



Organização
Mundial da Saúde

Guia consolidada sobre saúde sexual e reprodutiva e direitos das mulheres que vivem com HIV



Guia consolidada sobre saúde sexual e reprodutiva e direitos das mulheres que vivem com HIV

Guia consolidada sobre saúde sexual e reprodutiva e direitos das mulheres que vivem com HIV.

ISBN 978-92-4-854999-1

© Organização Mundial da Saúde 2017

Alguns direitos reservados. Este trabalho está disponível sob a Attribution-NonCommercial-ShareAlike (Atribuição não comercial/compartilhamento) 3.0 IGO licença (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Sob os termos desta licença, este trabalho pode ser copiado, redistribuído e adaptado para propósitos não comerciais, desde que a fonte seja apropriadamente citada, como indicado abaixo. Em qualquer uso deste trabalho, não deve haver qualquer sugestão de que a OMS endossa qualquer organização, produtos ou serviços específicos. O uso do logo da OMS não está permitido. Se este trabalho for adaptado, a adaptação deverá ser licenciada sob igual licença ou equivalente no Creative Commons. Se este trabalho for traduzido, deverá ser adicionado o seguinte anúncio junto com a citação sugerida: “Esta tradução não foi realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A OMS não é responsável pela exatidão desta tradução. A edição original em inglês deve ser a edição vinculativa e autêntica”.

Qualquer mediação relacionada a disputas surgidas sob a licença deve ser conduzida de acordo com as regras de mediação da Organização Mundial da Propriedade Intelectual.

Citação sugerida. Guia consolidada sobre saúde sexual e reprodutiva e direitos das mulheres que vivem com HIV. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2017. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Dados de Catalogação na fonte (CIP). Os dados CIP estão disponíveis em <http://apps.who.int/iris>.

Vendas, direitos e licenciamento. Para adquirir publicações da OMS, acesse <http://apps.who.int/bookorders>. Para submeter requisições para uso comercial e questões sobre direitos e licenciamento, acesse <http://www.who.int/about/licensing>.

Materiais de terceiras partes. Se qualquer material deste trabalho atribuído a uma terceira parte, como tabelas, figuras ou imagens, for reutilizado, cabe ao usuário determinar se é necessária permissão para esta reutilização e obter a permissão do proprietário do copyright. O risco de reclamações resultantes da infração de qualquer componente de propriedade de terceira parte neste trabalho recai somente sobre seu usuário.

Isenções gerais. As designações empregadas e a apresentação do material na presente publicação não implicam a expressão de uma opinião por parte da Organização Mundial da Saúde no que se refere à situação de um país, território, cidade ou área ou de suas autoridades, ou concernente às delimitações de suas fronteiras ou limites. As linhas pontilhadas e tracejadas nos mapas representam linhas de fronteira aproximadas, sobre as quais pode não existir ainda completo acordo.

A menção de companhias específicas ou dos produtos de certos fabricantes não implica que sejam apoiados ou recomendados pela Organização Mundial da Saúde em detrimento de outros de natureza semelhante que não tenham sido mencionados. Salvo erros e omissões, os nomes dos produtos proprietários são distinguidos pelas letras iniciais maiúsculas.

Todas as precauções plausíveis foram tomadas pela OMS para confirmar a informação contida nesta publicação. Contudo, o material publicado está sendo distribuído sem garantias de qualquer tipo, sejam elas explícitas ou implícitas. A responsabilidade pela interpretação e uso do material recai sobre o leitor. Em nenhuma hipótese a OMS deverá ser responsabilizada por danos surgidos em decorrência do uso do referido material.

Printed in Switzerland

Conteúdos

Agradecimentos.....	v
Abreviações e acrônimos.....	vii
Sumário Executivo.....	ix
Lista resumida das recomendações da OMS para a saúde sexual e reprodutiva e direitos (SSRD) de mulheres que vivem com HIV.....	xii
Lista resumida de recomendações de boas práticas da OMS sobre saúde sexual e reprodutiva e direitos (SSRD) de mulheres que vivem com HIV.....	xvii
Capítulo 1. Introdução.....	1
1.1 Contexto.....	1
1.2 Público-alvo.....	2
1.3 Escopo.....	3
1.4 Abordagem e princípios orientadores.....	4
1.5 Valores e preferências de mulheres que vivem com HIV.....	8
Capítulo 2. Metodologia e processo para o desenvolvimento da guia.....	10
2.1 Grupos de trabalho do desenvolvimento da guia.....	10
2.2 Colaboradores-chave adicionais.....	11
2.3 Declaração de interesses de colaboradores externos.....	11
2.4 Definição de escopo e áreas tópicas para novas recomendações e declarações de boas práticas.....	12
2.5 Revisão de evidência e formulação de recomendações.....	12
2.6 Tomada de decisão pelo GDG durante o desenvolvimento da guia.....	14
2.7 Compilação e apresentação do conteúdo da guia.....	14
Quadro de recomendações da OMS e declarações de boas práticas para o progresso da saúde sexual e reprodutiva e direitos das mulheres que vivem com HIV.....	17
Capítulo 3. Criando um ambiente favorável: recomendações declarações de boas práticas.....	18
3.1 Aplicando um modelo social e ecológico para definição de um ambiente facilitador da SSR e direitos das mulheres que vivem com HIV.....	20
3.2 Estratégias essenciais para a criação e manutenção de um ambiente favorável.....	21
Capítulo 4. Intervenções em saúde: recomendações e recomendações.....	48
4.1 Aconselhamento e apoio em saúde sexual.....	49
4.2 Serviços contra a violência contra a mulher.....	54
4.3 Serviços de planejamento familiar e infertilidade.....	58
4.4 Cuidados pré-natais e serviços de saúde materna.....	64
4.5 Serviços de aborto seguro.....	71
4.6 Serviços especializados em infecções sexualmente transmissíveis e câncer do colo do útero.....	74

Capítulo 5. Fornecimento de serviço e implementação da guia.....	80
5.1 Panorama.....	80
5.2 Reformas essenciais de fornecimento de serviços.....	82
5.3 Considerações essenciais na provisão de serviços para mulheres que vivem com HIV.....	85
5.4 Compreendendo a epidemiologia do HIV e IST locais.....	88
Capítulo 6. Desenvolvimento da agenda de pesquisa.....	89
6.1 Definição das perguntas prioritárias de pesquisa para fortalecer a base da evidência.....	89
6.2 Rumo a uma abordagem apropriada para pesquisa sobre SSRD.....	91
Capítulo 7. Disseminação, aplicabilidade e atualização da guia e recomendações.....	93
7.1 Disseminação.....	93
7.2 Aplicabilidade.....	94
7.3 Atualização da guia.....	95
Referências.....	97
Anexo 1. Especialistas externos e equipe da OMS envolvida na preparação desta guia.....	110
Anexo 2. Resumo de declarações de interesse de membros do Grupo de Desenvolvimento da Guia (GDG) e como elas foram gerenciadas.....	115
Anexo 3. Perguntas e resultados prioritários para as intervenções identificadas para esta guia.....	118
Anexo 4. Revisões sistemáticas e de literatura.....	119
Anexo 5. Julgamentos do Grupo de Desenvolvimento da Guia (GDG) relacionados às novas recomendações).....	121

Suplemento para internet: Recomendações da OMS sobre SSRD de mulheres que vivem com HIV: base de evidências

Os critérios padronizados usados na graduação de evidências e nas tabelas GRADE foram publicados em suplemento na internet em separado. O suplemento na internet está disponível em:
www.who.int/reproductivehealth/publications/gender_rights/srhr-women-hiv/en/v

Agradecimentos

Grupo Orientador de Guias da OMS

Os seguintes membros da equipe da OMS contribuíram para o desenvolvimento desta guia como membros do Grupo Orientador de Guias: **Avni Amin** (Department of Reproductive Health and Research [RHR]), **Rachel Baggaley** (Department of HIV/AIDS), **John Beard** (Department of Ageing and Life Course [ALC]), **Ana Pilar Betrán Lazaga** (Department of RHR), **Francoise Bigirimana** (WHO Regional Office for Africa), **Sonja Caffè** (WHO Regional Office for the Americas/Pan American Health Organization [PAHO]), **Rebekah Bosco Thomas** (Gender, Equity and Human Rights Team), **Nathalie Broutet** (Department of RHR), **Tarun Dua** (Department of Mental Health and Substance Abuse [MSD]), **Shaffiq Essajee** (Department of HIV/AIDS), **Jane Ferguson** (Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health [MCA]), **Mario Festin** (Department of RHR), **Bela Ganatra** (Department of RHR), **Claudia García Moreno** (Department of RHR), **Fahmy Hanna** (Department of MSD), **Rajat Khosla** (Department of RHR), **Gunta Lazdane** (WHO Regional Office for Europe), **Ramez Mahaini** (WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean), **Léopold Ouedraogo** (WHO Regional Office for Africa), **Razia Pendse** (WHO Regional Office for South-East Asia), **Sheryl van der Poel** (Department of RHR), **Joanna Vogel** (Department of MCA).

Grupo de Desenvolvimento da Guia (GDG)

Pascale Allotey (School of Medicine and Health Sciences, Monash University Malaysia, Malaysia), **Elham Atalla** (Al Hoor Health Center, Arad Health Center, Ministry of Health, Kingdom of Bahrain), **Susan Bewley** (Women's Health Academic Centre, King's College London, United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland [United Kingdom]), **Shalini Bharat** (School of Health Systems Studies, Tata Institute of Social Sciences, India), **Elizabeth Bukusi** (Co-Chair) (Kenya Medical Research Institute [KEMRI], Kenya), **Caroline Phiri Chibawe** (Mother and Child Health, Ministry of Health, Zambia), **Sophie Dilmitis** (International Community of Women Living with HIV, Zimbabwe), **Raoul Franssen-dos Santos** (International Civil Society Support, The Netherlands), **Selma Hajri** (African Network for Medical Abortion [ANMA], Tunisia), **Maurice Hiza** (Reproductive and Child Health Section, Ministry of Health and Social Welfare, United Republic of Tanzania), **Mona Loutfy** (Women's College Research Institute, Women's College Hospital, University of Toronto, Canada), **Chisale Mhango** (Royal College of Obstetrics and Gynaecology, College of Medicine, Malawi), **Glen Mola** (School of Medicine and Health Sciences, Papua New Guinea), **Rejoice Nkambule** (Public Health Services, Ministry of Health, Swaziland), **Vera Paiva** (Interdisciplinary Group for AIDS Prevention [NEPAIDS], University of São Paulo, Brazil), **Quach Thi Thu Trang** (Center for Creative Initiatives in Health and Population [CCIHP], Viet Nam), **Paul Van Look** (Co-Chair) (Independent consultant, Switzerland), **Alice Welbourn** (Salamander Trust, United Kingdom), **Anandi Yuvaraj** (Independent consultant, India).

Colaboradores da revisão de sistemas e de narrativa da Graduação da Qualidade das Evidências e Força das Recomendações, (GRADE)

Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Estados Unidos da América (EUA): **Caitlin Kennedy e equipe:** **Laura Beres**, **Virginia Burke**, **Stephanie Caldas**, **Elisabeth Chop**, **Avani Duggaraju**, **Angela Flignor**, **Sabina Haberlen**, **Sophie Morse**, **Shristi Pandey**, **Caitlin Payne**, **Jennifer Robinson**, **Haneefa Saleem**, **Alana Teman** e **Ping Teresa Yeh**.

Metodologista/epidemiologista clínico independente, África do Sul: **Nandi Siegfried**.

Grupo de Revisão Externo (GRE)

Georgina Caswell (International HIV/AIDS Alliance, United Kingdom), **Eli Coleman** (University of Minnesota, USA), **Tyler Crone** (ATHENA Network, USA), **Cecilia Chung** (Global Network of People Living with HIV, USA), **Faysal El-Kak** (American University of Beirut, Lebanon), **Asha George** (University of the Western Cape, South Africa), **Quarraisha Abdool Karim** (Center for AIDS Research in South Africa [CAPRISA], South Africa), **Robert Leke** (University of Yaoundé, Cameroon), **Svetlana Moroz** (Eurasian Women's Network on AIDS, Ukraine), **Nelly Mugo** (Kenyatta National Hospital, Kenya), **Wanjiru Mukoma** (LVCT Health, Kenya), **Hajjarah Nagadya** (International Community of Women Living with HIV [ICW] East Africa, Uganda), **Francis Ndowa** (Harare Central Hospital Management Board, Zimbabwe), **L'Orangelis Thomas Negrón** (Latin America and Caribbean Positive Youth Network,

Panama), **Eugene Ngoga** (University of Rwanda, Rwanda), **Hiroimi Obara** (National Center for Global Health and Medicine, Japan), **Hamid Rushwan** (International Federation of Gynecology and Obstetrics [FIGO], Sudan), **Aditi Sharma** (ICW, India), **Martha Tholanah** (ICW, Zimbabwe), **Ruth Morgan Thomas** (Global Network of Sex Work Projects [NSWP], United Kingdom), **Rita Wahab** (Women Living with HIV in the Middle East [MENA Rosa], Lebanon).

Representantes de agências das Nações Unidas e outros parceiros externos

O Fundo Global de Luta Contra AIDS, Tuberculose e Malária: **Kate Thomson** Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) Escritório do Alto Comissário das Nações Unidas para os Direitos Humanos (EACDH): **Ruben Brouwer**, **Lucinda O’Hanlon** Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA): **Lynn Collins**, **Petra ten Hoop-Bender** Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID): **Shawn Malarcher**, **Nithya Mani**, **Jen Mason**.

Equipe e consultores da OMS:

Consultores da OMS: Agradecimentos especiais para **Laura Beres** da Johns Hopkins University, **Elizabeth McGrory**, consultora independente e **Luisa Orza** da ATHENA Network, que contribuíram para a redação, coordenação e pesquisa da guia, e para **Sofia Gruskin** e **Shubha Kumar** do Institute for Global Health, University of Southern California, que lideraram a revisão em direitos humanos.

Agradecimentos especiais também para **Philippa Easterbrook**, **Susan Norris** e **Charles Penn** (Secretariado do Comitê de Revisão de Guias da OMS) que forneceram aconselhamento e suporte em vários estágios do desenvolvimento da guia.

O suporte administrativo na OMS foi oferecido por **Natalie Maurer** e **Jane Werunga-Ndanareh**, e o de comunicação por **Catherine Hamill**, **Lizzy Noble** e **Christine Meynent**. **Jane Patten** cuidou da edição técnica e **Christel Chater** do desenho gráfico e layout, em nome da Green Ink, Reino Unido.

Coordenação geral

Manjula Narasimhan coordenou o processo geral de desenvolvimento da guia sob a supervisão de **James Kiarie** e **Ian Askew** (Departamento de SPR da OMS).

Financiamento

O Programa Especial de Investigação, Desenvolvimento e Formação em Investigação sobre Reprodução Humana do PNUD /UNFPA/UNICEF/OMS/Banco Mundial (HRP), o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) ofereceram apoio para desenvolver esta guia.

Abreviações e acrônimos

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ALC	Departamento de Envelhecimento e Curso de Vida da OMS
ARV	fármacos antirretrovirais
CIPD	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
CRS	Comunicação Resumida de Sexualidade
CDESC	Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais da ONU
DDI	Declaração de Interesse
EACDH	Escritório do Alto Comissário das Nações Unidas para os Direitos Humanos
ECR	Ensaio Clínico Controlado Randomizado
ESE	Educação Sexual Extensiva
ETV	Eliminação da Transmissão Vertical
ERG	Grupo Externo de Revisão
FWC	Family, Women's and Children's Health Cluster (Saúde de Família, Mulheres e Crianças da OMS)
VBG	Violência Baseada em Gênero
GDG	Grupo de Desenvolvimento da Guia
GER	WHO Gender, Equity and Human Rights Team (Equipe Técnica de Gênero, Equidade e Direitos Humanos da OMS)
GRADE	Grading Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (Gradação da Qualidade das Evidências e Força das Recomendações)
GRC	Comitê de Revisão de Guias
GVPS	Pesquisa de Valores e Preferências Globais
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Vírus do Papiloma Humano
HRP	Programa Especial de Investigação, Desenvolvimento e Formação em Investigação sobre Reprodução Humana do PNUD /UNFPA/UNICEF/OMS/Banco Mundial
HSH	Homens que fazem sexo com homens
HSV	Vírus herpes simples
IST	Infeções sexualmente transmissíveis
ITR	Infecção do trato reprodutivo
M&A	Monitoramento e Avaliação
MCA	Departamento de Saúde Materna, Neonatal, da Criança e do Adolescente da OMS.
MEC	Critérios médicos de elegibilidade para uso de anticoncepcionais, publicação da OMS
mhGAP	Programa Mundial de Ação para superar as lacunas em Saúde Mental
mhGAP-IG	Manual de Intervenções em Saúde Mental do mhGAP
MIWA	Meaningful Involvement of Women living with HIV and AIDS (Envolvimento Significativo de Mulheres que Vivem com HIV e AIDS)
MNS	Mental, neurological and substance use disorders (transtornos mentais, neurológicos e por uso de substâncias)
MSD	Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias
MGF	Mutilação Genital Feminina
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAP	Pesquisa-Ação Participativa
PF	Planejamento Familiar
PICO	População, intervenção, comparador, resultados (s)
PMNCH	Parceria para Saúde de Mães, Recém-Nascidos e Crianças
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PTV	Prevenção da transmissão vertical
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição
RBP	Recomendação de Boas Práticas
REC	Recomendação
RHL	Biblioteca de Saúde Reprodutiva
RHR	Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisas Conexas da OMS
SG	Grupo Orientador de Guias da OMS
SPR	Recomendações Práticas Seleccionadas para Uso de Métodos Anticoncepcionais
SSR	Saúde sexual e reprodutiva
SSRD	Saúde sexual e reprodutiva e direitos
TARV	Terapia Antirretroviral
TB	Tuberculose
TPI	Tratamento preventivo intermitente
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USAID	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional
VCM	Violência contra mulheres
VPI	Violência pelo parceiro íntimo

Sumário Executivo

O HIV não está somente condicionado pela desigualdade de gênero, mas também fortalece a desigualdade de gênero fazendo com que as mulheres sejam mais vulneráveis. Oferecer intervenções em saúde sexual e reprodutiva para mulheres que vivem com HIV baseadas em princípios de igualdade de gênero e direitos humanos pode ter um impacto positivo sobre sua qualidade de vida; significa também um passo adiante em direção a um melhor estado de saúde e igualdade a longo prazo.

Introdução

Estima-se que em 2015, 17,8 milhões de mulheres com 15 ou mais anos de idade viviam com HIV ou seja 51% dos adultos que vivem com HIV. As adolescentes e mulheres jovens são particularmente afetadas; em 2015 elas eram 60% dos jovens entre 15 e 24 anos que viviam com HIV e também 58% dos novos casos entre pessoas jovens desse grupo etário. Em muitos países as mulheres que vivem com HIV não tem acesso equitativo a serviços de saúde de qualidade e também devem enfrentar diversas formas de estigma e discriminação. Além disso, as mulheres vivendo com HIV são muito mais vulneráveis à violência, incluindo a violação dos seus direitos sexuais e reprodutivos. Desde 2006, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou *Sexual and reproductive health of women living with VIH/AIDS: guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings*, muitas mudanças significativas das políticas, pesquisas e práticas relacionadas ao HIV aconteceram. Essas mudanças incluem uma rápida expansão da terapia anti-retroviral (TAR) e a publicação, em 2005, das recomendações da OMS para oferecer TAR imediatamente a todas as pessoas que vivem com HIV e oferecer profilaxia pré-exposição (PeEP) a pessoas com risco considerável de infecção por HIV como uma alternativa de prevenção. Devido às características deste enfoque tão diferente, quando esta guia foi submetida ao Comitê de Revisão de Diretrizes da OMS não foi considerada como uma atualização das recomendações publicadas em 2006, mas sim como novas. Este guia responde a demandas de organizações, instituições e pessoas que buscavam uma diretriz que reunisse as recomendações existentes específicas para mulheres que vivem com HIV e as novas recomendações e recomendações de boas práticas. A expectativa é de que o novo guia apoie as equipes de saúde que estão na linha de frente, os administradores e gestores de políticas de saúde em todo o mundo para uma melhor abordagem da saúde sexual e reprodutiva e dos direitos (SSRD) das mulheres que vivem com HIV.

Esta guia toma como ponto de partida o momento em que uma mulher descobre que está vivendo com HIV, portanto inclui aspectos fundamentais da prestação serviços de SSRD abrangentes e que ofereçam apoio às mulheres que vivem com HIV. Como as mulheres que vivem com HIV enfrentam desafios únicos e violações dos seus direitos relacionados à sua sexualidade e reprodução não somente dentro de suas próprias famílias e comunidades, como também nas instituições de saúde onde buscam atenção de saúde, a guia destaca a importância de gerar um ambiente favorável para apoiar de forma mais efetiva as intervenções e os resultados de saúde.

Busca ajudar os países a planejar, desenvolver e monitorar de maneira mais eficiente e efetiva os programas e serviços de promoção de igualdade de gênero e direitos humanos para que sejam mais aceitáveis e apropriados para mulheres que vivem com HIV, considerando o contexto epidemiológico tanto local como nacional. Esta guia discute aspectos relacionados à implementação de intervenções de saúde e prestação de serviços para alcançar a igualdade de gênero e apoiar os direitos humanos.

Esta guia visa oferecer:

- **recomendações baseadas em evidência** para SSRD para mulheres que vivem com HIV em toda sua diversidade, com especial atenção a aqueles lugares em que o sistema de saúde conta com recursos e capacidades limitadas, e
- **recomendações de boas práticas** sobre aspectos operativos e de prestação de serviços fundamentais que precisam ser realizados para (i) aumentar o acesso, a incorporação dos serviços e a qualidade dos resultados dos SSRD, (ii) melhorar os direitos humanos e (iii) promover a igualdade de gênero de mulheres que vivem com HIV.

Uma abordagem centrada na mulher

Os serviços de saúde centrados na mulher têm uma abordagem da atenção de saúde que adota conscientemente as perspectivas das mulheres, suas famílias e comunidades. Isso significa encarar as mulheres como participantes ativas, e beneficiárias de serviços de saúde confiáveis que atendam às necessidades, direitos e preferências das mulheres de maneira humana e holística. Os cuidados são prestados de forma que respeitem a autonomia das mulheres na tomada de decisão sobre sua saúde e os serviços devem incluir a oferta de informação e opções para a que mulher possa tomar decisões informadas. As necessidades e perspectivas das mulheres, suas famílias e comunidades são o foco da implementação de programas e serviços. A abordagem centrada na mulher se apoia em dois princípios orientadores: a promoção dos direitos humanos e a igualdade de gênero.

Princípios orientadores

Direitos Humanos: uma abordagem integrada de saúde e direitos humanos é fundamental para a dignidade e o bem-estar das mulheres que vivem com HIV. Isso significa incluir, mas não se limitar, ao direito ao melhor estado de saúde possível; ao direito a viver e a integridade física, sem violência; o direito a igualdade e a não discriminação por sexo; e o direito a não ser submetida a tortura ou tratamento cruel, inumano ou degradante. O direito à saúde sexual e reprodutiva é parte integral do direito à saúde, consagrado no artigo 12 do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais.

Igualdade de gênero: a promoção da igualdade de gênero é fundamental para alcançar os SSRD de todas as mulheres, incluindo mulheres vivendo com HIV em toda sua diversidade. Isso significa reconhecer e considerar a posição desigual das mulheres em suas relações íntimas, frente a normas prejudiciais de gênero e a falta de acesso e controle sobre os recursos que afetam o acesso e as experiências com os serviços de saúde.

Métodos de desenvolvimento da guia

O Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisas Conexas (RHR) da OMS começou a desenvolver esta guia consolidada seguindo os procedimentos e padrões estabelecidos pela OMS em seu manual para elaboração de diretrizes (*WHO handbook for guideline development*) de 2014. Para ajudar a garantir que a guia refletisse exatamente os interesses das mulheres que vivem com HIV em toda sua diversidade, a OMS realizou uma pesquisa mundial sobre as prioridades relacionadas aos SSRD de mulheres que vivem com HIV – a Global Values and Preferences Survey (GVPS)¹. Este processo foi considerado como base para a elaboração desta guia e seus resultados foram nela incluídos.

