade de acesso aos serviços, problemas de articulação com demais recursos sociais, falta de capacitação, dificuldades para realização do diagnóstico, particularmente durante a gestação, e o esvaziamento de estratégias de assistência (aconselhamento e VD) acabam limitando o potencial da ESF para redução da vulnerabilidade programática ao HIV/AIDS.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica. 6a ed. Brasília (DF): MS; 2007.
2. Ferreira CVL. AIDS e exclusão social: um estudo clínico com pacientes com o HIV. São Paulo (SP): Lemos Editorial; 2003.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/AIDS. Aconselhamento em DST/HIV/AIDS para a Atenção Básica. Brasília (DF): MS; 2005.
4. São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Saúde da Região Metropolitana da Grande São Paulo. Ações de prevenção e assistência as DST/AIDS na rede de atenção básica a saúde do Estado de São Paulo. São Paulo (SP): Secretaria de Estado de Saúde; 2005.
5. Cordeiro AM, Oliveira GM, Rentería JM, Guimarães CA. Revisão sistemática: uma revisão narrativa. 2007;34(6):428-31.
6. Mann J, Tarantola DJM, Netter TW, organizadores. AIDS in the world. Cambridge: Harvard University press; 1992.
7. Ayres JRCM, Calazans GJ, Filho HCS, Júnior IF. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção à saúde. In: Campos, GWS, et al. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo (SP): Hitec, Editora Fiocruz; 2006.
8. Abdalla FTM, Nichiata LYI. A abertura da privacidade e o sigilo das informações sobre HIV/AIDS das mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família no município de São Paulo, Brasil. Saúde Soc. 2008;17(2):140-52.
9. Araujo MRM, Assunção RS. A atuação do agente comunitário de saúde na promoção da saúde e na prevenção de doenças. Rev Bras Enferm. 2004;57(1):19-25.
10. Ferraz DAS. Avaliação da implantação de ações de prevenção das DST/AIDS numa unidade de saúde da família [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2008.
11. Lima DA. A mulher com idade igual ou superior a 50 anos e a epidemia de aids: percepção e ações de moradoras de uma comunidade de baixa renda [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.
12. Takahashi RF. Marcadores de vulnerabilidade à infecção, adoecimento e morte por HIV e AIDS [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.
13. Abdalla FTM. Abertura da privacidade e o sigilo do HIV/AIDS nas equipes do programa de saúde da família em uma unidade básica do município de São Paulo [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.
14. Neves LPS. Prevenção da transmissão vertical do HIV/AIDS: compreendendo as crenças e percepções das mães soropositivas [dissertação]. Ribeirão Preto (SP). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.
15. Santos NJS, Buchalla CM, Fillipe EV, Buugamelli L, et al. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. Rev Saúde Pública. 2002 Ago;36(4):12-23.
16. Ferreira FC, Nichiata LYI. Mulheres vivendo com aids e os profissionais do programa saúde da família: revelando o diagnóstico. Rev Esc Enf da USP. 2008;42(3):483-9.
17. Carvalho FT, Morais NA, Koller SH, Piccinini CA. Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS. Cad Saúde Pública. 2007 Set; 23(9):2023-33.
18. Couto MHC. Novos horizontes para as políticas públicas em HIV/AIDS: uma aproximação às questões da contemporaneidade [dissertação]. Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2002.

19. Feliciano KVO, Kovacs MJ. As necessidades comunicacionais das práticas educativas na prevenção da transmissão materno-fetal do HIV. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2003 Set-Out;3(4):393-400.
20. Silveira EAA, Carvalho AMP. Familiares de clientes acometidos pelo HIV/AIDS e o atendimento prestado em uma unidade ambulatorial. *Rev Latino-Am Enferm*. 2002;10(6):813-8.
21. Santo ACGE, Sousa MCP, Motta SKA. Gênero, vulnerabilidade das mulheres ao HIV/AIDS e ações de prevenção em bairro da periferia de Teresina, Piauí, Brasil. *Saúde Soc*. 2008;17(2):58-68.
22. Gualda DMR. Etnografia. In: Merighi MAB, Praça NS. *Abordagens teórico-metodológicas qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo*. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2003. p. 19-29.
23. Ferreira CF. *As condições que levam as mulheres soropositivas ao HIV/AIDS a abrir a privacidade de suas informações às equipes do Programa de Saúde da Família [dissertação]*. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.