Para elaborar esta guia, o Grupo Coordenador de Diretrizes da OMS (WHO Guideline Steering Group SG) fez um mapeamento de todas as recomendações da OMS sobre SSRD para mulheres vivendo com HIV/ AIDS, e revisou todos os documentos para determinar a relevância das recomendações existentes que haviam sido elaboradas de acordo como o sistema GRADE (*Grading Recommendations, Assessment, Development and Evaluation*) de evidências para que fossem incluídas nesta guia consolidada. O SG identificou as seguintes oito áreas para as recomendações e recomendações de boas práticas: apoio psicossocial, envelhecimento e sexualidade saudável, empoderamento econômico e acesso a recursos (incluindo segurança alimentar), integração dos serviços de SSRD e HIV, empoderamento e auto-eficácia para tomada de decisões mais seguras sobre sexo e reprodução, facilitação da revelação diagnóstica para mulheres que vivem com HIV que

tenham medo ou estejam expostas a violência, tipos de parto para melhores resultados maternos e perinatais (especialmente cesarianas), e aborto médico e cirúrgico seguro. A elaboração destas novas recomendações e recomendações de boas práticas para atender as demandas destas oito áreas começou com uma revisão sistemática e narrativa da evidência científica. O Grupo de Elaboração de Diretrizes (Guideline Development Group) avaliou a qualidade da evidência disponível e considerou os riscos e benefícios, valores e preferências, os direitos humanos, a igualdade, os custos e a validade de sua implementação para determinar a força de cada recomendação.

Criando um ambiente favorável

A implementação de serviços de SSRD e HIV abrangentes e integrados para atender as necessidades de saúde e de direitos dos diferentes grupos de mulheres que vivem com HIV necessita que as intervenções permitam superar as barreiras para a incorporação, uso e compromisso contínuo com serviços. Nos contextos epidêmicos, essas barreiras são encontradas em todos os níveis: individual, interpessoal, comunitário e social. Isso inclui desafios como a exclusão social e a marginalização, a criminalização, o estigma, a violência e a desigualdade de gênero entre outros. É necessário contar com estratégias transversais para melhorar o acesso, a aceitação, a incorporação, a cobertura equitativa, a qualidade, a eficiência e a efetividade dos serviços para mulheres que vivem com HIV. Se essas barreiras não forem enfrentadas elas minarão as intervenções de saúde e os SSRD de mulheres que vivem com HIV

Implementação e atualização da guia

As ações planejadas seguindo as recomendações feitas por esta guia necessita uma estratégia que esteja baseada na evidência, seja apropriada ao contexto local e que atenda as necessidades e os direitos das mulheres que vivem com HIV. Ademais, os programas devem buscar resultados equitativos de saúde, promover a igualdade de gênero e prestar os melhores serviços possíveis eficientemente em todo momento. A implementação efetiva das recomendações e das recomendações de boas práticas descritas nestas pautas provavelmente levarão à reorganização da atenção e a redistribuição dos recursos de saúde, especialmente nos países com recursos médios e baixos. As barreiras potenciais estão destacadas e se aconselha uma abordagem gradual para a adoção, adaptação e implementação das recomendações.

Durante o processo de elaboração das pautas, o GDG pode identificar algumas lacunas importantes de conhecimento que precisam ser abordadas pela pesquisa primária. Esta guia será atualizada cinco anos depois da sua publicação a menos que surja alguma evidência que justifique uma revisão antecipada.

A tabela 1 descreve as recomendações existentes e as novas e a tabela 2 as recomendações de boas práticas. A figura 1 mostra um esquema que inclui todos os elementos da guia com as mulheres vivendo com HIV/ AIDS (e seus valores e preferências) no centro.

Tabela 1: Lista resumida das recomendações da OMS para a saúde sexual e reprodutiva e direitos (SSRD) de mulheres que vivem com HIV

Observação: Quando as recomendações são aplicáveis a “populações-chave”, incluem mulheres que vivem com HIV e portanto, estão incluídas nestas guias.

A. Criando um ambiente favorável	
Recomendação (REC)	Força da recomendação, qualidade da evidência
Sexualidade saudável durante todo o ciclo de vida	
REC A.1: Deveriam instalar serviços de saúde amigos dos adolescentes nos serviços de HIV para garantir o engajamento e melhorar os resultados. ¹	Recomendação forte, qualidade da evidência baixa
Integração dos serviços SSRD e HIV	
REC A.2: Em áreas epidêmicas, a terapia anti-retroviral (TAR) deve ser iniciada e mantida em mulheres grávidas e puérperas elegíveis e em crianças em unidades de atenção materno-infantil, vinculadas e com encaminhamento a unidades com atendimento de HIV e TAR, quando corresponda.	Recomendação forte, qualidade da evidência muito baixa
REC A.3: Os serviços de atenção a doenças sexualmente transmissíveis (IST) e planejamento familiar devem ser parte integrante das unidades com atendimento de HIV.	Recomendação condicional, qualidade da evidência muito baixa
REC A.4, A.5 e A.6: descentralização do tratamento e assistência de HIV deve ser considerada como uma forma de incrementar o acesso e de melhorar a adesão ao tratamento:	
<ul style="list-style-type: none"> • iniciar TAR no hospital, e mantê-la em outras unidades de saúde; 	Recomendação forte, qualidade da evidência baixa
<ul style="list-style-type: none"> • iniciar e manter a TAR em unidades de saúde periféricas; 	Recomendação forte, qualidade da evidência baixa
<ul style="list-style-type: none"> • iniciar a TAR em uma unidade de saúde periférica, e mantê-la na comunidade. 	Recomendação forte, evidência de qualidade moderada
REC A.7: Pessoal não especializado, capacitado e supervisionado pode dispensar TAR a adultos, adolescentes e crianças que vivem com HIV.	Recomendação forte, qualidade da evidência baixa
REC A.8: Pessoal clínico não médico, parteiras e enfermeiros podem iniciar TAR de primeira linha.	Recomendação forte, evidência de qualidade moderada
REC A.9: Pessoal clínico não médico, parteiras e enfermeiros podem continuar e manter TAR de primeira linha.	Recomendação forte, evidência de qualidade moderada
REC A.10: Trabalhadores comunitários treinados e supervisionados podem dispensar TARV no período entre visitas clínicas regulares.	Recomendação forte, evidência de qualidade moderada
Proteção contra violência e criação de ambiente seguro	
REC A.11: Todas as mulheres que declarem ser vítimas de qualquer forma de violência por parte de seu parceiro sexual (ou outro integrante da família) ou assédio sexual por qualquer pessoa devem receber apoio imediato. Os integrantes da equipe de saúde devem oferecer, como mínimo, apoio de primeira linha quando mulheres denunciarem uma situação de violência. Se não for possível oferecer apoio de primeira linha, então devem garantir que outra pessoa (na mesma unidade ou em outra próxima) esteja disponível para oferecê-lo. ²	Recomendação forte, evidência indireta
REC A.12: A equipe de saúde deve perguntar sobre uma possível exposição a situações de violência por parceiro quando a avaliação das condições sugira que possam ter sido causadas ou complicadas pela violência de parceiro para melhorar o diagnóstico/ identificação e conseqüentemente o atendimento a ser prestado.	Recomendação forte, evidência indireta

1. Referência para esta e todas as recomendações existentes na próxima seção sobre integração de serviços: Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach, second edition. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/9789241549684_eng.pdf).

2. Referência para esta e todas as recomendações existentes nesta seção sobre violência e segurança: Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva: World Health Organization; (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf).

<p>REC A.13: A equipe de saúde (especialmente médicos, enfermeiros e parteiras) deve ser capacitada no local de trabalho e também nos níveis de formação para prestar apoio de primeira linha a mulheres que tenham sido vítimas de violência doméstica e assédio sexual.</p>	Recomendação forte, qualidade da evidência muito baixa
<p>REC A.14: Deve-se oferecer às gestantes que declarem ser vítimas de violência doméstica aconselhamento sobre empoderamento de curto ou médio prazo (até 12 sessões) e defesa/apoio, incluindo componente de segurança, oferecido por pessoal de saúde capacitado naquelas unidades de saúde que tenham capacidade para fazê-lo. Não se pode determinar até quando esta recomendação pode ser implementada depois da atenção pré-natal ou se é viável em países com ingressos médios ou baixos.</p>	Recomendação condicional, qualidade da evidência baixa
<p>REC A.15: A atenção a mulheres que estão em situação de violência doméstica ou assédio sexual deve, sempre que for possível, estar integrada a serviços de saúde existentes e não ser um serviço isolado.</p>	Recomendação forte, qualidade da evidência muito baixa
<p>REC A.16: Não se deve obrigar os integrantes da equipe de saúde a fazer a denúncia policial nos casos de violência doméstica. Entretanto, podem se oferecer para notificar as autoridades (inclusive fazer a denúncia policial) se a mulher solicita e está segura de seus direitos.</p>	Recomendação forte, qualidade da evidência muito baixa

Empoderamento da comunidade

<p>REC A.17: Fornecer tratamento gratuito de HIV e tuberculose (TB) a trabalhadores da saúde que o necessitem, facilitando a prestação destes serviços em uma unidade que não estigmatize, que seja amigável a ambos sexos, que garanta a confidencialidade, e que esteja em um lugar de fácil acesso quando sua unidade não conte com clínicos e/ou não ofereça TAR, ou quando preferirem receber atendimento em outras unidades.³</p>	Recomendação forte, evidência fraca
<p>REC A.18: Introduzir novas políticas ou reforçar as existentes para prevenir a discriminação contra trabalhadores da saúde com HIV ou TB, e adotar intervenções que busquem reduzir o dano de estigma entre colegas e supervisores.⁴</p>	Recomendação forte, evidência de qualidade moderada

B. Intervenções de saúde

Recomendação (REC)	Força da recomendação, qualidade da evidência
--------------------	---

Aconselhamento e apoio em saúde sexual

<p>REC B.1 (NOVA): A OMS recomenda oferecer intervenções geradoras de autoeficácia e empoderamento sobre saúde sexual e reprodutiva a todas as mulheres que vivem com HIV, para maximizar sua saúde e para garantir todos seus direitos.</p>	Recomendação forte, evidência de qualidade fraca a moderada
<p>REC B.2: Recomenda uma comunicação breve sobre sexualidade (CBS) nas unidades de atenção primária para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis em adultos e adolescentes.⁵</p>	Recomendação forte, evidência de qualidade fraca a moderada
<p>REC B.3: Recomenda a capacitação da equipe de saúde em conhecimentos sobre saúde sexual e técnicas de CBS.⁶</p>	Recomendação forte, qualidade da evidência baixa a muito baixa

3. Joint WHO/ILO policy guidelines on improving health worker access to prevention, treatment and care services for HIV and TB. Geneva: World Health Organization; 2010 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44467/1/9789241500692_eng.pdf).

4. Ibid.

5. Brief sexuality-related communication: recommendations for a public health approach. Geneva: World Health Organization 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/9789241549684_eng.pdf).

6. Ibid.

Serviços de atendimento à violência contra as mulheres

<p>REC B.4 (NOVA): A OMS recomenda aos gestores de políticas e às equipes de saúde que apoiam mulheres vivendo com HIV que pensam fazer a revelação diagnóstica voluntária de HIV, que reconheçam que muitas delas têm medo, ou estão expostas ou são vítimas de situações de violência doméstica.</p>	<p>Recomendação forte, qualidade da evidência baixa</p>
<p>REC B.5 (NOVA): A OMS recomenda aos gestores de políticas e às equipes de saúde que apoiam mulheres que vivem com HIV, que pensam fazer a revelação diagnóstica voluntária de VIH+, que incluam discussões sobre os desafios de sua situação, o risco potencial de violência associado a essa condição e ações para que essa revelação seja mais segura, e oferecer informação e encaminhamento a unidades disponíveis de prevenção e atenção à violência.</p>	<p>Recomendação forte, qualidade da evidência baixa</p>
<p>REC B.6: Os adolescentes devem receber aconselhamento sobre os benefícios e riscos potenciais de revelar seu status HIV+ a outras pessoas e, apoio e condições para que possam decidir se, quando, como e a quem informar sobre sua situação.⁷</p>	<p>Recomendação condicional, qualidade da evidência muito baixa</p>
<p>REC B.7: Deve-se oferecer, a pessoas HIV+ e seus parceiros, serviços de diagnóstico de HIV para casais e parceiros sexuais e apoio para a revelação diagnóstica.⁸</p>	<p>Recomendação forte, qualidade da evidência baixa para todas as pessoas com HIV/AIDS em lugares epidêmicos; recomendação condicional, qualidade da evidência baixa para pessoas HIV negativas, de acordo com a prevalência de HIV no país</p>
<p>REC B.8: Estimular iniciativas que reforcem a proteção da privacidade e a criação de políticas, leis e normas para prevenir a discriminação e promover a tolerância e a aceitação de pessoas que vivem com HIV, ajudando, dessa forma, a criar condições que façam com que a revelação diagnóstica seja mais fácil.⁹</p>	<p>Recomendação forte, qualidade da evidência baixa</p>
<p>REC B.9: As crianças em idade escolar* devem ser informadas sobre seu status HIV+; as crianças menores devem ser informadas gradualmente de acordo com sua capacidade cognitiva e amadurecimento emocional, para prepara-las pra a revelação diagnóstica.¹⁰</p>	<p>Recomendação forte, evidência de qualidade baixa</p>
<p>REC B.10: As crianças em idade escolar* devem ser informadas sobre o status HIV+ de seus pais ou tutores; as crianças menores devem ser informadas gradualmente de acordo com sua capacidade cognitiva e amadurecimento emocional, para prepara-las pra a revelação diagnóstica.¹¹</p>	<p>Recomendação condicional, evidência de qualidade baixa</p>
<p>* Neste documento, a idade escolar é definida como o período no qual a capacidade cognitiva e o amadurecimento emocional correspondem ao desenvolvimento normal de uma criança com idade entre 6 e 12 anos.</p>	

Planejamento familiar e serviços de infertilidade

<p>REC B.11: Nos países onde a transmissão de HIV ocorre em casais com diferentes status de infecção, nos quais é possível identificá-los e onde são necessárias alternativas de prevenção contra HIV, a PrEP (especificamente tenofovir ou a combinação de tenofovir e emtricitabina) diária e oral pode ser considerada como uma possível intervenção adicional para o parceiro não infectado.¹²</p>	<p>Recomendação condicional, evidência de qualidade baixa</p>
<p>REC B.12: Todos os adultos que vivem com HIV devem começar a TAR, independentemente do estágio clínico da OMS ou da contagem de células CD4.¹³</p>	<p>Recomendação forte, evidência de qualidade moderada</p>

7. HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV: recommendations for a public health approach and considerations for policy-makers and managers. Geneva: World Health Organization; 2013 ([http:// apps.who.int/iris/bitstream/10665/94334/1/9789241506168_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94334/1/9789241506168_eng.pdf)).
8. Guidance on couples HIV testing and counselling including antiretroviral therapy for treatment and prevention in serodiscordant couples: recommendations for a public health approach. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44646/1/9789241501972_eng.pdf).
9. Guideline on HIV disclosure counselling for children up to 12 years of age. Geneva: World Health Organization; 2011 ([http:// apps.who.int/iris/bitstream/10665/44777/1/9789241502863_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44777/1/9789241502863_eng.pdf)).
10. Ibid.
11. Ibid.
12. Guidance on oral pre-exposure prophylaxis (PrEP) for serodiscordant couples, men and transgender women who have sex with men at high risk of HIV: recommendations for use in the context of demonstration projects. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://www.who.int/hiv/pub/guidance_prep/en/).
13. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach, second edition. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/9789241549684_eng.pdf).

<p>REC B.13: Recomenda o uso correto e consistente de preservativos com lubrificantes adequados pelas populações-chave para prevenir a transmissão sexual do HIV e de infecções sexualmente transmissíveis (IST).¹⁴</p>	<p>Recomendação forte, evidência de qualidade moderada</p>
<p>REC B.14: Mulheres que vivem com HIV (estádio OMS 1 ou 2) podem usar os seguintes métodos de anticoncepção hormonal sem restrições: anticoncepcionais orais combinados (COCs), anticoncepcionais injetáveis combinados (CICs), adesivos e anéis anticoncepcionais, pílulas de progesterona isolada (PEPs ou minipílula), injetáveis de progesterona isolada (POIs; acetato de medroxiprogesterona de depósito [DMPA] e enantato de noretisterona [NET-EN]), e implantes de levonorgestrel (LNG) e etonogestrel (ETG) (CME categoria 1). Mulheres que vivem com HIV assintomática ou com doença clínica leve (estádio OMS 1 ou 2) podem usar, de maneira geral, DIU-LNg (CME categoria 2) (Parte I, seção 12b).¹⁵</p> <p>REC B.15: Mulheres vivendo com AIDS grave ou avançado (estádio OMS 3 ou 4) podem usar os seguintes métodos de anticoncepção hormonal sem restrição: COCs, CICs, adesivos e anéis anticoncepcionais, minipílula POPs, POIs (DMPA e NET-EM) e implantes LNG e ETG (CME categoria 1). Mulheres vivendo com AIDS grave ou avançado (estádio OMS 3 ou 4) geralmente não devem iniciar o uso de DIU-LNg (CME categoria 3 para iniciação) até que as condições de sua enfermidade melhorem até ser assintomática ou leve (estágio OMS 1 ou 2). No entanto, não é necessário remover o DIU-LNg naquelas mulheres que já o tinham colocado e cuja doença se agrava ou piora (CME categoria 2 para continuação). As usuárias de DIU-LNg com estádios avançados ou graves de AIDS devem ter um seguimento estrito para detecção de infecção pélvica (Parte I, seção 12c).</p> <p>REC B.16: Mulheres que estejam tomando inibidores nucleosídeos/nucleotídeos da transcriptase reversa (NRTIs) podem usar qualquer método hormonal anticoncepcional sem restrições: COCs, adesivos e anéis anticoncepcionais, CICs, PEPs, POIs (DMPA e NET-EN) e implantes LNG e ETG (CME categoria 1) (Parte I, seção 12cd).</p> <p>REC B.17: Mulheres que estejam tomando TAR que contenha efavirenz ou nevirapina podem, de maneira geral, usar COCs, adesivos, anéis, CICs, PEPs, NET-EN e implantes (CME categoria 2). No entanto, podem usar DMPA sem restrição (CME categoria 1) (Parte I, seção 12d).</p>	<p>A força da recomendação é indicada pela categoria CME, que está observada no texto.¹⁶</p> <p>Qualidade da evidência moderada a muito baixa</p> <p>Qualidade da evidência moderada a muito baixa</p> <p>Qualidade da evidência baixa a muito baixa</p> <p>Qualidade da evidência baixa a muito baixa</p>
<p>REC B.18: Mulheres que estejam tomando os novos inibidores não nucleosídeos/nucleotídeos da transcriptase reversa (NNRTI) etravirina e rilpivirina podem usar qualquer método anticoncepcional hormonal sem restrições (CME categoria 1) (Parte I, seção 12d).</p> <p>REC B.19: Mulheres que estejam tomando inibidores de protease (p. ex. ritonavir e antirretrovirais [ARVs] rcombinado com ritonavir) podem de maneira geral, usar COCs, adesivos e anéis anticoncepcionais, CICs, PEPs, NET-EN e implantes LNG e ETG (CME categoria 2). No entanto, podem usar DMPA sem restrições (CME categoria 1) (Parte I, seção 12d).</p> <p>REC B.20: REC B.20: Mulheres que estejam tomando o inibidor da integrase raltegravir podem usar qualquer método anticoncepcional hormonal sem restrições (CME categoria 1) (Parte I, seção 12d).</p> <p>REC B.21: Mulheres com dispositivo intrauterino (DIU): as mulheres que estejam tomando ARV podem de maneira geral, usar DIUs-LNg (CME categoria 2), se sua doença clínica é assintomática ou leve (estádio OMS 1 ou 2). Mulheres com AIDS grave ou avançado (estágio OMS 3 ou 4) geralmente não devem começar a usar DIU-LNg (CME categoria 3 para iniciação) até que as condições de sua enfermidade melhorem até ser assintomática ou leve. No entanto, não é necessário remover o DIU-LNg naquelas mulheres que já o tinham colocado e cuja doença se agrava ou piora (CME categoria 2 para continuação). As usuárias de DIU-LNg com estágios avançados ou graves de AIDS devem ter um seguimento estrito para detecção de infecção pélvica (Parte I, seção 12d).</p>	<p>Qualidade da evidência baixa a muito baixa</p> <p>Qualidade da evidência baixa a muito baixa</p> <p>Qualidade da evidência baixa a muito baixa</p> <p>Evidência de baixa a muito baixa qualidade</p>

14. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations – 2016 update. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246200/1/9789241511124-eng.pdf>).

15. Referência para esta e todo o resto de recomendações existentes nesta seção sobre anticoncepção e para a próxima nota de roda pé: Medical eligibility criteria for contraceptive use, fifth edition. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181468/1/9789241549158_eng.pdf).

16. MEC categories (Medical eligibility criteria for contraceptive use, fifth edition, WHO, 2015):
1: Uma condição para a qual não há restrição para o uso do método anticoncepcional
2: Uma condição onde as vantagens de usar o método em geral compensam os riscos teóricos ou provados
3: Uma condição onde os riscos teóricos ou provados usualmente superam as vantagens de se usar o método
4: Uma condição que representa um risco de saúde inaceitável caso o método anticoncepcional seja usado

Cuidados pré-natais e serviços de saúde materna

REC B.22 (NOVA): A OMS recomenda que a cesariana de eleição não deve ser oferecida, como rotina, a mulheres que vivem com HIV.	Recomendação forte, qualidade da evidência baixa
REC B.23: Recomenda o clameamento tardio do cordão umbilical (realizado aproximadamente de 1 a 3 minutos depois do nascimento) em todos os nascimentos e também iniciar simultaneamente os cuidados essenciais para recém-nascidos. ¹⁷	Recomendação forte, evidência de qualidade moderada
REC B.24: Pode-se iniciar a TAR em todas as adolescentes que vivem com HIV, independentemente do estágio clínico OMS ou da contagem de células CD4. ¹⁸	Recomendação condicional, qualidade da evidência baixa
REC B.25: Iniciar a TAR como prioridade em todas as adolescentes com AIDS grave ou avançado (estágio OMS 3 ou 4) e adolescentes com uma contagem de células CD4 \leq 350 células/mm ³ . ¹⁹	Recomendação forte, evidência de qualidade moderada
REC B.26: Deve-se iniciar TAR em todas as mulheres vivendo com HIV que estejam grávidas ou amamentando, independentemente do estágio clínico definida pela OMS e com qualquer contagem de células CD4 e deve ser mantida durante toda a vida. ²⁰	Recomendação forte, evidência de qualidade moderada
REC B.27: Mães vivendo com HIV podem amamentar por pelo menos 12 meses e poderiam continuar até 24 meses ou por mais tempo (da mesma forma que a população em geral) enquanto recebam apoio total para manter a adesão à TAR. ²¹	Recomendação forte, qualidade da evidência baixa para 12 meses, qualidade da evidência muito baixa para 24 meses
REC B.28: Não se recomenda realizar exclusivamente amniotomia para prevenir a detenção do trabalho de parto prolongado. ²²	Recomendação fraca, qualidade da evidência muito baixa
REC B.29: Recomenda-se a realização de amniotomia e oxitocina para tratamento do trabalho de parto quando este estiver demorado. ²³	Recomendação fraca, qualidade da evidência muito baixa

Serviços de aborto seguro

REC B.30 (NOVA): A OMS recomenda que os serviços de aborto seguro oferecidos a mulheres vivendo com HIV que desejam realizar um aborto voluntário sejam os mesmos que se oferecem às demais mulheres.	Recomendação forte, qualidade da evidência muito baixa
REC B.31 (NOVA): A OMS sugere que se deve oferecer às mulheres vivendo com HIV que desejam realizar um aborto voluntário a possibilidade de escolher entre um aborto farmacológico ou cirúrgico, da mesma forma que se oferece às demais mulheres.	Recomendação condicional, qualidade da evidência muito baixa

Serviços especializados em infecções sexualmente transmissíveis e câncer de colo de útero

REC B.32: Que se possa integrar serviços de infecções sexualmente transmissíveis e de planejamento familiar às unidades de atendimento a pessoas vivendo com HIV. ²⁴	Recomendação condicional, qualidade da evidência muito baixa
REC B.33: A OMS recomenda a vacinação de meninas com idades entre 9 e 13 anos contra o papiloma vírus humano (HPV). As meninas que recebam a primeira dose de vacina HPV antes da idade de 15 anos podem ser incluídas no esquema de duas doses. O intervalo entre as duas doses pode ser de seis meses. Não existe um intervalo máximo entre as duas doses; no entanto, recomenda-se um intervalo não maior a 12 ou 15 meses. Se o intervalo de tempo entre a primeira e a segunda dose for menor a cinco meses, então deve-se dar uma terceira dose pelo menos seis meses após a primeira. Pessoas imunocomprometidas, incluindo pessoas vivendo com HIV, e meninas com 15 anos ou mais poderiam receber também a vacina e necessitam três doses (a segunda depois de 1 ou 2 meses e a terceira depois de seis meses da primeira) para estarem completamente protegidas. ²⁵	Não foram encontrados detalhes sobre a força ou qualidade, mas a recomendação é baseada na abordagem GRADE

17. Uma condição que representa um risco de saúde inaceitável caso o método anticoncepcional seja usado.

18. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/1/9789241548502_eng.pdf).

19. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach, second edition. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/9789241549684_eng.pdf).

20. Ibid.

21. Ibid.

22. Guideline: updates on HIV and infant feeding: the duration of breastfeeding, and support from health services to improve feeding practices among mothers living with HIV. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246260/1/9789241549707_eng.pdf).

23. WHO recommendations for augmentation of labour. Geneva: World Health Organization; 2014 (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK258875/pdf/Bookshelf_NBK258875.pdf).

24. Ibid.

25. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach, second edition. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/9789241549684_eng.pdf).

Tabela 2: Lista resumida de recomendações de boas práticas da OMS sobre saúde sexual e reprodutiva e direitos (SSRD) de mulheres que vivem com HIV

Observação: Quando as recomendações de boas práticas se aplicam a “populações-chave”, isto inclui mulheres vivendo com HIV e portanto, estão incluídas nestas guias.

A. Gerando um ambiente favorável: Recomendações de boas práticas (RBP)

Apoio psicossocial

RBP A.1 (NOVA): Devem ser incluídas no atendimento ao HIV intervenções de apoio psicossocial, como grupos de apoio e apoio de pares, organizado por, com e para mulheres vivendo com HIV.

Sexualidade saudável durante o curso de vida

RBP A.2 (NOVA): Mulheres vivendo com HIV em toda sua diversidade devem receber apoio em suas decisões para ter relações sexuais seguras e satisfatórias e prazer sexual à medida que vão amadurecendo. As mulheres vivendo com HIV que decidem não ter vida sexualmente ativa também devem receber apoio em sua decisão.

Empoderamento econômico e acesso a recursos

RBP A.3 (NOVA): Uma avaliação abrangente da segurança alimentar vinculada a serviços apropriados é um componente integral da atenção a mulheres vivendo com HIV.

Integração de serviços SSRD e HIV

RBP A.4 (NOVA): Mulheres vivendo com HIV devem ter acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva e de atendimento ao HIV integrados, abrangentes e personalizados*.

RBP A.5 (NOVA): Mulheres vivendo com HIV devem ser incluídas no planejamento e na prestação desses serviços.

* De acordo com a definição da Estratégia Mundial sobre Saúde Reprodutiva da OMS, 2004 ²⁶

Proteção contra violência e criação de ambiente seguro

RBP A.6: Deve-se prevenir a violência contra pessoas integrantes de populações-chave deve ser prevenida e as ações devem ser organizadas conjuntamente com organizações lideradas por populações-chave. Toda violência contra as pessoas de populações-chave deve ser monitorada e relatada, e deve-se estabelecer mecanismos compensatórios devem ser estabelecidos para garantir justiça.²⁷

RBP A.7: Deve-se oferecer serviços de saúde e apoio a todas as pessoas integrantes de populações-chave que são vítimas de violência. As pessoas que foram vítimas de violência sexual devem ter acesso rápido a uma atenção abrangente pós-violência de acordo com as diretrizes da OMS.

RBP A.8: Aos oficiais que aplicam a lei, as equipes de saúde e assistência social precisam ser capacitadas para reconhecer e garantir os direitos humanos das pessoas das populações-chave e serem responsabilizados se violam esses direitos, incluindo a perpetração de violência.

Inclusão social e aceitação

RBP A.9: Os gestores de políticas públicas, parlamentares e outros líderes de saúde pública devem trabalhar conjuntamente com organizações da sociedade civil em seus esforços para monitorar o estigma, enfrentar a discriminação contra as pessoas das populações-chave e modificar normas legais e sociais punitivas.

RBP A.10: Os membros da equipe de saúde devem ser capacitados permanentemente e ser sensibilizados para garantir que possuam a capacidade, o conhecimento e o entendimento necessários para prestar serviços para adultos e adolescentes de populações-chave baseados no direito de todas as pessoas à saúde, à confidencialidade e à não discriminação.

RBP A.11: Recomenda-se que os anticoncepcionais estejam ao alcance de todos, incluindo adolescentes, e que as leis e as políticas públicas garantam o acesso das populações marginalizadas ou em desvantagem, à anticoncepção.

26. Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/144785/1/9789241548953_eng.pdf).

27. Reproductive health strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets. Global Strategy adopted by the 57th World Health Assembly. Geneva: World Health Organization; 2004 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/68754/1/WHO_RHR_04.8.pdf).

Empoderamento da comunidade

RBP A.12: Deve-se implementar programas que ofereçam alfabetização legal e serviços legais às populações-chave, de maneira que possam conhecer seus direitos e as leis que são aplicáveis a suas condições e que possam receber apoio do sistema judicial quando seus direitos são violados.

Leis e políticas de apoio e acesso à justiça

RBP A.13: Os países devem trabalhar para descriminalizar comportamentos como uso de drogas, (injetáveis ou não), trabalho sexual, relações sexuais com pessoas do mesmo sexo, a não conformação com a identidade de gênero e transgêneridade, e na direção da eliminação de aplicações injustas da lei e regulamentações civis contra pessoas que usam/injetam drogas, trabalhadores do sexo, homens que fazem sexo com homens e pessoas transgênero.

RBP A.14: Os países devem trabalhar para encontrar alternativas, sem privação de liberdade, para o encarceramento de pessoas que usam drogas, trabalhadores sexuais e pessoas que têm relações sexuais com pessoas do seu mesmo sexo.

RBP A.15: Os países devem ser estimulados a examinar suas políticas atuais de legalização e considerar fazer uma revisão para reduzir as barreiras relacionadas à idade para ter acesso a serviços de HIV e empoderar a equipe de saúde para agir no melhor interesse dos adolescentes.

RBP A.16: Recomenda-se que os serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo a informação e os serviços de contracepção, sejam prestados às adolescentes sem que a autorização de seus pais ou tutores seja obrigatória.

RBP A.17: Os países devem trabalhar para desenvolver políticas e leis que descriminalizem as atividades sexuais com pessoas do mesmo sexo e de não conformidade com a identidade de gênero.

RBP A.18: Os países devem trabalhar para o reconhecimento legal das pessoas transgênero.

RBP A.19: O reconhecimento legal do gênero e nome preferidos pode ser muito importante para reduzir o estigma, a discriminação e a ignorância sobre as variações de gênero. Esse reconhecimento por parte dos serviços de saúde pode melhorar o acesso, a incorporação e a oferta de serviços de HIV.

B. Intervenções em saúde Recomendações de Boas Práticas (RBP)

Comunicação breve sobre sexualidade (CBS)

RBP B.1: Os gestores de políticas de saúde e tomadores de decisão das instituições de capacitação de profissionais em saúde precisam garantir que, onde a CBS for introduzida, os direitos humanos dos possíveis clientes sejam respeitados, protegidos e satisfeitos.²⁸

Anticoncepção

RBP B.2: Recomenda-se que os requerimentos de autorização de terceiros sejam eliminados, incluindo a autorização do cônjuge de mulheres vivendo com HIV para a obtenção de anticoncepcionais e informação relacionada aos mesmos e a serviços de anticoncepção.²⁹

Prevenção de transmissão perinatal de HIV

RBP B.3: Deve-se reafirmar às mães vivendo com HIV e aos trabalhadores da saúde que a TAR reduz o risco de transmissão pós-natal do HIV quando a alimentação do bebê é mista. Embora o aleitamento materno exclusivo seja a prática recomendada, passar a um sistema de alimentação mista não é uma razão para interromper o aleitamento materno devido a medicamentos ARV.³⁰

28. Brief sexuality-related communication: recommendations for a public health approach. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170251/1/9789241549004_eng.pdf).

29. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations – 2016 update. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246200/1/9789241511124-eng.pdf>).

30. Guideline: updates on HIV and infant feeding: the duration of breastfeeding, and support from health services to improve feeding practices among mothers living with HIV. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246260/1/9789241549707-eng.pdf>).

Capítulo 1. Introdução

1.1 Contexto

Estima-se que em 2015, 17,8 milhões de mulheres com 15 anos de idade ou mais viviam com HIV, perfazendo 51% de todos os adultos que vivem com HIV (1). Meninas adolescentes e mulheres jovens são especialmente afetadas; em 2015 elas representavam 60% dos jovens entre 15 e 24 anos de idade vivendo com HIV, e também respondiam por 58% das infecções por HIV recentemente adquiridas entre jovens nesta faixa etária (1). Em muitos países, as mulheres que vivem com HIV não têm acesso equânime a serviços de saúde de qualidade, além de enfrentarem formas múltiplas e entrelaçadas de estigma e discriminação. Além disso, as mulheres que vivem com HIV são desproporcionalmente mais vulneráveis à violência (2), incluindo violações de seus direitos sexuais e reprodutivos (3).

Em 2016, o Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais – CESCR das Nações Unidas definiu o direito à saúde sexual e reprodutiva (SRR) como “parte indissociável do direito à saúde” (4). A fim de garantir saúde sexual e reprodutiva e direitos (SSRD) de mulheres e meninas que vivem com HIV, deve-se prestar atenção às seguintes dimensões cruciais (5):

- Os direitos humanos e a igualdade de gênero devem ser colocados no centro de uma vasta abordagem dos programas de saúde, em especial em relação à sexualidade e à saúde sexual.
- Os sistemas de saúde devem ser capazes de responder às desigualdades no acesso à assistência médica e à qualidade da assistência, que afetam negativamente as mulheres que vivem com HIV.
- As mulheres que vivem com HIV devem ser empoderadas e engajadas no desenvolvimento de políticas e programas que as afetam.
- Procedimentos de monitoramento, avaliação e responsabilização devem ser fortalecidos para fornecer dados de boa qualidade, assim como para garantir reparações de violações dos direitos das mulheres que vivem com HIV.

Esta nova guia consolidada foi desenvolvida pelo Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa (RHR) da Organização Mundial da Saúde (OMS) em resposta a demandas de uma ampla gama de organizações e indivíduos em favor de uma versão atualizada da guia *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* (Saúde Sexual e Reprodutiva de mulheres que vivem com HIV/AIDS: guias para o cuidado, tratamento e apoio a mulheres que vivem com HIV/AIDS e seus filhos em cenários com recursos limitados) (6) publicada pela OMS em 2006.

Muitas mudanças significativas nas políticas relacionadas ao HIV, pesquisa e prática ocorreram nos 10 anos a partir da publicação das guias de 2006. Tais mudanças incluem a rápida expansão da terapia antirretroviral (TARV), assim como a liberação, em 2015, das recomendações da OMS quanto ao oferecimento imediato de TARV para todos os indivíduos que vivem com HIV e oferecimento de profilaxia pré-exposição (PrEP) para indivíduos com risco substancial de infecção por HIV como uma alternativa adicional de prevenção (7). Por sua vez, suas mudanças contribuíram para favorecer a saúde sexual e reprodutiva e direitos (SSRD) de mulheres que vivem com HIV (8). Consequentemente, esta publicação foi considerada pelo Comitê de Revisão de Guias (GRC) como uma nova guia.

Esta guia visa fornecer:

- **Recomendações baseadas em evidências** para a saúde sexual e reprodutiva e direitos (SSRD) de mulheres que vivem com HIV em toda a sua diversidade, com um foco particular nos cenários onde o sistema de saúde tem capacidade e recursos limitados; e
- **Recomendações de boas práticas** sobre questões fundamentais operacionais e de prestação de serviços que precisam ser abordadas para (i) aumentar o acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva (SSR), sua aceitação e a qualidade dos seus resultados, (ii) reforçar os direitos humanos e (iii) promover a igualdade de gênero para mulheres que vivem com HIV.

Existem recomendações da OMS sobre diversos aspectos específicos da saúde sexual e reprodutiva e direitos (SSRD) e do HIV, mas nem todos incluem considerações pontuais quanto à saúde sexual e reprodutiva e direitos de mulheres que vivem com HIV. Esta guia consolidada busca unir em um único documento novas recomendações e

declarações de boas práticas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva e direitos (SSRD) de mulheres que vivem com HIV com recomendações e declarações de boas práticas já existentes. Onde a atual orientação da OMS se aplica a todas as mulheres, incluindo mulheres que vivem com HIV, este documento sugere a leitura dessas publicações anteriores para maiores informações, assim como de outras ferramentas e outros documentos relevantes da OMS sobre atividades de programas.

As recomendações e as declarações de boas práticas apresentadas nesta guia referem-se ou a criar e manter um ambiente favorável à saúde sexual e reprodutiva e aos direitos (SSRD) das mulheres que vivem com HIV (Capítulo 3), ou a intervenções específicas em saúde relevantes para a SSR e direitos de mulheres que vivem com HIV (Capítulo 4). Todas as recomendações da OMS, sejam elas novas ou existentes, apresentadas nesta guia (e resumidas na Tabela 1 do Sumário Executivo) foram desenvolvidas com o uso da abordagem GRADE (Gradação da Qualidade das Evidências e Força das Recomendações) (9).

Esta guia tem como objetivo ajudar os países a planejar, desenvolver e monitorar, de forma eficaz e eficiente, programas e serviços que promovam a igualdade de gênero e direitos humanos e, portanto, sejam mais aceitáveis e apropriados para as mulheres que vivem com HIV. Esta guia também inclui uma discussão a respeito das questões de implementação que devem ser abordadas por gestores de intervenções em saúde e fornecimento de serviços a fim de atingir a igualdade de gênero e defender os direitos humanos.

Quadro 1.1: Definições utilizadas nesta guia

*Um adolescente**: uma pessoa entre 10-19 anos de idade, em termos gerais.

*Um adulto**: uma pessoa acima de 19 anos de idade.

*Populações-Chave***: Pessoas nos seguintes grupos: homens que fazem sexo com outros homens, pessoas em prisões e outros ambientes fechados, pessoas que usam drogas injetáveis, trabalhadores do sexo e pessoas transgênero, inclusive adolescentes e jovens em populações-chave e pessoas com vulnerabilidades sobrepostas e riscos diversos. Populações-chave também podem incluir outros grupos de mulheres que vivem com HIV em contextos de marginalização ou vulnerabilidade, de acordo com definição do contexto local.

* Reconhece-se que os países podem ter outras definições sob suas respectivas leis nacionais.

** A definição das populações-chave é tomada das *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations* da (Guias consolidadas sobre prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados do HIV para populações-chave) OMS, atualização de 2016 (10).

1.2 Público-alvo

Espera-se que esta nova guia apoie profissionais de saúde de primeira linha, gestores de programa e formuladores de políticas públicas em todo o mundo, para que possam melhor abordar saúde sexual e reprodutiva e direitos (SSRD) de mulheres que vivem com HIV. Ela é primordialmente desenvolvida para formuladores de políticas, gestores de programa e outros tomadores de decisão de nível nacional dentro dos ministérios de saúde. Reconhecendo que a abordagem centrada na mulher desta guia (veja seção 1.4.1) pode demandar um engajamento multissetorial, a guia também será útil para gestores de programas de nível nacional de outros ministérios, tais como os ministérios da educação, gênero, família e bem-estar social, que podem ser parceiros no fornecimento de intervenções que deem suporte a uma abordagem holística em saúde sexual e reprodutiva e direitos (SSRD).

Programas e serviços de saúde em cenários de poucos recursos serão amplamente beneficiados pela orientação apresentada aqui, pois confrontam os maiores desafios relativos ao fornecimento de serviços adaptados para mulheres que vivem com HIV em toda a sua diversidade. Contudo, a presente guia é relevante para todos os cenários, independentemente da situação da epidemia de HIV ou do contexto econômico, e deveria, portanto, ser considerada como uma orientação global. Ao implementar estas recomendações globais, os países e as regiões da OMS podem adaptá-las aos seus contextos locais, levando em consideração a epidemia de HIV e as condições econômicas, além de serviços e unidades sanitárias existentes.

Os usuários desta guia, inclusive profissionais de saúde, gestores de programas e formuladores de políticas públicas para a saúde, são instados a: (i) implementar uma abordagem centrada na mulher, sensível à questão de gênero, para atender as necessidades relativas à saúde sexual e reprodutiva (SSR), aspirações e direitos de mulheres que vivem com HIV, e (ii) atender as necessidades de saúde e apoiar as aspirações de todas as mulheres que vivem com HIV em todos os estágios da vida, incluindo os anos pós-menopausa.

1.3 Escopo

1.3.1 População de interesse

Com referência às *WHO Consolidated guidelines on HIV testing services – (Guias consolidadas da OMS para serviços de testagem de HIV) (11)*, esta guia não incluirá teste de HIV, mas é relevante para mulheres a partir do ponto em que elas já sabem que vivem com HIV. As mulheres que vivem com HIV e que não sabem que têm HIV devem ter acesso primordial a testes de HIV e aconselhamento seguros, voluntários e não coercitivos, assim como a serviços de acompanhamento, que devem ser expandidos e fortalecidos. Além disso, embora esta guia se concentre em mulheres que já foram testadas e sabem de sua condição de soropositivas para o HIV, reconhece-se que as questões relativas à saúde sexual e reprodutiva e direitos (SSRD) são, em muitos casos, similares para todas as mulheres.

Esta guia tem como foco a saúde sexual e reprodutiva e direitos (SSRD) de mulheres que vivem com HIV; embora a saúde sexual e reprodutiva e direitos (SSRD) de homens que vivem com HIV também devam ser abordados, isso não está dentro do escopo desta guia. O HIV não é apenas influenciado pela desigualdade de gênero, mas também a reforça, deixando as mulheres mais vulneráveis ao seu impacto. O foco nas mulheres que vivem com HIV justifica-se porque muitas enfrentam desafios únicos e particulares, além de violações de direitos em relação ao seu gênero, à sexualidade e aos papéis reprodutivos dentro de suas famílias e comunidades, assim como em instituições de assistência à saúde onde buscam atendimento.

1.3.2 Criação e manutenção de um ambiente favorável

A SSR e direitos de mulheres que vivem com HIV são fortemente influenciados por uma gama de fatores sociais, culturais, políticos e econômicos. Os fatores que impedem a SSRD incluem, sem limitação: inequidade nas normas relativas a gênero, violência baseada em gênero e violência pelo parceiro íntimo (VBG e VPI); estigma e discriminação; falta de empoderamento de mulheres e meninas; violações de direitos humanos; e leis e políticas restritivas e frequentemente punitivas que aumentam a vulnerabilidade de mulheres que vivem com HIV e limitam sua saúde, seu bem-estar e a realização de seus direitos. Esses fatores também representam barreiras significativas ao acesso e à utilização de serviços de HIV e de SSR de alta qualidade. Alguns locais têm políticas, programas e intervenções para ampliar a SSRD de mulheres que vivem com HIV; contudo, eles sozinhos não vão conseguir melhorar a saúde na falta de um ambiente favorável, seguro e solidário. Por este motivo, questões relacionadas à criação e manutenção de um ambiente favorável, assim como recomendações específicas relevantes e declarações de boas práticas, inclusive cinco novas declarações de boas práticas (RBPs A.1 a A.5), estão incluídas no escopo desta nova guia consolidada. Elas são apresentadas no Capítulo 3 sob os seguintes oito tópicos: suporte psicossocial, sexualidade saudável durante todo o ciclo da vida; empoderamento econômico e acesso a recursos; integração de SSRD e serviços para HIV; proteção contra a violência e criação de ambiente seguro; aceitação e inclusão social; empoderamento da comunidade; e leis e políticas favoráveis, assim como acesso à justiça (veja também a seção A das Tabelas 1 e 2 no Sumário Executivo e na Figura 2.1 no final do Capítulo 2).

1.3.3 Perguntas prioritárias e resultados de interesse para intervenções em saúde

Quatro perguntas prioritárias no formato PICO (população, intervenção, comparador, desfecho) foram elaboradas para o desenvolvimento desta guia, incluindo detalhes sobre os resultados prioritários de interesse para cada uma, que poderiam melhorar a SSRD para mulheres que vivem com HIV (veja o Capítulo 2, seção 2.5.1). As seis novas recomendações baseadas em evidências que surgiram do processo de desenvolvimento da guia (RECs B.1, B.4, B.5, B.22, B.30, B.31), além de todas as outras recomendações existentes já consolidadas e declarações de boas práticas

que se relacionam a intervenções em saúde são apresentadas no Capítulo 4 desta guia sob os seguintes seis tipos de serviços: serviços de suporte e aconselhamento de saúde sexual; serviços que tratam da violência contra mulheres; serviços de planejamento familiar e infertilidade; atendimento pré-natal e de saúde materna; serviços de aborto seguro; serviços de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e atendimento do câncer do colo do útero (veja também a seção B das Tabelas 1 e 2 no Sumário Executivo, Figura 2.1, no final do Capítulo 2).

1.4 Abordagem e princípios orientadores

Esta guia está ancorada e defende uma abordagem fortalecida, ampla e centrada na mulher quanto à SSRD, com a pressuposição de que se o acesso a serviços de qualidade for melhorado para todas as mulheres, isso também beneficiará mulheres que vivem com HIV, e vice-versa. Esta abordagem está sustentada pelos princípios orientadores da igualdade de gênero e de direitos humanos.

1.4.1 Abordagem centrada na mulher

Serviços de saúde centrados na mulher são norteados por uma abordagem da assistência à saúde que conscientemente adota as perspectivas das mulheres, de suas famílias e comunidades (12).

Uma abordagem centrada na mulher:

- vê as mulheres como participantes ativas, assim como beneficiárias, de sistemas de saúde confiáveis que atendam às suas necessidades, seus direitos e suas preferências de forma humanizada e holística;
- enfatiza a promoção da igualdade de gênero como central para que se garantam os direitos e a SSR de todas as mulheres, incluindo mulheres que vivem com HIV, e promove serviços de saúde transformativos em questões de gênero que examinem normas de gênero cruciais e apoiem a igualdade de gênero;
- requer que as mulheres sejam empoderadas – por meio de educação e suporte – para tomar e implementar decisões em todos os aspectos de suas vidas, inclusive em relação à sexualidade e reprodução;
- convoca estratégias que promovam a participação das mulheres na assistência à sua própria saúde;
- reconhece as fortalezas das mulheres que vivem com HIV como agentes ativas em relação à SSRD, e não meras receptoras passivas dos serviços de saúde; e
- é organizada em torno das prioridades e necessidades de saúde das próprias mulheres, ao invés do controle e manejo da doença.