---

## REFERÊNCIAS DO MATERIAL EMPÍRICO

1. Enders BC, Torres G de V. Atividades educativas na prevenção da aids em uma rede básica municipal de saúde: participação do enfermeiro. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 1999 Abr;7(2):71-7.
  2. Barros SMO, Cozzupoli CA, Marin HF, Miyazawa NS. Cuidados domiciliares ao paciente com síndrome de imunodeficiência adquirida. *Acta Paul Enferm*. 1989 Mar;2(1):30-2.
  3. Abdalla FTM, Nichiata LYI. A abertura da privacidade e o sigilo das informações sobre HIV/AIDS das mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família no município de São Paulo, Brasil. *Saúde Soc*. 2008;17(2):140-52.
  4. Sopper CR. *Estudo sobre o conhecimento e as atitudes de adolescentes frente ao HIV/AIDS [dissertação]*. Curitiba (PR): Universidade Federal do Paraná; 2003.
  5. Carvalho FT, Moraes NA, Koller SH, Piccinini CA. Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS. *Cad Saúde Pública*. 2007 Set;23(9):2023-33.
  6. Feliciano KVO, Kovacs MH. Vulnerabilidade programática na prevenção da transmissão materno-fetal da aids. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2002 Mai-Ago;2(2):167-5.
  7. Feliciano KVO, Kovacs MH. As necessidades comunicacionais das práticas educativas na prevenção da transmissão materno-fetal do HIV. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2003 Set-Out;3(4):393-400.
  8. Santo ACGE, Sousa MCP, Motta SKA. Gênero, vulnerabilidade das mulheres ao HIV/AIDS e ações de prevenção em bairro da periferia de Teresina, Piauí, Brasil. *Saúde Soc*. 2008;17(2):58-68.
  9. Ferreira FC, Nichiata LYI. Mulheres vivendo com aids e os profissionais do programa saúde da família: revelando o diagnóstico. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(3):483-9.
  10. Abdalla FTM, Nichiata LYI. A abertura da privacidade e o sigilo das informações sobre HIV/AIDS das mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família no município de São Paulo, Brasil. *Saúde Soc*. 2008;17(2):140-52.
  11. Silveira EAA, Carvalho AMP. Familiares de clientes acometidos pelo HIV/AIDS e o atendimento prestado em uma unidade ambulatorial. *Rev Latino-Am Enferm*. 2002;10(6):813-8.
  12. Lima DA. *A mulher com idade igual ou superior a 50 anos e a epidemia de aids: percepção e ações de moradoras de uma comunidade de baixa renda [dissertação]*. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.
  13. Neves LPS. *Prevenção da transmissão vertical do HIV/AIDS: compreendendo as crenças e percepções das mães soropositivas [dissertação]*. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.
  14. Ferreira CF. *As condições que levam as mulheres soropositivas ao HIV/AIDS a abrir a privacidade de suas informações às equipes do Programa de Saúde da Família [dissertação]*. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.
  15. Abdalla FTM. *Abertura da privacidade e o sigilo do HIV/AIDS nas equipes do programa de saúde da família em uma unidade básica do município de São Paulo [dissertação]*. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.
- Ferraz DAS. *Avaliação da implantação de ações de prevenção das DST/AIDS numa unidade de saúde da família [dissertação]*. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2008.

---

*Recebido em 11 de novembro de 2009*  
*Aprovado em 17 de dezembro de 2009*