Esta guia tem como objetivo abordar as mulheres que vivem com HIV em toda a sua diversidade, incluindo, sem limitação: mulheres que são heterossexuais, lésbicas, bissexuais, transgênero ou intersexo; mulheres que usam drogas ou que já usaram drogas; mulheres que estão envolvidas ou que já tenham se envolvido com trabalho sexual; mulheres que são solteiras, casadas ou em relacionamentos estáveis, separadas, divorciadas ou viúvas; mulheres que são sexualmente ativas ou não; mulheres e meninas que sofreram mutilação genital feminina (MGF); mulheres que têm tuberculose (TB), malária, hepatite B ou C e/ou outras comorbidades; mulheres que estão encarceradas atualmente ou que já estiveram presas, detidas ou sem-teto; mulheres que são migrantes econômicas ou políticas; mulheres que são indígenas; mulheres deficientes; assim como adolescentes que adquiriram HIV de forma perinatal, na infância ou durante a adolescência. Esta guia reconhece que em todos os países, mas especialmente em áreas com alta prevalência do HIV, algumas profissionais da saúde são, elas mesmas, portadoras do HIV, com suas próprias prioridades, necessidades e aspirações, que demandam consideração especial. A guia captura a diversidade entre grupos etários, enfatizando que os serviços de saúde que promovem os SSRD são importantes para mulheres em todos os estágios da vida, inclusive nos anos pós-menopausa.

Muitas mulheres que vivem com HIV enfrentam múltiplas e entrecruzadas formas de desigualdade e discriminação, dependendo do contexto local. Cada país deveria, portanto, compreender e identificar populações específicas de mulheres que vivem com HIV que são particularmente vulneráveis e também aqueles grupos que são mais relevantes à epidemia local, e deveriam desenvolver sua resposta com base neste contexto social e epidemiológico local.

Esta guia faz todos os esforços possíveis para utilizar uma linguagem que seja respeitosa às mulheres que vivem com HIV. Ela também promove mensagens positivas em relação à saúde, ao invés de concentrar-se exclusivamente nos problemas de saúde. Esta orientação centrada na mulher, e não centrada na doença, pode reduzir o estigma e apoiar uma abordagem positiva de SSR e direitos que melhore a vida (13).

1.4.2 Princípios orientadores: direitos humanos e igualdade de gênero

Uma abordagem integrada à saúde e aos direitos humanos está no cerne da garantia da dignidade e do bem-estar de mulheres que vivem com HIV. A proteção dos direitos humanos das mulheres que vivem com HIV é, portanto, fundamental para esta guia. Isso inclui uma variedade de direitos humanos, a saber: o direito ao mais alto padrão atingível de saúde física e mental (14); o direito à vida e à integridade física, inclusive o de viver livre de violência (15); o direito à igualdade e à não discriminação com base no sexo (15); e o direito a não ser submetido a tortura ou tratamento ou punição cruel, desumano ou degradante (16). Além disso, o artigo 27 da Declaração Universal dos Direitos Humanos estabelece que todos têm direito a compartilharem livremente dos avanços científicos e de seus benefícios (16). Recentemente, em seu *Comentário Geral No. 22 (2016) sobre o direito a saúde sexual e reprodutiva*, o Comitê dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (CESCR) da ONU definiu o direito à SSR como “parte indissociável do direito à saúde consagrado no artigo 12 do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais” (4).

O Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) em 1994 enfatizou as questões de saúde sexual e reprodutiva dentro do marco conceitual dos direitos humanos (17). Desde então, a jurisprudência e os padrões internacionais e regionais dos direitos humanos relativos ao direito à SSR evoluíram consideravelmente. Mais recentemente, a Agenda para o Desenvolvimento Sustentável de 2030 inclui os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODSs) e as metas a serem atingidas na área da SSR (18), assim como a Estratégia Global para a Saúde de Mulheres, Crianças e Adolescentes. 2016–2030 (19).

O Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) define saúde reprodutiva como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, em todos as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não a mera ausência de doença ou enfermidade” (17, parágrafo 7.2). O Programa de Ação também se refere à saúde sexual, “sendo que seu propósito é o aprimoramento da vida e das relações pessoais, e não apenas orientação e assistência relacionados à reprodução e infecções sexualmente transmissíveis”. Ela ainda define direitos reprodutivos da seguinte forma:

Direitos Reprodutivos abrangem certos direitos humanos que já são reconhecidos em leis nacionais, documentos internacionais sobre direitos humanos e outros documentos de consenso. Tais direitos embasam-se no reconhecimento do direito básico de todos os casais e indivíduos de decidirem livremente e de forma responsável sobre o número, espaçamento e momento de ter seus filhos e de ter informações e meios para fazê-lo, assim como o direito a atingir o mais alto padrão de saúde sexual e reprodutiva. Isso também inclui seu direito a tomar decisões concernentes à reprodução livre de discriminação, coerção e violência, conforme expresso nos documentos sobre direitos humanos (17, parágrafo 7.3).

Sobretudo, o recente Comentário Geral No. 22 do CDESC da ONU reconhece que “as pessoas que vivem com HIV/AIDS têm maior probabilidade de sofrer diferentes tipos de discriminação” e que os “Países devem reformar leis que impeçam o exercício do direito à saúde sexual e reprodutiva, inclusive em relação ao status e à transmissão do HIV” e recomenda a adoção de “medidas legislativas, administrativas, orçamentárias legais e promocionais apropriadas, entre outras, para garantir a completa realização do direito à saúde sexual e reprodutiva” (4, parágrafo 45).

Durante o desenvolvimento desta guia, duas revisões de literatura foram conduzidas como embasamento no processo baseado em direitos com vistas a garantir serviços fortalecidos que atendam às necessidades e às aspirações de mulheres que vivem com HIV. Essas revisões incluíram um foco especial: (i) nos desafios de garantir que considerações sobre direitos humanos sejam enfatizadas por corpos normativos (20); e (ii) na análise de direitos humanos dentro de políticas e programas que afetem as mulheres que vivem com HIV (21). As revisões destacaram lacunas-chave na jurisprudência dos órgãos internacionais, regionais e nacionais. A orientação destes órgãos reflete apenas algumas considerações sobre saúde e direitos humanos relacionados a mulheres que vivem com HIV e sobre a SSR. A abordagem destes órgãos tem sido amplamente ad hoc e não tem uma integração sistemática entre questões de direitos humanos das mulheres que vivem com HIV e sua saúde sexual e reprodutiva. Dos artigos e documentos revisados, nenhum artigo revisado por pares descreveu a implementação explícita de questões relativas a direitos humanos na programação da SSR, e apenas dois documentos da literatura cinzenta o fizeram. Com uma possível exceção, não foram encontrados artigos ou documentos que abordassem os direitos humanos de forma abrangente, ou que abordassem a maioria dos direitos relevantes. Já que as duas revisões de literatura foram explícitas quanto a SSRD de mulheres que vivem com HIV, e revisaram artigos que implicitamente lidaram com essas questões e que se basearam nas nove dimensões de direitos humanos acordadas que constituem a base da SSRD (veja a Tabela 1.1), aqui se destaca uma significativa lacuna.

Tabela 1.1: Dimensões dos direitos humanos que são base da SSRD

Terminologia padrão	Terminologia alternativa
A igualdade e a não discriminação	reduzem a discriminação, reduzem a criminalização, combatem atitudes sociais e culturais negativas, o estigma, o preconceito, a violência (doméstica), a iniquidade entre os gêneros
Participação	envolvimento, engajamento, defesa, influência
Privacidade e confidencialidade	–
Tomada de decisão informada	consentimento (direto), escolha, informada, compreensível
Disponibilidade	disponibilizar, fornecer, existir
Acessibilidade	acesso, receber, economicamente acessível, elegível
Aceitabilidade	objeção consciente, ética médica, sensibilidade sobre direitos humanos
Qualidade dos serviços	assistência médica apropriada, adequação
Prestação de Contas	responsabilidade legal, responder por, convocar Estados-Membros, execução, medidas jurídicas

Fonte: OMS, 2014 (22).

Além disso, nos artigos incluídos nas revisões, a linguagem dos direitos foi usada mais frequentemente para descrever a aparente negligência ou violação dos direitos humanos, em oposição à descrição dos esforços para proteger, promover ou cumprir direitos. Quando uma linguagem relacionada a direitos foi utilizada, ela primordialmente abordava apenas alguns direitos (mais comumente os direitos ao acesso e à não discriminação) no contexto de algumas áreas dentro da SSR, ao passo que as questões de IST, violência e envelhecimento, por exemplo, foram amplamente negligenciadas.

As duas revisões também destacaram a necessidade de que os Estados-Membros estabeleçam e cumpram leis antidiscriminação e protetoras, derivadas de padrões de direitos humanos internacionais, a fim de eliminar o estigma, a discriminação e a violência enfrentados por mulheres que vivem com HIV (20, 21).

Tais leis e políticas deveriam também abordar iniquidades entre gêneros, incluindo estereótipos e normas de gênero nocivos, poder desigual em relacionamentos íntimos e a relativa falta de acesso e controle das mulheres sobre os recursos. Todas estas desigualdades exacerbam a vulnerabilidade das mulheres que vivem com HIV, afetam seu acesso aos serviços de saúde e a experiência que têm com eles, assim como criam barreiras que evitam que elas exercitem totalmente seus direitos à saúde, inclusive à SSR. A promoção da igualdade de gênero é central para a conquista da SSR e direitos de todas as mulheres, inclusive mulheres que vivem com HIV em toda a sua diversidade.

1.4.3 Aplicação da abordagem centrada na mulher e princípios orientadores

Em reconhecimento a todas as questões e lacunas que foram identificadas e mencionadas aqui, esta guia tem como meta propor um amplo pacote de serviços de SRR para mulheres que vivem com HIV, enfatizando que é preciso adotar uma abordagem centrada na mulher e aplicar os princípios dos direitos humanos e da equidade de gênero, com referência à orientação apresentada no Quadro 1.2. O Quadro 1.3 fornece uma lista de recursos-chave da OMS sobre direitos humanos e saúde sexual e reprodutiva (SSR) em geral e em relação a intervenções específicas em saúde e pessoas diretamente afetadas. Embora o foco desta guia se encontre nos direitos humanos, que fazem parte da SSR, reconhece-se que todos os aspectos dos direitos humanos são importantes.

Quadro 1.2: Orientação sobre a aplicação de uma abordagem centrada na mulher baseada nos princípios dos direitos humanos e da igualdade de gênero para a SSRD de mulheres que vivem com HIV

1. Defender e fomentar direitos humanos e igualdade de gênero para abordar desequilíbrios de poder, violência baseada em gênero, estigma, discriminação e barreiras relacionadas à SSRD em todos os níveis.
2. Fortalecer os sistemas de saúde para aumentar a efetividade e eficácia do programa de forma a facilitar um melhor fornecimento de uma gama holística de serviços de saúde de alta qualidade centrados na mulher.
3. Engajar e empoderar mulheres que vivem com HIV no desenvolvimento de políticas e programas que as afetem, a fim de garantir que abordem suas realidades de vida.
4. Promover ou defender um ambiente favorável político e jurídico, que proteja e promova a SSRD de mulheres que vivem com HIV.
5. Apoiar o acesso, assim como acessibilidade e utilização, de serviços de saúde de qualidade para a prevenção e o tratamento das questões relativas à SSR.
6. Garantir a aceitabilidade de serviços para mulheres que vivem com HIV em toda a sua diversidade, a fim de ultrapassar barreiras baseadas em exclusão, isolamento, criminalização e compreensão deficiente sobre os pontos fortes e as necessidades das mulheres.
7. Promover a iniciativa e o empoderamento das mulheres, inclusive através de sua educação e instrução sobre saúde, além de apoiá-las para que façam escolhas informadas e tomem decisões que promovam a saúde de si mesmas, de suas famílias e de suas comunidades.
8. Fortalecer ligações e/ou a integração na provisão de serviços quando necessário, a fim de garantir uma assistência de saúde que seja holística e centrada na mulher.
9. Promover a prestação de contas dos sistemas de saúde, a fim de garantir vias de reparação de problemas e violações de direitos, caso surjam.

Quadro 1.3: Direitos humanos e recursos de saúde sexual e reprodutiva chaves para a OMS

- *Sexual health, human rights and the law (Saúde sexual, direitos humanos e a lei)*, 2015 (23)
- *Sexual and reproductive health and rights: a global development, health, and human rights priority (Saúde Sexual e Reprodutiva e Direitos: uma prioridade global de desenvolvimento, saúde e direitos humanos)*, 2014 (24)
- *Brief sexuality-related communication: recommendations for a public health approach (Comunicação resumida relativa à sexualidade)*, 2015 (25)
- *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth: WHO statement (A prevenção e eliminação de desrespeito e abuso durante partos realizados em centros de saúde: uma declaração da OMS)*, 2015 (26)
- *Reproductive, maternal, newborn and child health and human rights: toolbox for examining laws, regulations and policies (Saúde reprodutiva, materna, neonatal e de crianças e direitos humanos: ferramental para exame de leis, regulamentações e políticas)*, 2014 (27)
- *Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization: an interagency statement (Eliminando esterilização forçada, coercitiva e de outro modo involuntária: uma declaração interagências)*, 2014 (28)
- *Framework for ensuring human rights in the provision of contraceptive information (Marco teórico para assegurar os direitos humanos no fornecimento de informação contraceptiva)*, 2014 (22)
- *Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services: guidance and recommendations (Assegurando os direitos humanos no fornecimento de informação e serviços contraceptivos)*, 2014 (29)
- *Ensuring human rights within contraceptive service delivery: implementation guide (Assegurando direitos humanos dentro da prestação de serviços contraceptivos: guia de implementação)*, 2015 (30)
- *Ensuring human rights within contraceptive programmes: a human rights analysis of quantitative indicators (Assegurando direitos humanos dentro de programas contraceptivos: uma análise de direitos humanos de indicadores quantitativos)*, 2014 (31)
- *Safe abortion: technical & policy guidance for health systems (Aborto seguro: orientação técnica e políticas para sistemas de saúde)*, 2012 (32)
- *Safe abortion: technical & policy guidance for health systems, legal and policy considerations – key messages (Aborto seguro: orientação técnica e política para sistemas de saúde e considerações legais e políticas – mensagens-chave)*, 2015 (33)

Guias resumidos de reflexões sobre abordagens baseadas em direitos humanos para aplicação de saúde em saúde sexual e reprodutiva, saúde materna e saúde de crianças menores de 5 anos – elaborados pelo Escritório do Alto Comissário das Nações Unidas para os Direitos Humanos (EACDH), Harvard FXB Center for Health and Human Rights, a Partnership for Maternal, Newborn and Child Health (PMNCH), the Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e OMS, para os seguintes grupos de partes interessadas:

- Trabalhadores de saúde, 2016 (34)
- Formuladores de políticas de saúde, 2015 (35)
- Instituições nacionais de direitos humanos, 2015 (36)

1.5 Valores e preferências de mulheres que vivem com HIV

Exclusivamente para o desenvolvimento desta guia da OMS, uma pesquisa global foi conduzida para avaliar as prioridades quanto a SSR e direitos de mulheres que vivem com HIV, de maneira que seus valores e suas preferências pudessem ser inseridos no cerne da guia. Esta pesquisa global, doravante referida como Pesquisa de Valores e Preferências Globais (GVPS), é a maior pesquisa até hoje sobre SSRD de mulheres que vivem com HIV. Ela foi conduzida por e para mulheres que vivem com HIV em 2014, para capturar suas perspectivas em suas próprias vozes. O relatório de descobertas, *Building a safe house on firm ground: key findings from a global values and preferences survey regarding the sexual and reproductive health and human rights of women living with HIV* (Construindo uma casa segura sobre um terreno firme: achados-chave a partir de uma pesquisa global sobre preferências e valores relativos à saúde sexual e reprodutiva e direitos humanos de mulheres que vivem com HIV) (37), e um artigo relacionado publicado no *Bulletin of the World Health Organization (Boletim da OMS)*, incluem descrições detalhadas de métodos e limitações da pesquisa (37, 38). As limitações incluíram o fato de que a pesquisa tinha maior probabilidade de atingir mulheres do mundo inteiro que vivem com HIV que (i) se envolvessem ativamente em redes de pessoas vivendo com HIV; (ii) tivessem ciência e fossem potencialmente mais abertas sobre sua condição de HIV; e (iii) conseguissem acessar uma pesquisa online utilizando a internet ou participar das discussões de grupos focais.

Um total de 945 mulheres que vivem com HIV participaram da pesquisa, incluindo 832 (de 94 países) que responderam à pesquisa quantitativa, e outras 113 (de 7 países) que participaram de discussões de grupos focais. As participantes tinham idades variando entre 15 e 72 anos e vinham de uma gama diversa de históricos e experiências, incluindo: mulheres que se identificavam como heterossexuais, lésbicas, bissexuais, transgênero ou intersexo; mulheres que reportaram usar ou ter usado drogas; mulheres envolvidas em trabalho sexual; mulheres que reportaram ser solteiras, casadas ou estar em relacionamentos estáveis; mulheres que haviam sofrido mutilação genital feminina; mulheres que tinham tuberculose, malária, hepatite B ou C e/ou outras comorbidades; mulheres que já haviam sido presas, detidas ou que eram sem-teto; mulheres que reportaram ser migrantes econômicas ou políticas; mulheres que se identificaram como indígenas; mulheres que vivem com deficiências; e mulheres que trabalham como profissionais da saúde.

Os resultados da GVPS foram apresentados em uma consulta com partes interessadas sobre SSRD de mulheres que vivem com HIV na sede da OMS em Genebra, em janeiro de 2015. O Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa (RHR) da OMS continua a trabalhar com a comunidade de mulheres que vivem com HIV, inclusive representantes de círculos eleitorais-chave de diferentes regiões do mundo. Um suplemento especial no *Journal of the International AIDS Society (JIAS)*, publicado em dezembro de 2015, destacou algumas das questões-chave que surgiram a partir das discussões e da colaboração, em particular relacionadas à violência contra mulheres que vivem com HIV, assim como questões relativas à saúde mental (8). Além disso, diversas atividades foram realizadas como resultado da pesquisa, inclusive o desenvolvimento de publicações revisadas por pares e webinars adicionais, lideradas pela comunidade de mulheres que vivem com HIV.

As descobertas da GVPS (resumidas no Quadro 1.4) embasaram o desenvolvimento desta guia como um todo. O Grupo de Desenvolvimento de Guia (GDG) levou as descobertas da GVPS em consideração para elaborar as questões PICO (população, intervenção, comparação, resultado) para o desenvolvimento de novas recomendações (veja o Capítulo 2, seção 2.5 e a Tabela 2.2) e para elaborar as questões que formaram o ponto de partida para as novas declarações de boas práticas. A GVPS também embasou o GDG na redação e finalização de recomendações, declarações de boas práticas e em todo o documento da guia. As descobertas relevantes da pesquisa foram incluídas especialmente em cada tópico abordado ao longo dos Capítulos 3 e 4.



Este símbolo representando os valores e as preferências de mulheres que vivem com HIV é usado para alertar o leitor sempre que os resultados da GVPS forem reportados.

Quadro 1.4: Descobertas-chave da Pesquisa Global de Valores e Preferências (GVPS)

- Para as mulheres que vivem com HIV, a segurança foi considerada primordial. A maioria das participantes da pesquisa sofreram violência ou temor de violência, antes, a partir de e devido ao seu diagnóstico de HIV, e elas reivindicaram medidas que visem garantir a segurança de mulheres que vivem com HIV dentro dos serviços de saúde, em casa e na comunidade.
- As participantes enfatizaram a necessidade de reparar violações de direitos humanos, tais como testes obrigatórios, revelação involuntária e esterilização e aborto forçados.
- As mulheres que vivem com HIV reportaram lacunas em cuidados de saúde, prática, políticas e pesquisas para meninas e mulheres fora dos anos reprodutivos e para mulheres que não têm filhos. Uma abordagem holística de contracepção até a idade madura, centrada nas mulheres quanto à assistência à SSR, com um amplo pacote de serviços apropriados para cada grupo etário e para diferentes estágios, foi conseqüentemente algo percebido como essencial.
- O respeito a mulheres que vivem com HIV em toda a sua diversidade, inclusive o provimento respeitoso de serviços de saúde e o respeito por sua capacidade de tomar decisões informadas sobre os cuidados com sua própria saúde sexual e reprodutiva foram considerados indispensáveis, especialmente dada a reportada dificuldade e considerável falta de empoderamento na tomada de decisões sobre quando, como e com quem fazer sexo, e se e quando ter filhos.
- As mulheres que vivem com HIV buscaram maior reconhecimento sobre a importância do apoio de pares e envolvimento significativo nas decisões que afetam suas próprias vidas.
- Preocupações generalizadas sobre leis punitivas e repressivas foram relatadas, com estas leis sendo vistas como barreiras à obtenção de saúde de qualidade e proteção de seus direitos humanos.
- Muitas relataram desafios na obtenção de uma vida sexual prazerosa e satisfatória, inclusive a falta/perda de desejo sexual e o medo de subsequente transmissão do HIV, de gravidez e de IST, ligados a dificuldades relativas à disponibilidade, negociação e uso de camisinhas, assim como medos do impacto e das conseqüências da revelação diagnóstica do HIV + (inclusive violência).
- O medo da subsequente transmissão do HIV para um filho ou parceiro foi muitas vezes agravado por atitudes estigmatizadoras de profissionais da saúde.
- Muitas participantes relataram estar recebendo tratamento para o HIV e sentir efeitos colaterais que afetavam sua saúde sexual e seu bem-estar geral.
- As participantes também enfatizaram os desafios da pobreza e da insegurança financeira, que podiam representar barreiras de acesso a serviços e de proteção de direitos humanos, assim como a pressão sobre a saúde mental, física e sexual. A ampla gama e alta prevalência de dificuldades quanto à saúde mental citadas por mulheres que vivem com HIV destacaram especialmente as complexas implicações de um diagnóstico positivo de HIV.
- Finalmente, as mulheres solicitaram apoio para interações com seus filhos, parceiros e suas comunidades.

Fonte: The Salamander Trust, 2016 (37).

Capítulo 2. Metodologia e processo para o desenvolvimento da guia

O Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisas Conexas (RHR) da OMS liderou o desenvolvimento desta guia consolidada, seguindo procedimentos e padrões de relatórios da OMS estabelecidos no *WHO handbook for guideline development* (Manual para desenvolvimento de guias da OMS) (39). Dadas as diferenças significativas de escopo em relação à guia de 2006 (6), um novo título foi proposto pelo Grupo Orientador de Guias da OMS: *Guia consolidada sobre saúde sexual e reprodutiva e direitos de mulheres que vivem com HIV*. Consequentemente, esta guia foi apresentada e percebida pelo Comitê de Revisão de Guias (GRC) da OMS como uma nova proposta e não considerada como uma atualização do documento de 2006.

2.1 Grupos de trabalho do desenvolvimento da guia

O departamento RHR colocou três grupos de trabalho para desempenharem funções específicas no desenvolvimento da guia: o Grupo de Orientação de Guias (SG), o Grupo de Desenvolvimento da Guia (GDG) e o Grupo de Revisão Externa (ERG). Os membros dos grupos foram selecionados de modo a garantir uma amplitude de especializações e experiências, incluindo representação apropriada em termos de geografia, gênero e comunidade de pessoas que vivem com HIV. Os três grupos de trabalho são descritos nas subseções seguintes e os nomes e afiliações institucionais dos participantes de cada grupo estão listados no Anexo 1.

2.1.1 Grupo Orientador de Guias da OMS (SG)

O SG, liderado pelo departamento RHR, liderou o processo de desenvolvimento da guia. O SG incluiu participantes de três departamentos dentro do Family, Women's and Children's Health Cluster (Cluster de Saúde de Família, Mulheres e Crianças — FWC) da OMS: o departamento RHR, o Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health (Departamento de Saúde Materna, Neonatal, Crianças e Adolescentes — MCA) e o Department of Ageing and Life Course (Departamento de Envelhecimento e Curso de Vida — ALC), assim como do Gender, Equity and Human Rights Team (Equipe de Gênero, Igualdade e Direitos Humanos — GER) e de outros departamentos da OMS, incluindo o Department of HIV/AIDS (Departamento de HIV/AIDS) e o Department for Mental Health and Substance Abuse (Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias — MSD), junto com representantes de escritórios regionais da OMS para África, Américas, Europa, Mediterrâneo Leste e Sudeste da Ásia. O SG traçou o escopo inicial da guia e também as perguntas prioritárias no formato PICO (população, intervenção, comparador, desfecho), identificou pessoas para participarem como metodologistas da guia e como membros das equipes de revisão sistemática, do Grupo de Desenvolvimento de Guia (GDG) e do Grupo de Revisão Externa (ERG). O SG também finalizou e publicou o documento da guia, vai supervisionar a divulgação da mesma e estará envolvido no desenvolvimento de ferramentas de aplicação.

2.1.2 Grupo de Desenvolvimento da Guia da OMS (GDG)

O SG identificou e convidou especialistas externos e partes interessadas das seis regiões da OMS para formar o GDG, garantindo representatividade geográfica e equilíbrio de gênero. Os membros do GDG tinham especializações em uma ampla gama de questões de SSRD e HIV cobertas nesta guia; elas incluíam clínicos, pesquisadores, formuladores de políticas, administradores de programas e representantes de comunidades de pessoas que vivem com HIV. Os membros do GDG estiveram envolvidos na revisão e finalização de questões-chave no formato PICO e na revisão de resumos de evidências oriundos de revisões sistemáticas comissionadas. Eles também foram responsáveis por reformular novas recomendações e declarações de boas práticas da OMS, assim como por alcançar um consenso sobre o conteúdo final.

2.1.3 O Grupo Externo de Revisão (ERG)

O ERG incluiu revisão por pares com um amplo espectro de especialidades em questões relacionadas a SSRD e HIV derivada da comunidade de pessoas que vivem com HIV, clínicos, pesquisadores, formuladores de políticas e

administradores de programas. O grupo assegurou-se de que os processos decisórios da guia considerassem e incorporassem os valores e preferências contextuais de pessoas afetadas pelas recomendações. Os membros do ERG ofereceram retorno e comentários da minuta da guia que foi compartilhada com eles após ser formulada, revisada e corrigida pelos SG e GDG. Não estava entre as atribuições do ERG mudar as recomendações que foram formuladas pelo GDG.

2.2 Colaboradores-chave adicionais

2.2.1 Parceiros externos

De acordo com orientações do *WHO handbook for guideline development (Guia de desenvolvimento de diretriz da OMS — 39)*, financiadores, doadores e representantes de agências da ONU foram convidados para participar do encontro do GDG como observadores. Estes parceiros externos representaram as seguintes agências:

- Fundo Global de Luta Contra AIDS, Tuberculose e Malária
- Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS)
- Escritório do Alto Comissário das Nações Unidas para os Direitos Humanos (EACDH)
- Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA)
- Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID).

2.2.2 Mulheres vivendo com HIV

Foi crucial para o desenvolvimento desta guia em todos os estágios do processo a parceria e engajamento — e significativo envolvimento — de mulheres que vivem com HIV, seja como membros do GDG e ERG ou como parceiras na liderança e desenvolvimento da Pesquisa Global de Valores e Preferências (GVPS), incluindo a metodologia, análise e conclusões da investigação (veja Capítulo 1, seção 1.5) (40).

O engajamento da comunidade no processo da guia foi assegurado através da participação:

- na GVPS, conduzida em 2014 e na divulgação do relatório de descobertas desta pesquisa em 2014 e 2015 (37);
- no encontro de partes interessadas em janeiro de 2015, para compartilhar resultados e principais conclusões da GVPS; e
- no GDG e no ERG, onde ambos incluíram mulheres que vivem com HIV como membros.

2.3 Declaração de interesses de colaboradores externos

De acordo com regras da OMS para transparência, antes de emitir convites formais para indivíduos se tornarem membros do GDG e do ERG, biografias resumidas (aproximadamente 350 palavras) dos indivíduos selecionados foram disponibilizadas ao público durante três semanas no website do departamento (fevereiro de 2016). De acordo com o *WHO handbook for guideline development — 39*, foi solicitado dos futuros membros do GDG e do ERG e de outros colaboradores selecionados externamente que informassem por escrito qualquer interesse acadêmico, financeiro ou outros interesses potencialmente conflitivos no momento do convite para participar no desenvolvimento desta guia. O formulário padrão da OMS para declaração de interesses (DOI) foi preenchido e assinado por cada especialista e enviado eletronicamente ao funcionário técnico responsável, juntamente com seu curriculum vitae. Este funcionário coletou os formulários DOI assinados e curriculum vitae e, junto com membros do SG, revisou a informação e determinou se existia conflito de interesse antes de conceder aprovação final ao convite para participação dos especialistas. Onde qualquer conflito de interesse foi declarado, o SG determinou se este era sério o suficiente para afetar a capacidade de o indivíduo fazer julgamentos objetivos sobre evidências ou recomendações. Para assegurar consistência, o SG aplicou o critério estabelecido no *WHO handbook for guideline development — 39* para analisar a severidade de um conflito de interesse.

Todos os achados de declarações DOI recebidas foram administrados de acordo com as guias DOI OMS caso a caso. Onde o conflito de interesse não foi considerado significativo o suficiente para colocar qualquer risco ao processo de desenvolvimento da guia ou reduzir sua credibilidade, o especialista foi apenas solicitado a declarar tal conflito no encontro do GDG (também chamado Consulta Técnica) e nenhuma outra ação foi tomada. Não houve casos de conflito de interesse que justificassem análise da DOI e análise de conflitos de interesse potenciais pelo Office of Compliance, Risk Management and Ethics (Escritório de Conformidade, Gerenciamento de Risco e Ética

— (CRE) da OMS. Quando da confirmação de seus convites para participar, todos os especialistas foram instruídos a notificar o funcionário técnico responsável de qualquer mudança de interesse relevante durante o andamento do processo de desenvolvimento da guia, de modo a atualizar e revisar quaisquer conflitos de interesse adequadamente. Tanto no encontro para delimitação de escopo em janeiro de 2015 e novamente no encontro GDG em abril de 2016 (ambos realizados em Genebra, Suíça), os membros foram solicitados a declarar quaisquer conflitos de interesse abertamente para todo o grupo, e foram solicitados a preencher e assinar um formulário DOI atualizado. Um sumário das declarações e informações DOI sobre como conflitos de interesse foram administrados está incluído no Anexo 2.

2.4 Definição de escopo e áreas tópicas para novas recomendações e declarações de boas práticas

Trabalhando dentro do escopo geral da guia conforme apresentado no Capítulo 1, seção 1.3 — a população de interesse e a intenção de tratar tanto de um ambiente favorável quanto de intervenções em saúde relevantes e específicas — o SG primeiro mapeou todas as orientações de SSRD da OMS com relevância para mulheres que vivem com HIV. O SG então revisou este e outros materiais para identificar lacunas, sobreposições e inconsistências e para determinar a relevância de recomendações existentes para inclusão nesta guia consolidada. O SG identificou as seguintes oito áreas tópicas para novas recomendações ou declarações de boas práticas cujo desenvolvimento era necessário para esta guia: suporte psicossocial, envelhecimento e sexualidade saudável, empoderamento econômico e acesso a recursos (incluindo segurança alimentar), integração de serviços de SSRD e HIV, empoderamento e autoeficácia para tomadas de decisões relativas a sexo mais seguro e reprodução, facilitação da revelação diagnóstica para mulheres que vivem com HIV que temem ou vivenciam violência, tipos de parto para alcançar melhores resultados maternoss e perinatais (especificamente cesariana) e aborto farmacológico e cirúrgico seguros. O resultado do exercício de mapeamento foi apresentado no encontro para delimitação do escopo em janeiro de 2015.

2.5 Revisão de evidência e formulação de recomendações

2.5.1 Definição e revisão de perguntas prioritárias

O desenvolvimento de novas recomendações sobre intervenções em saúde (RECs B.1, B.4, B.5, B.22, B.30, B.31; veja Tabela 1 no sumário executivo, e Capítulo 4) começou com a formulação das perguntas PICO e subsequentemente com a condução de relevantes revisões sistemáticas das evidências. As quatro perguntas PICO para as novas recomendações foram as seguintes:

1. Que intervenções melhoram a autoeficácia e empoderamento em torno do sexo mais seguro e tomada de decisão sobre reprodução para mulheres que vivem com HIV?
2. Que intervenções facilitam a revelação diagnóstica de HIV para mulheres que vivem com HIV que temem violência ou que revelam que estão atualmente vivenciando violência?
3. Que tipos de parto resultam nas melhores soluções maternas e perinatais para mulheres que vivem com HIV?
4. Os desfechos de abortos farmacológicos e cirúrgicos entre mulheres que vivem com HIV diferem dos desfechos entre mulheres não infectadas com o HIV?

O detalhamento completo sobre população, intervenção, comparador e desfechos para cada uma das quatro questões PICO está apresentado no Anexo 3, enquanto os sumários dos métodos para cada uma destas quatro revisões sistemáticas, incluindo as estratégias de busca e fluxogramas para inclusão de estudos, estão apresentados junto com a base de evidências (as tabelas GRADE) no suplemento web desta guia.¹

No Anexo 4, apresenta-se uma lista de todas as 13 revisões sistemáticas e de literatura conduzidas para o desenvolvimento desta guia — incluindo as quatro revisões sistemáticas sobre os tópicos das seis novas recomendações, cinco revisões sistemáticas sobre os tópicos das cinco novas declarações de boas práticas (RBPs A.1 a A.5; veja Tabela 2 no Sumário Executivo e no Capítulo 3), e outras quatro revisões de literatura.

1. Disponível em: www.who.int/reproductivehealth/publications/gender_rights/srhr-women-hiv/en/

2.5.2 Interpretação da qualidade das evidências para as recomendações

De acordo com o processo de desenvolvimento de guias da OMS, o GDG formulou as recomendações orientado pela qualidade de evidências disponíveis (39). A OMS adotou a abordagem GRADE (Graduação da Qualidade das Evidências e Força das Recomendações) para o desenvolvimento de recomendações, que define a qualidade da evidência quanto à extensão em que se pode confiar que os efeitos estimados (desejáveis ou indesejáveis), disponíveis a partir das evidências, estão próximas dos verdadeiros efeitos que interessam (41, 42, 43). A abordagem GRADE especifica quatro níveis de qualidade de evidência, que devem ser interpretados conforme detalhado na Tabela 2.1.

Tabela 2.1: Significação dos quatro níveis GRADE de qualidade de evidência

Qualidade de evidência	Julgamento
Alta	Há forte confiança de que o verdadeiro efeito esteja próximo daquele estimado
Moderada	Há confiança moderada no efeito estimado: o verdadeiro efeito possivelmente esteja próximo daquele estimado, mas há a possibilidade de que seja substancialmente diferente
Baixa	A confiança no efeito é limitada: o verdadeiro efeito pode ser substancialmente diferente daquele estimado
Muito baixa	A confiança na estimativa de efeito é muito limitada: o verdadeiro efeito possivelmente será substancialmente diferente da estimativa do efeito

Fonte: Balshem et al., 2011 (44).

A abordagem GRADE (9) para apreciar a qualidade da evidência quantitativa foi usada para todos os resultados críticos identificados nas questões PICO e um perfil GRADE foi preparado para cada resultado quantitativo dentro de cada PICO. As tabelas GRADE estão apresentadas no suplemento web.

2.5.3 Determinação da força de uma recomendação

A força de uma recomendação – definida como “forte” ou “condicional” – reflete o grau de confiança do GDG de que os efeitos desejáveis da recomendação se sobrepõem aos efeitos indesejáveis.

Efeitos desejáveis (i.e. benefícios potenciais) podem incluir desfechos de saúde benéficos para indivíduos (p. ex. redução da morbidade e mortalidade), redução da carga sobre o indivíduo e/ou sobre os serviços de saúde e economia de custos para o indivíduo, a comunidade, o programa e/ou o sistema de saúde. Efeitos indesejáveis (i.e. danos potenciais) incluem desfechos de saúde adversos para indivíduos (p. ex. aumento na morbidade e mortalidade) e aumento da carga sobre o indivíduo, a família, a comunidade, o programa e/ou o sistema de saúde. Isto pode incluir, por exemplo, o uso de recursos e custos elevados na implementação das recomendações –os quais teriam que ser suportados por programas, provedores de serviços de saúde ou clientes – assim como potenciais desdobramentos legais onde certas práticas são criminalizadas.

Uma recomendação forte (a favor ou contra a intervenção) é uma para a qual há confiança de que os efeitos desejáveis de adesão à recomendação claramente se sobrepõem aos efeitos indesejáveis. Quanto mais alta a qualidade da base da evidência científica, maior a probabilidade de que uma recomendação forte possa ser feita. Novas recomendações fortes nesta guia são expressas assim: “A OMS recomenda...”.

Uma recomendação condicional (contra ou a favor de uma intervenção) é uma para a qual a qualidade da base da evidência científica pode ser baixa ou se aplicar apenas a grupos ou a cenários específicos; ou pode ser ligada a casos onde o GDG conclui que os efeitos desejáveis da adesão à recomendação provavelmente se sobrepõem aos efeitos indesejáveis ou estão em equilíbrio aproximado, mas o GDG não está confiante sobre estas compensações em todas as situações. Novas recomendações condicionais nesta guia são expressas assim: “A OMS sugere...”.

Se implementada, uma intervenção que recebeu apenas uma recomendação condicional deve ser monitorada de perto e avaliada rigorosamente. Pesquisas adicionais serão necessárias para tratar de incertezas e isto pode oferecer nova evidência que pode mudar o cálculo do equilíbrio entre riscos e benefícios.

Os valores e preferências dos usuários finais (mulheres que vivem com HIV), assim como considerações de viabilidade, utilização de recursos e questões de equidade são fatores que contribuem para determinar a força de uma recomendação.

Tabela 2.2: Domínios considerados quando se avalia a força das recomendações

Domínio	Julgamento
Benefícios e riscos	Quando uma nova recomendação é desenvolvida, precisa ser definido o balanço entre efeitos desejáveis (benefícios) e efeitos indesejáveis (riscos), considerando qualquer recomendação prévia ou outra alternativa. Quanto maior a lacuna ou gradiente em favor dos benefícios sobre os riscos, maior a probabilidade de gerar uma recomendação forte.
Valores e preferências (aceitabilidade)	Se a recomendação tem probabilidade de ser amplamente aceita ou altamente conceituada, maior a probabilidade de gerar uma recomendação forte. Se há fortes indícios que levem a acreditar que a recomendação não será aceita, é mais provável que seja feita uma recomendação condicional.
Implicações de custo/financeiras	Baixos custos (monetários, infraestrutura, equipamento ou recursos humanos) ou custo-eficácia maior têm maior probabilidade de sustentar uma recomendação forte.
Viabilidade	Quanto maior a viabilidade de uma intervenção para todas as partes interessadas, maior a possibilidade de gerar uma recomendação forte.
Equidade	Se uma intervenção vai reduzir injustiças, melhorar a equidade ou contribuir para a proteção de direitos humanos, maior a possibilidade de se adotar uma recomendação forte.

Fonte: Schünemann et al., 2013 (45).

2.6 Tomada de decisão pelo GDG durante o desenvolvimento da guia

Os membros do GDG foram guiados por um protocolo claro para o desenvolvimento da guia da OMS (39). O GDG revisou as evidências e discutiu os tópicos ali considerados guiados pelo metodologista da guia. O encontro do GDG ou Consulta Técnica em abril de 2016, em Genebra, na Suíça, foi projetado para permitir aos participantes esboçar e considerar cada uma das recomendações através de um processo de discussão e revisão de grupo. De modo a obter uma indicação inicial das posições dos membros quanto à direção de cada recomendação (em favor ou contra uma intervenção) e a força de cada recomendação (forte ou condicional) conforme esboçado, o metodologista solicitou aos participantes que levantassem suas mãos em apoio a cada opção em separado. Esta não foi uma votação formal, mas um auxílio para a tomada de decisão de modo a permitir ao metodologista e dirigentes uma avaliação da distribuição de opiniões e subsequentemente o trabalho na direção de um consenso através de discussões suplementares. A adoção final de cada recomendação, incluindo sua direção e força, foi confirmada por consenso unânime entre todos os membros do GDG. O GDG também determinou o contexto das recomendações pelo mesmo processo de consenso, baseado em discussões sobre o balanço de potenciais benefícios e riscos das intervenções considerando os domínios avaliados. Os julgamentos feitos pelo GDG relacionados a cada recomendação estão descritos no Anexo 5.

2.7 Compilação e apresentação do conteúdo da guia

Após o encontro do GDG, os membros do SG prepararam um esboço do documento da guia inteira, incluindo revisões das recomendações para refletir precisamente as deliberações e decisões dos participantes do GDG. A guia preliminar foi então enviada eletronicamente aos participantes do GDG para comentários adicionais e o retorno deles foi integrado ao documento antes de ser enviado ao Grupo de Revisão Externa (ERG) para as considerações deste. O SG então avaliou cuidadosamente as colocações do ERG para inclusão no documento da guia. Após o encontro do GDG e o processo de revisão externa por pares, quaisquer outras modificações feitas na guia pelo SG foram limitadas a corrigir erros factuais e melhorar a linguagem para resolver qualquer falta de clareza. A versão final revisada foi devolvida eletronicamente para os participantes do GDG para sua aprovação final.

Esta guia apresenta as recomendações da OMS que foram recentemente desenvolvidas e publicadas pela primeira vez na mesma em 2017 (marcada com a indicação “NOVA” depois do número da recomendação) e as recomendações existentes que foram anteriormente publicadas em outras guias da OMS que aplicaram a abordagem GRADE (todas as recomendações sem a indicação “NOVA”), assim como as declarações de boas práticas novas e existentes (outra vez, as primeiras foram marcadas como “NOVAS”).

As cinco novas declarações de boas práticas (RBPs) aplicam-se à criação e manutenção dos ambientes favoráveis requeridos para que mulheres que vivem com HIV possam garantir direitos e alcançar o mais alto padrão de SSR. Estas novas declarações de boas práticas são apresentadas no Capítulo 3 — Criando um ambiente favorável. Cada nova declaração de boas práticas é apresentada em um quadro sombreado junto com comentários sobre considerações-chave sobre sua implementação enfatizadas pelo GDG. Informações adicionais relacionadas a cada um dos oito tópicos no Capítulo 3 estão apresentadas na seguinte ordem após o quadro ou quadros que apresenta(m) recomendações e/ou declarações de boas práticas novas ou existentes: (i) informação de contexto sobre o tópico; (ii) barreiras aos serviços de promoção de SSRD; (iii) componentes de um ambiente favorável que lidará com as barreiras e dará suporte à SSRD; e, apenas em caso de NOVAS RBP, (iv) um resumo de evidências e considerações do GDG, incluindo quaisquer considerações de implementação adicionais, para subsidiar um completo entendimento, implementação e desfechos.

As seis novas recomendações (RECs) referem-se a intervenções em saúde que abordam novas áreas tópicas ou substituem recomendações anteriores. Estas novas declarações de boas práticas são apresentadas no Capítulo 4-Intervenções em saúde. Cada nova recomendação é apresentada em um quadro sombreado, incluindo informação sobre a força da recomendação e a qualidade das evidências em que estas estão baseadas (avaliadas com uso do método GRADE, como descrito anteriormente na seção 2.5.2), seguindo-se de uma lista de comentários, incluindo considerações-chave para implementação enfatizadas pelo GDG. Informações adicionais relacionadas a cada um dos seis tipos de serviços no Capítulo 4 estão apresentadas na seguinte ordem após o quadro ou quadros que apresentam recomendações e/ou declarações de boas práticas (se houver): (i) informação de contexto; e, apenas em caso de NOVAS REC, (ii) um resumo de evidências e considerações do GDG, incluindo resultados e explicações sobre a qualidade das evidências e a força da recomendação, mais quaisquer considerações adicionais sobre a implementação, incluindo viabilidade e custos, se alguma informação neste sentido estiver disponível.

Para cada tópico nesta guia, nos Capítulos 3 e 4, há também um ícone fazendo referência à GVPS, o qual está colocado para indicar claramente aos leitores a apresentação de informações sobre os valores e preferências de mulheres que vivem com HIV resultantes das descobertas da GVPS (37).

O SG também consolidou **recomendações existentes** (apenas aquelas baseadas na abordagem GRADE) e **recomendações de boas práticas existentes** nesta guia oriundas de outras guias da OMS recentemente aprovadas pelo GRC caso elas fossem relevantes para a SSRD de mulheres que vivem com HIV. Em todos os casos, estas recomendações e declarações de boas práticas existentes foram formuladas exatamente como nas guias específicas em que foram originalmente publicadas. Para recomendações existentes, a força de cada recomendação e a qualidade das evidências — conforme determinado pelos respectivos GDG para aquelas guias — também foram observadas. Estas recomendações existentes não foram revisadas ou mudadas durante o processo de desenvolvimento da guia em 2016 e elas devem permanecer válidas. A base de evidências para estas recomendações não está incluída no material suplementar para esta nova guia consolidada porque isto já estava apresentado no momento de publicação da orientação original. O título e o link internet de orientações existentes da OMS para todas as recomendações e declarações de boas práticas existentes também está disponível na lista de comentários para permitir acesso facilitado a informações adicionais da fonte original.

No total, esta guia consolidada inclui 52 recomendações (incluindo seis novas) e 22 declarações de boas práticas (incluindo cinco novas) relevantes para a SSRD de mulheres que vivem com HIV. Todas as recomendações (RECs) e declarações de boas práticas (RBPs) relacionadas a criar um ambiente favorável estão apresentadas no Capítulo 3 (e resumidas na seção A nas Tabelas 1 e 2 no Sumário Executivo, e também na Figura 2.1); elas estão indicadas como REC A.1, REC A.2. etc. e RBP A.1, RBP A.2, etc., respectivamente, e todas aquelas relacionadas a intervenções em saúde estão apresentadas no Capítulo 4 (e resumidas na seção B nas Tabelas 1 e 2 no Sumário

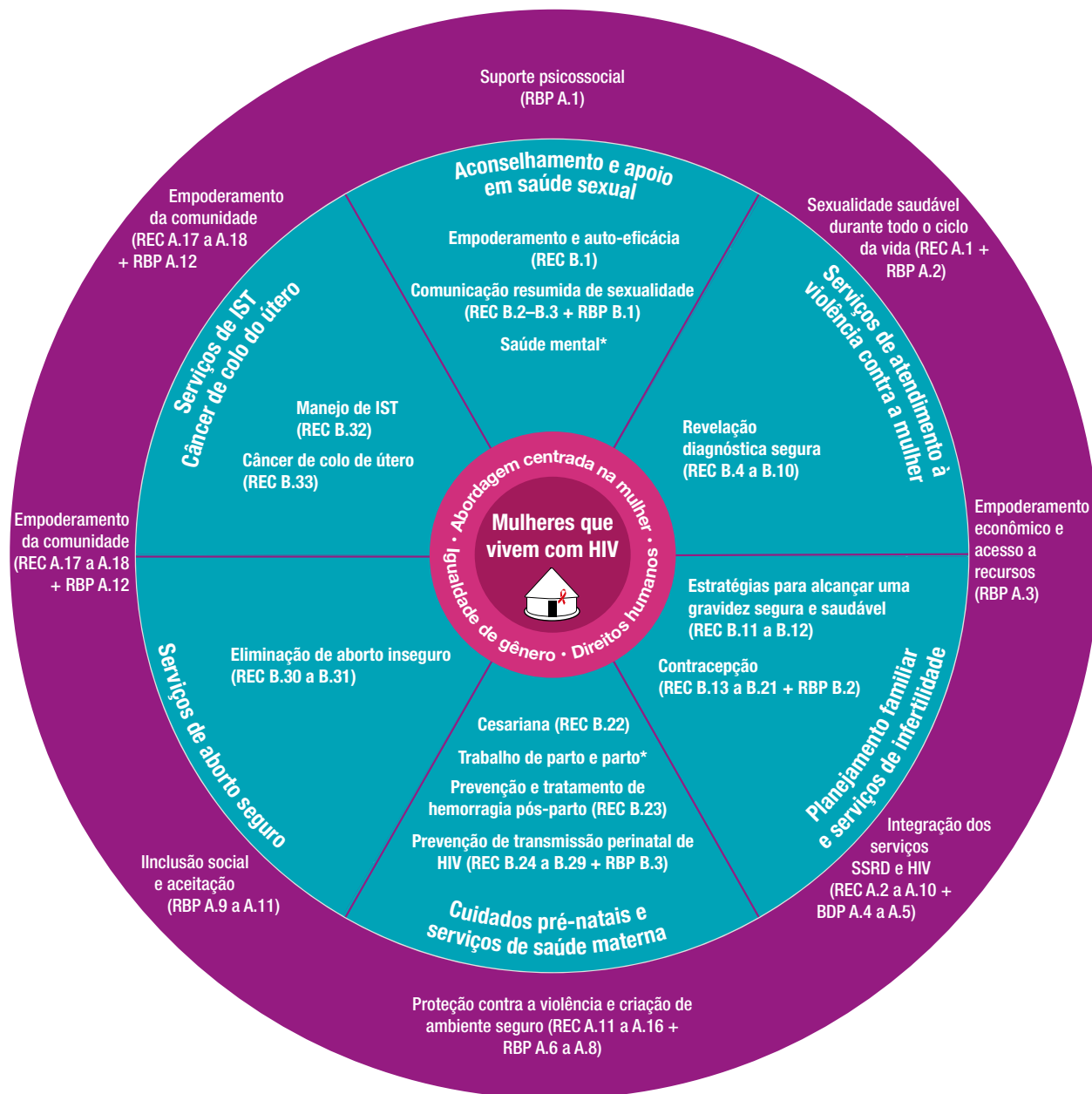
Executivo e na Figura 2.1) e elas estão indicadas como REC B.1, REC B.2. etc. e RBP B.1. RBP B.2, etc., respectivamente, agrupadas em subseções de acordo com o tópico e tipo de serviço.

O Capítulo 5 descreve a implementação da guia e fornecimento de serviços e apresenta uma discussão de questões-chave que guiariam a implementação das recomendações com vistas à obtenção da maior quantidade possível de benefícios, baseada nas discussões do GDG. O Capítulo 6 da guia apresenta uma lista de lacunas de pesquisa e prioridades, conforme identificado pelo GDG, que requerem mais estudo e discutem elementos de uma abordagem inclusiva recomendada para expandir a base de evidências sobre SSRD de mulheres que vivem com HIV. O Capítulo 7 descreve os planos para disseminação, aplicação, monitoramento e avaliação, e a atualização da guia e das recomendações.

Evidências derivadas das quatro revisões sistemáticas que sustentam as seis novas recomendações (veja Anexo 4) foram resumidas nas tabelas GRADE para oferecer a base da evidência que deu suporte às novas recomendações desta guia. Estas tabelas GRADE, junto com as estratégias de busca de revisão sistemática e fluxogramas, são apresentadas separadamente no suplemento web.

O quadro apresentado na Figura 2.1 ilustra a estrutura essencial desta guia consolidada e orienta o leitor a tópicos específicos e recomendações (REC) e declarações de boas práticas (RBPs) relevantes da OMS. Os valores e preferências de mulheres que vivem com HIV, conforme expresso pelas participantes da GVPS, estão no centro desta guia, que está baseada e defende uma abordagem de SSRD abrangente e centrada na mulher, e está apoiada pelos princípios orientadores de igualdade de gênero e direitos humanos (representados no círculo rosa). Com isto representando a fundação, o quadro então mostra: (A) o ambiente favorável abrangente (círculo externo púrpura), com todos os oito tópicos conforme apresentados no Capítulo 3 (começando no alto e seguindo em sentido horário); e (B) as intervenções em saúde (segmento central em azul), com todos os seis tópicos conforme apresentados no Capítulo 4 (também em sentido horário desde o topo) — em todos os casos, estes tópicos estão acompanhados de informação sobre RECs e RBPs numeradas e relevantes, que estão também listadas nas Tabelas 1 e 2, respectivamente (no Sumário Executivo).

Figura 2.1: Quadro de recomendações da OMS e declarações de boas práticas para o progresso da saúde sexual e reprodutiva e direitos das mulheres que vivem com HIV



— Valores e preferências

RBP – Declaração de boa prática

REC – Recomendação

— Ambiente seguro

— Intervenções em saúde

Intervenções em saúde sexual e reprodutiva e direitos.

* Para seções sobre “Saúde mental” e “Trabalho e assistência”, esta guia não inclui quaisquer REC ou RBP, mas se refere a orientações da OMS existentes.

Capítulo 3. Criando um ambiente favorável: recomendações declarações de boas práticas

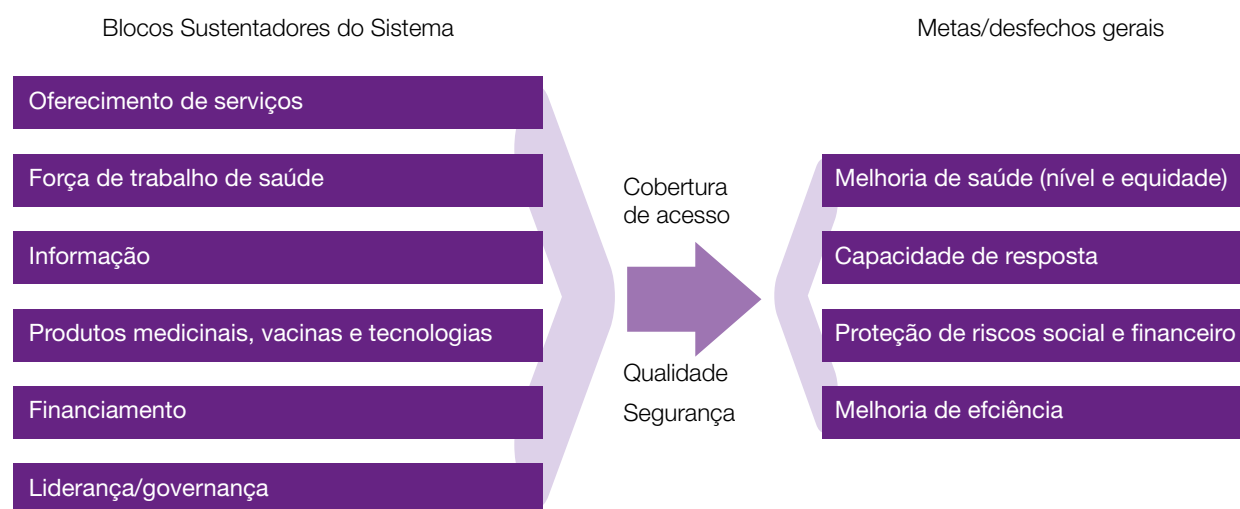
A implementação de programas abrangentes de saúde sexual e reprodutiva e direitos (SSRD) assim como de HIV de modo a atender as prioridades de saúde dos diversos grupos de mulheres que vivem com HIV em todos os contextos epidêmicos requer a implementação de intervenções para superar barreiras decisivas para a assimilação do serviço. Essas barreiras como exclusão social e marginalização, criminalização e violência doméstica (ou baseada em gênero – VBG), estigma e desigualdade de gênero precisam ser levadas em conta quando se implementam estratégias para melhorar acessibilidade, aceitabilidade, assimilação, cobertura equitativa, qualidade, eficácia e eficiência de serviços para mulheres que vivem com HIV. Se não tratadas, tais barreiras minam a SSRD de mulheres que vivem com HIV.

Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) lançados no começo de 2016, criam uma perspectiva de inclusão e, ao realizar isso, apelam para que sejam tratados em primeiro lugar aqueles que se encontram mais preteridos. Mulheres que vivem com HIV em várias sociedades em todo o mundo continuam a enfrentar múltiplas e entrelaçadas formas de discriminação e têm negados seus direitos humanos básicos, especialmente em relação a serviços de saúde. Para alcançar os ODS em 2030 e cumprir o comprometimento de não deixar ninguém de fora, o setor de saúde – enquanto parte da prestação de serviços de saúde sexual e reprodutiva (SSR) – deve trabalhar para remover as barreiras enfrentadas por mulheres que vivem com HIV. Utilizando-se o Modelo de Sistemas de Saúde da OMS (46), cada componente do sistema de saúde precisa ser facilitador de um ambiente favorável para serviços efetivos (veja Figura 3.1).

Este ambiente favorável pode ser caracterizado conforme segue:

- **Atitudes e comportamentos de profissionais de saúde** precisam ser inclusivos, não estigmatizadores, e promotores de segurança e igualdade. Prestadores e administradores de serviços de saúde e de instalações de saúde devem ser responsabilizáveis quando não prestarem serviços adequadamente ou falharem em cumprir os padrões baseados em ética profissional e princípios de direitos humanos internacionalmente acordados. A execução de serviços de assistência e tratamento deve ser desempenhada de modo centrado nas pessoas e livre de julgamentos, permitindo que mulheres que vivem com HIV se sintam apoiadas para tomar decisões informadas sobre seus próprios tratamentos.
- **Produtos médicos e tecnologias necessárias** devem ser disponibilizados para permitir que profissionais de saúde prestem serviços, implementem intervenções e criem e mantenham um ambiente favorável.
- **Informação de manejo de saúde** deve ser produzida, analisada, divulgada, atualizada e deve capturar a ampla gama de determinantes da boa SSR para mulheres que vivem com HIV. Estas informações devem estar disponíveis e serem usadas por profissionais de saúde, mulheres que vivem com HIV e outras pessoas na comunidade para tratar de aspectos clínicos e não clínicos da SSRD. Lacunas de informação devem ser identificadas e preenchidas através de pesquisas apropriadas, incluindo pesquisas conduzidas pela comunidade. A informação deve ser confiável e correta e os pacientes precisam acreditar nela pois, a partir desta informação, poderão tomar decisões informadas sobre sua saúde e bem-estar pessoais e sobre suas interações com os sistemas de saúde.
- **Intervenções em saúde** devem estar disponíveis e acessíveis no local e hora em que forem necessárias e também devem ser aceitáveis e de alta qualidade.
- **Estratégias de alocação orçamentária e financeira** precisam ser reconhecidas como detentoras de um papel crucial na criação de um ambiente favorável para se alcançar bons desfechos de saúde, cobertura universal de saúde e eficácia de custos na prestação de serviços.
- **Políticas públicas, regulamentações e incentivos operacionais** devem levar em consideração e apoiar um ambiente favorável para os SSRD de todas as mulheres que vivem com HIV, incluindo aquelas que são também profissionais de saúde. Devido à gama de determinantes de SSRD, criar um ambiente solidário requer liderança e união de uma série de setores – incluindo a colaboração e engajamento significativo da comunidade de mulheres que vivem com HIV. O sistema de saúde deve liderar estes esforços para garantir uma abordagem abrangente.

Figura 3.1: Modelo do Sistema de Saúde da OMS



Fonte: OMS, 2007 (47).

A criação de um ambiente favorável para a SSRD de mulheres que vivem com HIV deve contemplar as seguintes estratégias:

1. **Adotar uma abordagem holística:** Tornar o ambiente mais favorável requer trabalho em múltiplos níveis ao longo do modelo social e ecológico (veja seção 3.1), incluindo os níveis individual, relacional, comunitário e institucional. Alguns exemplos desta abordagem:

- apoiar a saúde psicológica das mulheres pode diminuir estigmas internalizados em forma individual;
- educação contínua sobre HIV em comunidades e o apoio a programas sociais para todas as pessoas pode diminuir o estigma nos conjuntos sociais de mulheres que vivem com HIV;
- garantir que instalações de serviço de saúde não permitam práticas discriminatórias pode reduzir o estigma institucional;
- promover políticas públicas e promulgar leis que inibam estigma e discriminação pode ser o início de um tratamento nas raízes do estigma.

As estratégias acima referidas constituem peças de uma abordagem abrangente para criar um ambiente facilitador que objetive SSR de qualidade e concretização dos direitos das mulheres que vivem com HIV.

2. **Investimento em programas de longo prazo:** Exemplos desta abordagem incluem a criação de planos de programa de SSR e HIV com um horizonte de 10 a 15 anos, investindo na construção de capacidade e trabalhando para mudar normas sociais destrutivas, em vez de atividades de resposta a crises, de curto prazo. Mesmo que os planos sejam concretizados em períodos de cinco anos, o uso de estratégias e indicadores de planejamento de longo prazo pode apoiar objetivos de longo prazo. A capacitação entre gerenciadores locais e profissionais de saúde, aliada ao treinamento e engajamento significativo de pessoas que vivem com HIV, vai apoiar programas de raiz local e localmente apropriados e sustentáveis (48).
3. **Foco em mensagens positivas:** Se as necessidades e deficiências liderarem os debates, as intervenções não vão identificar nem aperfeiçoar fortalezas existentes entre mulheres que vivem com HIV ou dentro do sistema de saúde. Técnicas como a investigação apreciativa (38) permitem a identificação de conquistas que podem servir como fundamento para progressos futuros. Além disso, um foco exclusivo em experiências negativas pode levar a uma retraumatização de mulheres que têm experiências negativas, sem apoiá-las na consideração de novos caminhos, em direção à superação, à cura e à resiliência.
4. **Reconhecer a importância da linguagem:** Uma linguagem positiva e inclusiva cria novas oportunidades para o progresso e colaboração, em vez do foco exclusivo na extinção de problemas existentes. Por exemplo, discutir a “promoção da saúde” em vez de “exterminar a doença” pode criar oportunidades para se pensar sobre os próximos passos na promoção da saúde, adicionais à resposta de problemas para a deficiência de saúde. Programas SSRD devem usar uma linguagem que coloque as pessoas adiante da doença, como dizer “pessoas

que vivem com HIV” em vez de “pessoas infectadas com HIV”, ou “pessoas HIV-positivas”. Devem ser usados HIV ou AIDS, dissociando assim o vírus da síndrome clínica. “Adquirido” é um termo mais neutro que “infectado” quando se faz referência à transmissão do HIV. A prevenção abrangente da “transmissão vertical” pode ser utilizada em vez de “transmissão mãe-bebê” (TMB), para reduzir a possível culpa que mulheres que vivem com HIV podem experimentar. Isto é central para criação de um ambiente que promova a SSRD (13).

5. **Desenvolver intervenções em parceria com as comunidades usuárias finais:** Esta abordagem vai garantir que os serviços respondam às necessidades, prioridades e realidades dos beneficiários pretendidos.

No restante deste capítulo, a seção 3.1 discute a aplicação de um modelo social e ecológico para definição de um ambiente favorável para a SSRD das mulheres que vivem com HIV e a seção 3.2 apresenta estratégias essenciais para criação e manutenção de um ambiente favorável. Esta seção inclui declarações de boas práticas novas e existentes e recomendações existentes ao longo de oito tópicos diferentes, desde o pessoal (suporte psicológico) até o nível de políticas públicas (leis e políticas públicas solidárias). Isso também inclui a discussão de barreiras relevantes que comprometam o acesso de mulheres que vivem com HIV a serviços de SSRD apropriados, de boa qualidade e baseados em direitos, com consideração dos valores e preferências dessas mulheres em cada área, que são derivadas da Pesquisa de Valores e Preferências Globais (PVPG) de mulheres que vivem com HIV (37).

Tomadas em conjunto, as informações destes capítulos pretendem dar suporte ao ambiente favorável requerido para o bem-sucedido alcance da SSR e direitos das mulheres que vivem com HIV.

3.1 Aplicando um modelo social e ecológico para definição de um ambiente facilitador da SSR e direitos das mulheres que vivem com HIV

Um modelo social e ecológico oferece uma referência abrangente para o entendimento de múltiplos determinantes de SSRD de mulheres que vivem com HIV. Este modelo é amplamente aplicado para compreensão dos determinantes de uma ampla gama de comportamentos saudáveis e resultados. Para os propósitos destas guias, no contexto do tratamento da SSRD de mulheres que vivem com HIV, o modelo social e ecológico ajuda a reunir considerações adicionais para definir um ambiente facilitador, incluindo fatores inter-relacionados de múltiplos níveis que afetam a capacidade das mulheres que vivem com HIV em acessar serviços relevantes, informações e produtos de SSRD e HIV que são chave para delinear resultados positivos de SSRD assim como para outros aspectos de sua saúde e bem-estar. Não há um fator único que possa determinar os resultados de SSRD para mulheres que vivem com HIV.

O modelo social e ecológico tem quatro princípios fundamentais. Primeiro, é reconhecido que **múltiplos fatores influenciam** comportamentos saudáveis e resultados, incluindo fatores que operam nos níveis intrapessoal, interpessoal, comunitário e social. Segundo, é postulado que essas **influências interagem** ao longo destes diferentes níveis. Terceiro, é requerido um **foco em comportamentos saudáveis e resultados específicos**, identificando quais fatores mais provavelmente vão influenciar o comportamento ou resultado específico em cada nível do modelo. Por fim, o modelo sugere que intervenções que **tratem de fatores em múltiplos níveis** são propensas a serem mais efetivas que aquelas que tratam de apenas um nível.

Aplicar este modelo a resultados SSRD para mulheres que vivem com HIV significa que:

1. No **nível individual**, há uma necessidade de se focar no **apoio a mulheres que vivem com HIV** para se alcançar resultados como aumento da autoconfiança e iniciativa pessoal para tomar e implementar decisões que promovam sua própria saúde e realizações pessoais e financeiras para o empoderamento pessoal.
2. No **nível relacional**, há uma necessidade de se focar nas interações de **parceiros, familiares, pares e profissionais de saúde com mulheres que vivem com HIV** para diminuir estigma, discriminação e violência interpessoal e para promover igualdade e inclusão.
3. No **nível comunitário**, há uma necessidade de se **criar normas sociais e apoios positivos e equitativos, incluindo intervenções pensadas mais amplamente para membros da comunidade e instituições** fora da unidade familiar e dentro de vizinhanças, escolas, locais de serviço de saúde, de culto religioso e de trabalho para diminuir o estigma e o risco de violência e para promover igualdade e inclusão.

4. No **nível social**, há necessidade de se **promover leis, políticas públicas e práticas institucionais que promovam a SSR e direitos de mulheres que vivem com HIV** em relação às esferas sociais, econômicas e educacionais e para construir normas e estruturas sociais abrangentes para apoiar mulheres que vivem com HIV a perceber a totalidade de seus SSRD.

Enquanto o setor de saúde é central para o escopo desta guia, a implementação bem-sucedida de ações para um ambiente seguro e solidário para mulheres que vivem com HIV requer colaboração de múltiplos setores, como justiça, habitação, agricultura, educação, bem-estar e trabalho. Criar um tal ambiente também requer colaboração de uma série de atores que incluem governo, sociedade civil e o setor privado, assim como o envolvimento significativo da comunidade de mulheres que vivem com HIV em todos os aspectos.

Um entendimento social e ecológico de SSRD de mulheres que vivem com HIV vai formatar e direcionar intervenções que serão mais propensas a serem bem-sucedidas no tratamento abrangente de desafios interativos de SSRD para mulheres que vivem com HIV e a sociedade em geral. Um exemplo da aplicação do modelo social e ecológico de SSRD para mulheres que vivem com HIV é oferecido no Quadro 3.1.

Quadro 3.1: Como o modelo social e ecológico pode guiar a prestação de serviços de SSRD

Exemplo: Promoção da sexualidade saudável para mulheres que vivem com HIV

Intervenções no nível individual: Oferecer aconselhamento e informação individual para auxiliar mulheres a entender seus próprios direitos e opções de SSR e ajudá-las a determinar como proceder para alcançar suas aspirações — talvez assim as mulheres estarão mais aptas a alcançar seus direitos e aspirações.

Intervenções no nível relacional: Assegurar que profissionais de saúde e instalações de saúde respeitem e apoiem mulheres com quem interagem, em vez de julgá-las ou estigmatizá-las — talvez assim as mulheres estarão mais aptas a acessar os serviços de apoio à contracepção ou fertilidade que necessitam na sustentação de suas aspirações de SSR.

Intervenções no nível da comunidade: Implementar intervenções para mudar normas sociais relacionadas à violência e ao estigma — talvez assim, se vivenciarem menos violência e sentirem que suas identidades sexuais são aceitas, as mulheres estarão mais aptas a alcançar uma sexualidade saudável.

Intervenções no nível social: Implementar leis e reformas de políticas públicas — com isto, as mulheres poderão estar mais aptas a exercerem suas iniciativas, se também lhes for facultado o direito legal ao recebimento de herança e de se beneficiarem de políticas públicas do sistema de saúde que lhes ofereçam amplas opções de serviços contraceptivos ou de apoio à fertilidade, para ajudá-las a alcançar seus desejos de fertilidade.

O sistema de saúde deve intervir em questões que influenciem resultados de saúde ao longo dos níveis do modelo social e ecológico e considerar como estes podem interagir para apoiar mulheres a alcançar uma sexualidade saudável.

3.2 Estratégias essenciais para a criação e manutenção de um ambiente favorável

Os componentes de um ambiente facilitador que precisa ser tratado ao longo dos níveis individual, relacional, comunitário e social para apoiar os SSRD de mulheres que vivem com HIV incluem o seguinte (seguindo-se a ordem na qual serão tratados no restante deste capítulo):

1. apoio psicossocial
2. sexualidade saudável durante o ciclo da vida
3. empoderamento econômico e acesso a recursos
4. integração de serviços de SSRD e HIV
5. proteção contra a violência e criação de ambiente seguro
6. inclusão social e aceitação
7. empoderamento comunitário
8. leis e políticas públicas solidárias e acesso à justiça.

Cada uma das subseções neste capítulo apresenta declarações de boas práticas (RBP) novas e/ou existentes e recomendações (REC) existentes e informações adicionais sobre esses tópicos, incluindo (i) informação de contexto,

(ii) barreiras, (iii) componentes de um ambiente favorável e, apenas no caso de novas RBP, (iv) um resumo de evidências e considerações do Grupo de Desenvolvimento de Guias (GDG). O Grupo Orientador de Guias (SG) da OMS que trabalhou no desenvolvimento desta guia identificou oito tópicos onde era preciso desenvolver **novas REC ou RBP** (veja Capítulo 2, seção 2.4). Quatro daqueles tópicos estão cobertos neste capítulo (os quatro primeiros tópicos listados acima) enquanto os outros quatro são tratados no Capítulo 4. As cinco novas RBP incluídas nesta guia são apresentadas nas quatro primeiras subseções deste capítulo (e são rotuladas como “NOVAS”). Descobertas relevantes da Pesquisa de Valores e Preferências Globais (PVPG) sobre as prioridades das mulheres que vivem com HIV também são apresentadas em cada nova subseção e incorporadas nas informações oferecidas com as novas RBP.

3.2.1 Suporte psicossocial

NOVA declaração de boas práticas em suporte psicossocial

RBP A.1: Intervenções de suporte psicossocial, como grupos de apoio e apoio a pares, oferecidas por, com e para mulheres que vivem com HIV, devem ser incluídas nos cuidados de HIV.

Comentários

- Intervenções de suporte psicossocial são otimizadas em criação, fornecimento e avaliação por, com e para mulheres que vivem com HIV ou em combinação com prestadores de serviços de saúde não especializados.
- Entre os possíveis resultados a serem tratados, as intervenções psicossociais parecem ser as mais aptas a melhorar a superação, autoestima, apoio social, sintomas depressivos, estresse e percepção de estigma.
- As intervenções devem usar pesquisa formativa para assegurar que a intervenção desenvolvida é relevante para a população, contexto e localização específicos.

i. Contexto

Muitas mulheres que vivem com HIV experimentam desafios psicossociais, incluindo estresse, sintomas depressivos e baixa autoestima, entre outros. Uma proporção mais alta de pessoas que vivem com HIV experimentam depressão e ansiedade em relação à população em geral — com alguns estudos relatando também a prevalência em mulheres comparativamente a homens — e também há evidências de um impacto negativo da angústia psicológica na qualidade de vida (49-51). Na Pesquisa de Valores e Preferências Globais (GVPS) entre mulheres que vivem com HIV, das 489 mulheres que responderam ao módulo de saúde mental opcional, 82% relataram sintomas depressivos e 78% disseram que experimentaram rejeição (37). O diagnóstico de HIV por si só pode suscitar desafios imediatos e contínuos para a saúde mental. Participantes da pesquisa relataram que após o diagnóstico, em média, elas experimentaram 3,5 vezes o número de questões de saúde mental comparativamente a antes do diagnóstico. Contudo, além do diagnóstico, preocupações de saúde e questões mentais que muitas mulheres vivendo com HIV experimentam — incluindo estigma, medo, discriminação, violência, dificuldade financeira e efeitos colaterais de tratamento — interagem para limitar a SSR das mulheres. Análises adicionais dos dados da GVPS apontaram uma correlação positiva entre problemas de saúde mental e “identidades socialmente desfavorecidas”, pelas quais o estigma relacionado a identidades e comportamentos que são objeto de sanções sociais e/ou legais — tais como trabalho sexual, abuso de drogas, relações de pessoas do mesmo sexo, pobreza e identidades de gênero não conformes, entre outros — se entrelaçam com estigmas relacionados ao HIV para criar múltiplas camadas de desfavorecimento. Mais que isso, as próprias questões de saúde mental eram sentidas como carregadoras de um estigma próprio, adicionando ainda mais uma camada de dificuldade para mulheres que buscam apoio e serviços. Estas questões interativas afetam a saúde e o bem-estar de múltiplas maneiras: elas podem criar barreiras para relações íntimas e sexuais saudáveis, resultando em comportamentos de superação, como uso de substâncias, que podem aumentar a vulnerabilidade e risco; e também podem levar a violações de direitos de membros excluídos da sociedade que estão vivendo no contexto da dinâmica de poder desigual associada tanto com a condição de HIV-positivo quanto às preocupações de saúde mental (52). Suporte psicossocial “trata de problemas psicossociais e sociais em curso de indivíduos que vivem com HIV, seus parceiros, famílias e cuidadores” (53).

ii. Barreiras

Questões de estigma e saúde mental, que interagem entre si, impedem mulheres de se engajar em relacionamentos sexuais saudáveis e de assumirem iniciativa e controle sobre estas relações. Desafios psicológicos podem afetar negativamente o bem-estar geral de mulheres com HIV, o que pode criar ou exacerbar exclusão social e isolamento e afetar o acesso a serviços ou causar mais preocupações com a saúde mental. Entre outras coisas, alguns problemas de saúde mental podem surgir de ou serem exacerbados por efeitos colaterais de alguns tratamentos (em transtorno dismórfico corporal, fadiga/insônia e perda de libido) e estes desafios de saúde mental, por sua vez, podem ter impacto na adesão ao tratamento.

iii. Componentes de um ambiente favorável

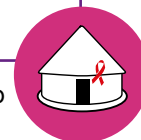
O HIV pode ter impacto no bem-estar mental e emocional e há necessidade de suporte e aconselhamento psicológico que seja econômico, acessível, holístico e integrado com outros serviços de SSR e HIV.

iv. Resumo de evidências e considerações para a nova declaração de boas práticas

Apesar da alta prevalência de desafios psicossociais entre mulheres que vivem com HIV, a associação identificada entre preocupações psicossociais e desfechos em SSR (54, 55), e recomendações de se incluir suporte psicossocial como parte do tratamento de HIV (53, 56), nenhuma revisão concentrou-se no impacto de intervenções de suporte psicossocial em SSRD de mulheres que vivem com HIV. Baseado nas descobertas da GVPS (veja Contexto acima e “Valores e Preferências” no quadro ao final desta seção) e na importância crítica das condições de saúde mental, o Grupo de Desenvolvimento de Guias (GDG) incluiu no processo de desenvolvimento da guia uma nova revisão sistemática de estudos que avaliam intervenções de suporte psicossocial oferecidas por provedores não especializados para avaliar o impacto nos desfechos, incluindo bem-estar mental, emocional e/ou social e qualidade de vida, assim como tomadas de decisões em SSRD de mulheres que vivem com HIV (57). Para os estudos incluídos na revisão, o termo “prestadores de serviços” incluía aqueles sem treinamento especializado em saúde mental, como profissionais de saúde certificados (p. ex. médicos e enfermeiras) que não eram especialistas em cuidados psiquiátricos ou psicológicos, ou prestadores leigos ou pessoas com ou sem qualquer treinamento na provisão de serviços de suporte psicossocial (58). As intervenções fornecidas por prestadores leigos foram incluídas porque muitas intervenções de suporte psicossocial são atualmente desempenhadas por prestadores leigos em razão da falta de prestadores de cuidados de saúde formalmente treinados. Isto também oferece a oportunidade para estes prestadores leigos criarem empatia com os pacientes de uma maneira única, por exemplo, através de experiências compartilhadas de ser HIV + e, se estão vivendo com HIV, sentirem-se livres para compartilhar sua condição positiva com o paciente. Entre os possíveis desfechos a serem tratados, as intervenções psicossociais parecem ser as mais aptas a melhorar a superação, autoestima, apoio social, sintomas depressivos, estresse e percepção de estigma. Contudo, os estudos revisados não encontraram efeitos estatisticamente significantes para estes resultados. Não havia parâmetros para resultados significantes para intervenções que foram oferecidas em grupo em comparação com as individuais, pela diferença de frequência das intervenções ou por diferentes desfechos primários ou populações (p. ex. mulheres buscando cuidados pré-natais, mães ou outros grupos). A orientação relacionada a serviços formais de saúde mental é provida pelo *Plano de Ação para a Saúde Mental da OMS 2013–2020* (59) e a saúde mental é apresentada com mais detalhe no Capítulo 4, seção 4.1.3.

Valores e preferências

Mulheres que vivem com HIV que responderam à GVPS expressaram necessidades de: suporte psicológico para revelação diagnóstica de sua condição, autoconfiança, aceitação e imagem corporal positiva, aconselhamento psicossocial corrente incluindo com parceiro(s), cuidados com traumas posteriores, apoio no aprendizado, entendimento e crença em direitos, e tratamento e apoio para uso de álcool e drogas em relação aos sintomas e como causa de problemas de saúde mental. As entrevistadas também mencionaram necessidade de: aconselhamento que ajudasse a construir uma vida baseada em bem-estar e aceitação, apoio de pares para prover espaços seguros onde mulheres pudessem falar sem serem julgadas e políticas públicas que desafiem o estigma e promovam os direitos humanos — incluindo o estigma relacionado a problemas de doenças mentais e ao HIV (37).



3.2.2 Sexualidade saudável durante todo o ciclo da vida

a. Puberdade e adolescência

Recomendação existente sobre sexualidade saudável na puberdade e adolescência

REC A.1: Deveriam instalar serviços de saúde amigáveis ao adolescente nos serviços de HIV para garantir o engajamento e melhorar os resultados.

(recomendação forte, baixa qualidade de evidência)

Comentários

- Esta recomendação foi integrada a esta guia a partir da *Consolidated Guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach (Guias consolidadas sobre o uso de medicamentos antirretrovirais para o tratamento e a prevenção da infecção por HIV: recomendações para uma abordagem de saúde pública)* OMS 2016 (7).
- Maiores informações podem ser encontradas na publicação original em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/9789241549684_eng.pdf
- Veja também informação em políticas públicas de idade de consentimento na seção 3.2.8 para recomendações de boas práticas específicas (RBP A.15 e RBP A.16) sobre apoio a mulheres adolescentes com HIV para obtenção de SSRD.

i. Contexto

Meninas que atravessam a puberdade precisam de informação e apoio para entender as mudanças que acontecem em seus corpos. Elas precisam receber educação sexual abrangente (ESA) (25), incluindo informação sobre como a gravidez, a transmissão de IST e HIV podem ocorrer, e precisam de conhecimentos e ferramentas — incluindo autoconfiança e consciência — para saber lidar com os primeiros desejos e experiências sexuais. Na medida em que altas proporções de primeiros encontros sexuais de meninas são forçados e coercitivos (60), as meninas precisam ser empoderadas para reconhecer, evitar ou reportar violência e coerção se e quando se depararem com estas.

ii. Barreiras

Meninas adolescentes e mulheres jovens que vivem com HIV são com frequência pouco informadas sobre SSRD. Elas frequentemente carecem de acesso a insumos primários devido a restrições sociais e legais quanto a contraceptivos e outros serviços de saúde, incluindo restrições no acesso a serviços para mulheres não casadas (61).

Atitudes e valores moralistas e carência das competências adequadas frequentemente impedem que os profissionais de saúde forneçam aos adolescentes que vivem com HIV os serviços de saúde de que precisam. Treinamento, clarificação de valores e suporte continuado podem capacitá-los a oferecer os serviços necessários (62).

Em vários países, há discrepâncias entre a idade de consentimento para atividade sexual, casamento e acesso a serviços, criando assim barreiras para as pessoas jovens necessitadas de acesso a serviços de SSR. Foi documentado que adolescentes podem optar por não buscar cuidados porque preferem evitar contar a seus pais sobre seus problemas de saúde e atividade sexual, e os provedores de serviços frequentemente requerem consentimento prévio dos pais para o acesso a serviços, particularmente para serviços de SSR (63). Uma pesquisa nacional com amostragem representativa de adolescentes nos EUA descobriu que 35% deles evitavam contato com serviços de saúde para assim não ter de contar a seus pais sobre suas questões de saúde, e as meninas eram mais propensas que os meninos a evitar cuidados de saúde de modo a evitar que seus pais soubessem de seus comportamentos de alto risco (63). Enquanto algumas leis servem para proteger jovens, leis nacionais de idade de consentimento e normas sociais podem também influenciar atitudes e comportamentos de provedores de serviços e obstaculizar o acesso aos serviços. Assim, não surpreende que adolescentes de populações especialmente afetadas (p. ex. trabalhadores sexuais, homens que fazem sexo com homens e adolescentes que usam drogas injetáveis) e populações vulneráveis (p. ex. jovens encarcerados, mulheres jovens) sejam ainda menos propensos a terem acesso a testes de HIV e aconselhamento ou cuidados e tratamento em comparação com a população adolescente em geral (64).

iii. Componentes de um ambiente favorável

Serviços de SSR devem apoiar a sexualidade saudável durante todo o ciclo da vida, incluindo o oferecimento de serviços acessíveis e apropriados a todos os adolescentes que vivem com HIV (65).

Assim como para mulheres idosas que vivem com HIV, programas de apoio e aconselhamento sexual devem ser projetados por, com e para mulheres jovens que vivem com HIV, incluindo aquelas oriundas de populações-chave afetadas e, especialmente aquelas que fazem parte de comunidades vulneráveis, tais como meninas adolescentes que vivem com HIV e também têm outras deficiências. Para facilitar a implementação das recomendações, provedores de serviços de SSR e HIV devem receber treinamento, ferramentas e supervisão continuada na prestação de serviços de aconselhamento e de apoio específico em SSRD a meninas adolescentes e mulheres jovens.

Meninas que nasceram com HIV ou o adquiriram na infância podem necessitar de apoio especial quando chegam à adolescência, começam a ter relações sexuais e consideram pela primeira vez suas prioridades e direitos de SSR — incluindo conselhos sobre anticoncepcionais. É importante que as meninas que adquirem o HIV durante a adolescência recebam informação e aconselhamento acurados e em tempos com relação a SSRD de mulheres jovens que vivem com HIV, incluindo informação e conselhos sobre começar/continuar relações sexuais, casamento e escolhas relativas à fertilidade. Aconselhamento para tratamento de traumas e suporte psicossocial continuado pode ser necessário para meninas e mulheres jovens que adquiriram HIV em razão de estupro, incesto ou violência sexual (para informações sobre revelação diagnóstica do HIV aos adolescentes, veja seção 4.2.1: Revelação diagnóstica segura).

Colegas e pares oferecem muitos benefícios aos adolescentes. Eles podem ser uma fonte importante de apoio psicológico, ajudando a criar confiança e resiliência e também a reduzir ansiedade e promover um sentimento de pertencimento. Em razão de suas experiências comuns, pares também podem ajudar adolescentes que vivem com HIV e enfrentar medo, desesperança, estigma e discriminação, além de poder facilitar a solução de problemas. Pares também podem ser boas fontes de informação prática, motivação e reforço positivo para adesão a tratamentos, revelação diagnóstica, enfrentamento de questões de SSR e para lidar com problemas de saúde mental e uso de substâncias (66).

Profissionais de saúde que assistem a adolescentes que vivem com HIV devem fazer uma avaliação da sua atividade sexual e oferecer informação completa e precisa sobre serviços SSR disponíveis (67).

As *Guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries* (Guiões sobre prevenção da gravidez precoce e desfechos reprodutivos adversos em adolescentes de países em desenvolvimento) da OMS resumem preocupações específicas relacionadas à criação de um ambiente favorável para a saúde e direitos de todos os adolescentes, incluindo meninas adolescentes que vivem com HIV. As guias incluem recomendações para prevenir a gravidez precoce trabalhando sobre fatores como casamento precoce, sexo coercitivo, aborto inseguro, acesso a anticoncepcionais e acesso a serviços de assistência à saúde materna para adolescentes. Estas recomendações devem ser revisadas quando se cria um ambiente favorável para mulheres jovens que vivem com HIV, assim como para todas as mulheres jovens (68).

Valores e preferências

Ao responderem ao GVPS, mulheres que vivem com HIV mencionaram a necessidade de que o apoio a SSRD para meninas e mulheres que vivem com HIV esteja disponível durante toda a sua vida.

Mecanismos de proteção social são percebidos como necessários para a prevenção de abuso sexual de crianças, incluindo casamentos de crianças e adolescentes e sexo coercitivo ou comércio sexual.

Meninas e mulheres jovens que vivem com HIV precisam ter acesso a uma ampla gama de informação sobre mudanças corporais, menstruação, maturidade sexual, sexo e sexualidade, contracepção e opções de planejamento familiar e de gravidez; isto é especialmente necessário para aquelas em transição de serviços infantis para serviços adultos — estes serviços devem ser prestados livres de julgamento, coerção ou necessidade de consentimento dos pais. A educação sexual abrangente (ESA) oferecida dentro e fora das escolas para meninas e mulheres jovens deve ser complementada por intervenções comportamentais oferecidas por médicos e outros prestadores de assistência, dentro de um conceito de assistência holística, centrada na mulher e culturalmente competente durante todo o ciclo de vida, de modo que o conjunto de meninas ou mulheres seja considerado, e não apenas o vírus. Há uma necessidade de que serviços, tais como aconselhamento sobre sexo e relacionamentos, sejam de alta qualidade e livres de parcialidade. Mulheres não casadas, lésbicas, bissexuais e transgênero, assim como aquelas sem filhos, precisam ser tratadas de acordo com os mesmos padrões de atenção à saúde daquelas que são casadas ou têm filhos (37).



b. Envelhecimento, menopausa e pós-menopausa

NOVA declaração de boas práticas sobre sexualidade saudável durante o envelhecimento

RBP A.2: Mulheres vivendo com HIV em toda sua diversidade devem receber apoio em suas decisões para ter relações sexuais seguras e satisfatórias e prazer sexual à medida que vão amadurecendo. As mulheres vivendo com HIV que decidem não ter vida sexualmente ativa também devem receber apoio em sua decisão.

Comentários

- Programas de apoio e aconselhamento sexual devem ser projetados por, com e para mulheres que vivem com HIV de todas as faixas etárias, incluindo aquelas na menopausa e pós-menopausa, em conjunto com profissionais de assistência à saúde.
- Mulheres que vivem com HIV devem ser apoiadas em suas escolhas voluntárias sobre relações sexuais e receber informação e recursos para terem experiências sexuais seguras e satisfatórias, ou para não praticarem sexo, dependendo de suas preferências pessoais, com aconselhamento e apoio personalizado para informar suas tomadas de decisão, desejos e necessidades; isto é válido para todas as mulheres, incluindo aquelas além dos anos férteis.
- Para facilitar a implementação das recomendações, provedores de serviços de SSR e HIV devem receber treinamento, ferramentas e supervisão continuada na prestação de aconselhamento e apoio específico sobre SSR e direitos a mulheres que estejam além do período fértil. O treinamento deve cobrir o manejo do processo da revelação diagnóstica e aquilo que é informado às mulheres em relação a sua sexualidade a partir do momento específico em que são diagnosticadas e em todas as fases da vida. O sistema de saúde pode precisar estabelecer estratégias para ajudar os profissionais da saúde no processo de implementar estas recomendações, dado que seu foco geral é na adesão ao tratamento e na prevenção da transmissão. Essas estratégias podem incluir atualizar o currículo de treinamento do profissional de saúde, oferecendo treinamento dentro do serviço, supervisão e ferramentas, além da criação de materiais com e para mulheres que vivem com HIV.
- A criminalização da não revelação, a exposição e a transmissão tornam as relações sexuais mais difíceis para as mulheres.

i. Contexto

Considerações sobre a SSR e direitos de mulheres que vivem com HIV mudam ao longo do ciclo da vida. O foco de muitos programas de SSR e HIV está em mulheres durante seus anos férteis. Evidências relacionadas a mulheres após a menopausa são limitadas. Enquanto algumas mulheres vivenciam a menopausa em idade jovem e requerem serviços apropriados neste período, muitas mulheres têm novas prioridades e necessidades de saúde sexual em idade mais avançada, após seus anos férteis. A expectativa de vida alongada para todas as mulheres, incluindo mulheres que vivem com HIV faz com que, na idade avançada, muito mais mulheres acima dos 50 anos estejam adquirindo HIV e vivendo com ele. Elas vão precisar de apoio para ter direito a uma sexualidade saudável e continuada e para tomar decisões em saúde sexual.

ii. Barreiras

Pesquisas que examinam relações sexuais e envelhecimento em pessoas de 50 anos ou mais têm sido largamente conduzidas com populações HIV negativas. Pouco é sabido sobre o apoio de SSRD, particularmente o apoio à sexualidade saudável, entre mulheres de idade avançada que vivem com HIV. Atitudes julgadoras ou falta de conscientização sobre a importância de uma sexualidade satisfatória para mulheres idosas pode conduzir a uma assistência deficiente. Semelhantemente, mais pesquisa é necessária sobre possíveis efeitos do HIV ou do tratamento de HIV na menopausa. O estigma do HIV, a revelação diagnóstica, preocupações com a imagem corporal e possível perda da libido, entre outras questões, podem inibir o desenvolvimento de relacionamentos e práticas sexuais mais seguras entre mulheres mais velhas que vivem com HIV.

iii. Componentes de um ambiente favorável

Serviços de SSR devem apoiar uma sexualidade saudável ao longo da vida, com a oferta de serviços acessíveis e apropriados a todas as mulheres que vivem com HIV, incluindo idosas.

iv. Resumo de evidências e considerações para a nova declaração de boas práticas

Baseado nas descobertas da GVPS e na falta de pesquisas existentes sobre sexualidade saudável e mulheres mais velhas que vivem com HIV, o GDG valeu-se de uma revisão sistemática de estudos que examinou a associação

entre envelhecimento e comportamentos sexuais ou experiências de intimidade entre mulheres que vivem com HIV (69). A revisão identificou apenas quatro estudos que atenderam os critérios de inclusão. De um modo geral, eles mostraram que, enquanto mulheres que vivem com HIV estão vivendo vidas mais longas e permanecendo sexualmente ativas na idade avançada, continuam a haver barreiras significativas para se manterem sexualmente ativas e com relacionamentos sexuais saudáveis.

Valores e preferências

Mulheres que vivem com HIV — especialmente adultas maduras que participaram do GVPS — levantaram questões sobre o impacto de se viver com HIV e a adesão de longo prazo à terapia antirretroviral (TARV) na menopausa. Também sublinharam a escassez de informação e serviços de SSRD disponíveis para mulheres após a menopausa. Expressaram, ainda, a necessidade de contar com aconselhamento e informação relevante sobre SSRD durante toda a vida, incluindo: informação sobre quaisquer interações conhecidas ou potenciais entre HIV/uso de TARV e a menopausa; assistência e apoio apropriados a mulheres que atravessam a menopausa e esforços de suporte em treinamento, sensibilização e outras mudanças de comportamento para médicos e outros prestadores de serviços de saúde, de modo a oferecerem uma assistência holística, centrada na mulher e culturalmente competente para mulheres mais velhas. Aconselhamento sobre sexo e relacionamentos deve estar disponível para mulheres de todas as idades, incluindo lésbicas, bissexuais e mulheres transgênero (37).



3.2.3 Empoderamento econômico e acesso a recursos

NOVA declaração de boas práticas em segurança alimentar

RBP A.3: Uma avaliação abrangente da segurança alimentar vinculada a serviços apropriados é um componente integral da atenção a mulheres vivendo com HIV.

Comentários

- Insegurança alimentar é frequentemente um desafio significativo para mulheres que vivem com HIV.
- Há outros desafios significativos para mulheres que vivem com HIV que estão ligados a recursos, incluindo moradia e baixo nível socioeconômico.
- Programas multidimensionais que buscam reduzir fome, pobreza, má nutrição e insegurança alimentar, e que melhorem os direitos legais e sociais de mulheres em conjunção com assistência alimentar e geração de renda, devem ser considerados como parte da resposta ao HIV.
- O acesso alimentar é importante. O fornecimento de informação relacionada a práticas alimentares sustentáveis pode ser uma intervenção útil e de custo relativamente baixo. Isto deve ser acompanhado de informação sobre alimentos que são bons para mulheres que vivem com HIV, como aqueles que ajudam a manter uma boa nutrição e um peso saudável. Outras opções podem incluir melhoria de acesso ao empoderamento econômico geral, intervenções de proteção social ou serviços para apoiar a segurança alimentar e outras necessidades relacionadas, como moradia e independência econômica. Isso deve incluir a conexão de mulheres que vivem com HIV com oportunidade de geração de renda.
- Colaboração intersetorial é essencial para o fornecimento de um pacote de cuidados em SSR abrangente utilizando-se uma abordagem baseada em direitos.
- Em áreas com altos níveis de pobreza e insegurança alimentar, os centros de saúde devem realizar os mesmos encaminhamentos a serviços apropriados para todos os indivíduos, de modo a evitar tensões entre pessoas que vivem com HIV e aqueles que não, mas que, contudo, também precisam de comida, de modo a evitar o incentivo à aquisição de HIV. O empoderamento econômico e o apoio ao acesso de recursos deve considerar a situação geral de cada mulher que vive com HIV e referi-la a outros serviços apropriados, conforme necessário.

i. Contexto

A condição HIV positiva pode estar ligada à insegurança de subsistência, aumento da pobreza e falta de recursos para atender necessidades e despesas essenciais, o que acarreta maior vulnerabilidade e resultados fracos em SSRD. Em razão disto, intervenções focadas no empoderamento econômico, redução da pobreza e acesso a recursos, assim como a moradia e suporte alimentar têm o potencial de alavancar o status de mulheres que vivem com HIV dentro de suas famílias, melhorar o acesso à assistência social e melhorar os resultados de sua saúde. Da mesma forma, barreiras legais associadas a gênero e estado civil limitam a aquisição de riquezas por mulheres através de limites na posse de propriedades, herança familiar ou de parceiros falecidos e outros meios. Além disso, vulnerabilidades socioeconômicas podem tornar difícil para mulheres que vivem com HIV o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos, tal como em situações onde mulheres são dependentes de parceiros violentos ou abusivos, ou de barganha sexual, para assegurar que suas necessidades básicas, ou de suas crianças, sejam atendidas.

ii. Barreiras

Mulheres que vivem com HIV relatam experimentar insegurança de subsistência como resultado do abandono, viuvez, perda de emprego ou renda como resultados de estigma e discriminação no ambiente de trabalho, falta de saúde mental ou física, violência perpetrada por parceiro íntimo e efeitos colaterais negativos do tratamento. A dependência econômica pode forçar as mulheres a permanecerem em relações violentas e impedi-las de acessar tratamento, podendo assim ter um impacto negativo na saúde mental de mulheres que vivem com HIV.

O tratamento do HIV pode aumentar a necessidade de segurança alimentar, na medida em que mulheres que vivem com HIV podem não apenas necessitar de comida para nutrição e manutenção da saúde, mas também para apoiar a iniciação e adesão à TARV e para administrar os efeitos colaterais da TARV. Estudos também mostram que algumas mulheres procuram barganha sexual de modo a assegurar acesso a alimento (61).

iii. Componentes de um ambiente favorável

Intervenções de empoderamento econômico e legal poderiam reforçar qualificações profissionais, fornecer tutoria, aumentar autoestima, oferecer senso de solidariedade e construir habilidades na comunicação e negociação com parceiros sexuais entre mulheres que vivem com HIV. Tais intervenções também podem melhorar a capacidade de mulheres para requerer propriedade de direitos de herança, de modo que não precisem ser forçadas a depender de outros para segurança econômica e alimentar.

iv. Resumo de evidências e considerações para a nova declaração de boas práticas

Insegurança alimentar

A insegurança alimentar se refere à falta de acesso à nutrição adequada. Entre pessoas que vivem com HIV, a insegurança alimentar tem estado ligada a aumento na vulnerabilidade à transmissão do HIV, progressão mais rápida da doença e incompleta supressão da carga viral HIV. Vários estudos identificaram a insegurança alimentar como uma motivação para mulheres buscarem a barganha sexual em troca de alimentos e outros recursos, ou a buscar o trabalho sexual. Insegurança alimentar é um dentre alguns desafios significativos para mulheres que vivem com HIV que está ligado a recursos, incluindo moradia e baixo nível socioeconômico. O GDG considerou a revisão sistemática de estudos que examinaram o impacto da insegurança alimentar em comportamentos sexuais de risco e adesão à TARV entre mulheres que vivem com HIV (70), para subsidiar o desenvolvimento desta guia. A revisão identificou cinco estudos que cumpriram os critérios de inclusão, abarcando dados qualitativos e quantitativos da África e da América do Norte na literatura revisada por pares. Quatro grandes temas foram identificados em relação à insegurança alimentar: sexo enquanto meio de sobrevivência (p. ex. trabalho sexual e barganha sexual), falta de controle nos relacionamentos, barreira para iniciação e adesão à TARV, adesão à TARV e saúde feminina.

Moradia

Serviços de moradia também pode ser particularmente importantes. A moradia pode melhorar a qualidade de vida ao criar um lar seguro, um cenário seguro para mulheres tentarem se livrar de relacionamentos violentos, e um cenário onde uma mulher possa guardar e tomar sua medicação, incluindo TARV. Melhorar direitos de herança e propriedade para mulheres que são viúvas (especialmente em razão de HIV) também pode apoiar desfechos benéficos

semelhantes. É crucial que o recebimento de comida e outros serviços não crie estigma para mulheres que vivem com HIV ou coloque mulheres em risco de revelação involuntária de sua condição de HIV.

Há crescente evidência sobre o papel da proteção social na resposta ao HIV (71). Proteção social sensível ao HIV não significa focar exclusivamente nas pessoas que vivem ou são afetadas pelo HIV. Através de uma abordagem sensível ao HIV, pessoas que vivem com HIV ou outras populações-chave são atendidas juntamente de modo a não excluir grupos igualmente subatendidos. A proteção social já foi definida como “todas as iniciativas públicas e privadas que provêm transferência de renda ou consumo para os pobres, protegem os vulneráveis contra riscos de subsistência e melhoram o status social e direitos dos marginalizados com o objetivo geral de reduzir a vulnerabilidade econômica e social dos grupos pobres, vulneráveis e marginalizados” (71).

O empoderamento econômico de pessoas que vivem com HIV, com apoio a suas necessidades básicas, incluindo alimentação, moradia e nutrição, e aumento da efetividade do tratamento de HIV para uma qualidade de vida prolongada e melhorada, é componente central para uma típica combinação de HIV e instrumentos de proteção social (71).

O apoio ao empoderamento e acesso a recursos pode melhorar o bem-estar individual, contudo, em nível estrutural, a pobreza está ligada ao HIV e ao desafio de se manter o bem-estar e a SSRD. Para facilitar a SSRD de mulheres que vivem com HIV e outros, prestadores de assistência à saúde devem apoiar ações e políticas e construir coalizões com agentes de proteção social para reduzir pobreza e aumentar o acesso a recursos.

Valores e preferências

Através de suas respostas à PVPG, mulheres que vivem com HIV enfatizaram os desafios da pobreza e suas tensões sobre a saúde mental, física e sexual. O principal problema (levantado por 67% dos participantes) foi a falta de oportunidades de emprego para mulheres que vivem com HIV. A pesquisa também revelou bom número de questões ligando insegurança econômica à SSR e direitos de mulheres que vivem com HIV. Por exemplo, a violência contra mulheres que vivem com HIV — incluindo a negação aos direitos de propriedade e herança no caso de viuvez — cria e exacerba a pobreza e vulnerabilidade financeira; a dependência econômica pode forçar as mulheres a permanecerem em relações violentas e também cria uma assimetria nas negociações e tomadas de decisões dentro da relação, incluindo questões relacionadas ao sexo e à guarda dos filhos. Estabilidade financeira também pesa na questão de se e quando mulheres que vivem com HIV decidem ter ou não ter filhos, incluindo a capacidade de acessar serviços privados de fertilidade e de aborto seguro. A insegurança financeira pode ter um impacto maior em mulheres mais marginalizadas que vivem com HIV, como trabalhadoras do sexo e outras mulheres com múltiplas vulnerabilidades. A pobreza emergiu como uma preocupação maior para mulheres que envelhecem com HIV, especialmente para mulheres que não têm filhos, são viúvas ou sem parceiros, ou que não têm acesso a aposentadorias e pensões. As mulheres desejam serviços de saúde economicamente acessíveis, incluindo testagem de HIV, aconselhamento, tratamento e assistência, à SSR e saúde mental. Para alcançar isto, as participantes sublinharam a necessidade de: aumentar o número de centros de saúde que oferecem tratamento e assistência para HIV e serviços de SSR em áreas rurais; facilitação de acesso a seguro-saúde; oferta de tratamento para fertilidade economicamente acessível e garantia de que custos com transporte e com o cuidado das crianças não conformem obstáculos para o acesso a serviços. A natureza entrelaçada dos desafios experimentados por mulheres que vivem com HIV pede equipes multidisciplinares, incluindo colegas mentores, capazes de trabalhar transversalmente com setores relevantes para as necessidades de abordagem do HIV (37).



3.2.4 Integração entre serviços de SSRD e HIV

Recomendações existentes na integração de serviços de SSRD e HIV

REC A.2: Em áreas epidêmicas, a terapia anti-retroviral (TAR) deve ser iniciada e mantida em mulheres grávidas e puérperas elegíveis e em crianças em unidades de atenção materno-infantil, vinculadas e com encaminhamento a unidades com atendimento de HIV e TAR, quando corresponda.

(recomendação forte, qualidade da evidência muito baixa)

REC A.3: Os serviços de atenção a doenças sexualmente transmissíveis (DST) e de planejamento familiar devem ser parte integrante das unidades com atendimento de HIV.

(recomendação condicional, qualidade da evidência muito baixa)

Recomendações existentes na integração de serviços de SSRD e HIV

REC A.4, A.5 e A.6: A descentralização do tratamento e assistência de HIV deve ser considerada como uma forma de incrementar o acesso e de melhorar a adesão ao tratamento:

- **iniciar TAR no hospital e mantê-la em outras unidades de saúde**
(recomendação forte, baixa qualidade de evidência)
- **iniciar e manter TAR em unidades de saúde periféricas**
(recomendação forte, baixa qualidade de evidência)
- **iniciar TAR em uma unidade de saúde periférica e mantê-la na comunidade**
(recomendação forte, qualidade da evidência moderada)

Recomendações existentes na transferência e compartilhamento de tarefas

REC A.7: Pessoal não especializado capacitado e supervisionado pode dispensar TAR a adultos, adolescentes e crianças que vivem com HIV.

(recomendação forte, qualidade da evidência baixa)

REC A.8: Pessoal clínico não médico, parteiras e enfermeiros podem iniciar TAR de primeira linha.

(recomendação forte, qualidade da evidência moderada)

REC A.9: Pessoal clínico não médico, parteiras e enfermeiros podem continuar e manter TAR de primeira linha.

(recomendação forte, qualidade da evidência moderada)

REC A.10: Trabalhadores comunitários capacitados e supervisionados podem dispensar TAR no período entre visitas clínicas regulares.

(recomendação forte, qualidade da evidência moderada)

Comentários

- Estas recomendações existentes foram integradas a esta guia desde a *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach, second edition* (Guias consolidadas sobre o uso de medicamentos antirretrovirais para tratamento e prevenção da infecção por HIV: recomendações para uma abordagem de saúde pública segunda edição) [7] da OMS em 2016.
- É importante assegurar que os provedores tenham treinamento apropriado, conforme descrito na guia, na medida em que o trabalho deles se relaciona com considerações especiais para mulheres que vivem com HIV.
- Maiores informações podem ser encontradas na publicação original em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/9789241549684_eng.pdf

NOVA Recomendações de boas práticas em integração de serviços

RBP A.4: Mulheres que vivem com HIV devem ter acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva e de atendimento ao HIV abrangentes, integrados e personalizados*.

RBP A.5: Mulheres que vivem com HIV devem ser incluídas no planejamento e na prestação desses serviços.

* Conforme definido na *Reproductive health strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets (Estratégia de saúde reprodutiva para acelerar o avanço em direção à consecução dos objetivos e das metas internacionais de desenvolvimento)* da OMS em 2004, serviços de SSRD abrangentes incluem o seguinte: melhorar os cuidados pré-natais, perinatais, pós-parto e aos recém-nascidos; eliminar o aborto inseguro; combater as infecções sexualmente transmissíveis, incluindo HIV e infecção do trato reprodutivo, câncer de colo do útero e outras morbidades ginecológicas e promover a saúde sexual (65).

Comentários

- Tanto os modelos de assistência local quanto modelos de integração aprimorados mostraram resultados positivos. Assim, o modelo de integração utilizado deve ser guiado pelo cenário de assistência e reduzir as barreiras existentes ao acesso.
- Uma gama completa de planejamento familiar e serviços de IST pode ser provida regularmente através da rotina de programas da assistência ao HIV, em vez de inscrição e início do tratamento exclusivamente.
- A integração de serviços precisa considerar o contexto de vida das mulheres, incluindo serviços relacionados à violência com base no gênero (VBG) e outras questões relativas à saúde.

i. Contexto

Integrar serviços de SSR e HIV pode melhorar os resultados de SSRD para mulheres. Tal integração reconhece a importância de se empoderar as pessoas no sentido de tomarem decisões informadas sobre sua SSR e reconhecer o papel vital que a sexualidade desempenha na vida das pessoas (72).

Serviços de planejamento familiar (PF) abrangentes e baseados em direitos são um componente central de pacotes de serviços de SSR e HIV que habilitam mulheres com HIV a buscar seus objetivos de fertilidade, incluindo o planejamento de gestações seguras, o espaçamento entre gestações desejadas e a prevenção de gestações indesejadas.

Uma lista de SSRD essenciais para mulheres que vivem com HIV está detalhada no Quadro 3.2. O fornecimento de TARV para mulheres que vivem com HIV também é parte do manejo clínico efetivo do HIV entre mulheres que buscam serviços de PF (7). Reforçar o acesso aos serviços ou a qualidade dos mesmos pode não ser o bastante para melhorar desfechos de saúde na ausência de um ambiente favorável seguro e solidário. É necessário incluir triagem e manejo de VBG e prevenção de estigma enquanto parte do fornecimento de serviços de PF. Não é jamais aceitável para um fornecedor coagir ou forçar uma mulher a evitar a concepção se ela não quiser isso. Uma mulher deve ser aconselhada sobre uma série completa de opções de planejamento de gravidez saudável ou de anticoncepção, de modo a apoiá-la a fazer escolhas voluntárias. Integrar serviços de PF e HIV tem sido uma abordagem para tornar mais acessíveis ambos os serviços para mulheres e casais que vivem com HIV.

A importância de se ligar as respostas de SSR com HIV e AIDS é hoje amplamente reconhecida. As ligações precisam ter uma base ampla, tratando não apenas o setor de saúde e o impacto direto na saúde, mas também determinantes estruturais e sociais que afetam tanto o HIV quanto a SSR. Há um consenso internacional acerca da necessidade de ligações efetivas entre respostas ao HIV e à SSR, incluindo recomendações para ações específicas nas esferas políticas, de sistemas e serviços (73).

Quadro 3.2: Serviços SSRD essenciais para mulheres que vivem com HIV

- Informação e aconselhamento para apoiar os direitos de mulheres no sentido de tomar decisões sobre reprodução, incluindo o planejamento de gestações desejadas e a prevenção de gestações involuntárias
- Gerenciamento clínico efetivo do HIV para melhorar a saúde independentemente da intenção de gestação
- Serviços e aconselhamento de planejamento de família baseados em direitos, incluindo anticoncepcionais e triagem e serviços de infertilidade
- Triagem e manejo de infecções sexualmente transmissíveis (IST)
- Resposta à violência baseada em gênero (VBG)
- Um ambiente livre de estigma e discriminação.

Fonte: The Inter-agency Task Team for Prevention and Treatment of HIV Infection in Pregnant Women, Mothers, and their Children (Equipe Operacional Intersetorial para Prevenção e Tratamento de Infecções por HIV em Gestantes, Mães e suas Crianças), 2012 (74).

ii. Barreiras

Mulheres que vivem com HIV que buscam assistência para HIV podem estar incapacitadas para acessar ou utilizar constantemente serviços de SSR devido a barreiras, incluindo falta de conscientização, distância, momento adequado, discriminação, VBG e outros. Isto pode aumentar desfechos adversos em SSR, incluindo gestações não planejadas, indesejadas ou inadequadamente espaçadas, IST não tratadas e outros. A natureza vertical de serviços de HIV em muitos países pode criar uma barreira para o fornecimento de métodos de PF dentro de cenários focados em HIV, em razão da falta de treinamento ou de habilidade, falta de suprimentos ou de sistemas de informação de saúde para conectar serviços.

iii. Componentes de um ambiente favorável

Assegurar acesso a uma ampla gama de escolhas em serviços de SSR fornecidos em um ambiente respeitoso e solidário é central para mulheres que vivem com HIV atingirem resultados de SSRD otimizados. Instalações de assistência à saúde podem criar um ambiente solidário que promova um bom nível de SSR.

iv. Resumo de evidências e considerações para a nova declaração de boas práticas

Enquanto as guias anteriores da OMS incluíram a integração de serviços de HIV e SSR (6), no desenvolvimento da presente guia duas revisões foram empreendidas para caracterizar a gama de modelos de integração de serviços SSR (serviços de IST e PF, respectivamente) com o tratamento do HIV que haviam sido avaliadas através de um grupo de comparação e para sintetizar as evidências sobre seus resultados positivos e negativos. No contexto destas duas revisões, a integração de SSR e HIV foi considerada do ponto de vista do fornecimento de serviços, e não na esfera política ou outros níveis. Serviços de SSR e HIV integrados poderiam incluir (i) serviços de IST, como testagem, tratamento e manejo de síndromes de IST; (ii) serviços de PF, incluindo informação, educação e comunicação (IEC), comunicação de mudança de comportamento (CMC), aconselhamento e avaliação; e/ou (iii) provisão de produtos, seja na unidade de atendimento ou através de encaminhamentos. As revisões incluíram uma ampla gama de resultados. Na revisão sobre integração de serviços de PF e HIV (75), resultados primários relatados pelos estudos revisados incluíram mudanças em necessidades não atendidas de PF, uso de métodos anticoncepcionais modernos, uso de métodos mais efetivos, uso de método moderno dual com preservativos, uso de anticoncepcional e taxas de gravidez involuntária. Resultados secundários incluíram conhecimento sobre métodos anticoncepcionais e atitudes relacionadas ao seu uso, relação custo-eficiência e satisfação com os serviços. Métodos anticoncepcionais modernos incluíram anticoncepcionais injetáveis hormonais, anticoncepcionais orais (pílula), dispositivos intrauterinos (DIU), implantes, esterilização feminina ou masculina e uso consistente de preservativos masculinos ou femininos. Métodos anticoncepcionais mais efetivos incluem todos os métodos modernos, exceto preservativos. Na revisão sobre integração de serviços de IST e HIV (76), os resultados incluíram assimilação de serviços de IST, IST (reinfecção), satisfação do cliente e qualidade do serviço bem como conhecimento e atitudes do provedor em serviços de IST para mulheres que vivem com HIV.

Baseado na revisão destas evidências, o GDG alcançou consenso sobre as novas declarações de boas práticas RBP A.4 e RBP A.5.

A assistência à saúde para mulheres e meninas que vivem com HIV, incluindo aquelas de populações-chave, deve ser fácil, economicamente acessível e disponível, com o fornecimento de serviços integrados de SSR. Os serviços precisam apoiar os direitos humanos de mulheres que vivem com HIV na integração e fornecimento de serviços para assegurar que seu consentimento informado seja respeitado, que seja disponibilizada a elas uma série completa de

opções de tratamento TARV e que elas não sejam submetidas a interrupções coercitivas de gravidez, esterilização coercitiva ou pressão para iniciar tratamento (77).

Considerações especiais para SSRD de jovens mulheres que vivem com HIV e usam drogas injetáveis são apresentadas no Quadro 3.3.

Quadro 3.3: Considerações especiais para SSRD de jovens mulheres que vivem com HIV e usam drogas injetáveis

Integration and service access:

- Torna-se muito difícil para os jovens que usam drogas injetáveis acessar serviços para tratar de TB, HIV, hepatite viral, SSR e outros aspectos de redução de danos, se os mesmos forem disponibilizados em unidades de atendimento separadas (78).
- Conforme relatado pela consulta Youth RISE, mulheres jovens que usam drogas injetáveis no Quirguistão disseram que serviços SSR eram importantes para elas, mas que se sentiam estigmatizadas quando os utilizavam (78).
- Mulheres grávidas que usam drogas injetáveis estão menos propensas que mulheres grávidas que não usam drogas injetáveis a ter acesso a assistência pré-natal e serviços para prevenção de transmissão perinatal do HIV, assim elas enfrentam maior risco de transmitir o HIV para seus recém-nascidos (79).
- Experiências negativas com serviços de saúde — tais como atitudes julgadoras de provedores, tratamento desrespeitoso aos jovens ou reconhecimento de falta de privacidade e sigilo — desencorajam jovens que usam drogas injetáveis a procurar os serviços de que necessitam. Em alguns países, uma atmosfera social conservadora torna mais difícil para os jovens, especialmente meninas e mulheres jovens, acessar serviços de SSR.

Considerações abrangentes sobre serviços para adolescentes que usam drogas injetáveis:

- Uma consideração primária deve ser concedida ao melhor interesse de adolescentes e crianças no planejamento e fornecimento de todos os programas e serviços para crianças que usam drogas injetáveis (incluindo serviços de HIV e SSR), de acordo com a Convenção de Direitos da Criança (80: Artigo 1) e outros tratados internacionais relevantes.

Valores e preferências

Em respostas à GVPS, mulheres que vivem com HIV expressaram que a assistência de saúde para mulheres e meninas que vivem com HIV devia ser facilitada, economicamente acessível e disponível, com provisão de serviços integrados de SSR. As participantes relataram experiência negativa em relação a escolhas contraceptivas: muitas foram informadas por provedores de serviços que deveriam usar apenas preservativos, outras foram coagidas ou forçadas a usar métodos contraceptivos de longa duração ou permanentes. Adicionalmente, estes métodos são às vezes condição para o recebimento de outros serviços, como aborto seguro e cuidados pós-aborto ou TARV. Apenas cerca da metade das mulheres pesquisadas relataram ter recebido suporte prático para concepção segura ou para realização de desejos de fertilidade, apesar de estes tópicos terem sido discutidos durante o contato com provedores de assistência à saúde durante 70% do tempo. Experiências de violência também foram relatadas como barreiras para ótimos resultados em SSRD.

Mulheres que vivem com HIV declararam que assistência e suporte solidários, holísticos e incondicionais e escolhas bem informadas deveriam ser oferecidas a todas as mulheres que vivem com HIV no contexto de serviços relacionados a desejos de gravidez e fertilidade e ao aproveitamento de uma sexualidade saudável. Participantes da pesquisa expressaram a necessidade de que gravidez e parto entre mulheres que vivem com HIV — assim como o direito a entrar em relações sexuais e casamento — se tornem “normais” nos serviços de saúde e dentro da comunidade como um todo, em vez de serem vistos como um desvio de conduta e um perigo. As mulheres querem estar aptas para escolher se revelam sua condição a seus parceiros e quando o fizerem se sentirem apoiadas para tanto.

Mulheres que vivem com HIV recomendam aprender com pares, compartilhar e aconselhar para facilitar acesso à informação, treinamento e conscientização em relação a riscos (de transmissão), segurança e prazer sexual (para elas mesmas e seus parceiros) e para promover a autoaceitação e autoconfiança. Mulheres que vivem com HIV precisam de acesso a preservativos masculinos e femininos, lubrificantes e outros produtos para adotar práticas sexuais seguras, além de habilidade para negociar a utilização destes (37).



3.2.5 Proteção contra violência e criação de ambiente seguro

Recomendações existentes sobre proteção contra violência e criação de segurança

REC A.11: Todas as mulheres que declarem ser vítimas de qualquer tipo de violência por parte de seu parceiro sexual (ou outro membro da família) ou abuso sexual por qualquer pessoa devem receber apoio imediato. Os integrantes da equipe de saúde devem oferecer, no mínimo, apoio de primeira linha* quando uma mulher denuncie uma situação de violência. Se não for possível oferecer apoio de primeira linha, então devem garantir que outra pessoa (na mesma unidade de saúde ou em outra próxima) esteja disponível para oferecê-lo. (recomendação forte, evidência indireta)

* Observação: O apoio de primeira linha inclui:

- Não julgar, manter-se solidário e apoiar tudo o que a mulher relatar
- oferecer assistência e apoio práticos que respondam às necessidades delas, sem ser intrusivo
- perguntar sobre seu histórico de violência, escutar atentamente, mas sem pressionar a falar (deve-se tomar cuidado ao discutir tópicos sensíveis se houver intérpretes envolvidos)
- auxiliá-la a acessar informação sobre recursos, incluindo serviços legais e outros que ela acredite serem úteis
- auxiliá-la a aumentar a segurança para si mesma e suas crianças, quando necessário
- oferecer ou mobilizar apoio social.

A equipe de saúde deve assegurar:

- que a consulta seja conduzida em forma privada
- confidencialidade, contudo, as mulheres devem ser informadas sobre os limites da confidencialidade (p. ex. quando relatórios forem compulsórios) (81).

REC A.12: A equipe de saúde deve perguntar sobre uma possível exposição a situações de violência por parceiros íntimos quando a avaliação das condições sugira que possam ter sido causadas ou complicadas pela violência para melhorar o diagnóstico/identificação e conseqüentemente o atendimento a ser prestado. (recomendação forte, evidência indireta)**

** Observação: Exemplos de condições clínicas associadas a violência perpetrada por parceiro íntimo (VPI):

- sintomas de depressão, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), transtornos de sono
- conduta suicida ou autodestrutiva
- uso de álcool e outras substâncias
- sintomas gastrointestinais crônicos inespecíficos
- sintomas reprodutivos clinicamente inexplicáveis, tais como dor pélvica, disfunção sexual
- resultados reprodutivos adversos, tais como múltiplas gestações involuntárias e/ou abortos, cuidados de gravidez tardios, desfechos adversos de nascimento
- sintomas genito-urinários inespecíficos, incluindo infecções vesicais e renais frequentes ou outras
- sangramento vaginal repetitivo e infecções sexualmente transmissíveis
- dor crônica (inespecífica)
- lesão traumática, particularmente se repetida e com explicações vagas ou implausíveis
- problemas com o sistema nervoso central — dores de cabeça, problemas cognitivos e perda de audição
- repetidas consultas de saúde sem diagnóstico claro
- parceiro ou marido intrusivo em consultas (81).

Recomendações existentes sobre proteção contra violência e criação de ambiente seguro (continuação)

REC A.13: A equipe de saúde (especialmente médicos, enfermeiros e parteiras) deve ser capacitada no local de trabalho e também nos níveis de formação para prestar apoio de primeira linha a mulheres que tenham sido vítimas de violência doméstica e abuso sexual).

(recomendação forte, qualidade da evidência muito baixa)

REC A.14: Deve-se oferecer às gestantes que declarem ser vítimas de violência doméstica aconselhamento sobre empoderamento de curto ou médio prazo (até 12 sessões) e defesa/apoio jurídico, incluindo um componente de segurança, oferecido por pessoal capacitado naquelas unidades de saúde que tenham capacidade para fazê-lo. Não se pode determinar até quando esta recomendação pode ser implementada depois da atenção pré-natal ou se é viável em países com ingresos médios ou baixos.

(recomendação condicional, qualidade da evidência)

REC A.15: A atenção a mulheres que estão em situação de violência doméstica ou abuso sexual deve, sempre que for possível, estar integrada aos serviços de saúde existentes e não ser um serviço isolado.

(recomendação forte, qualidade da evidência muito baixa)

REC A.16: Não se recomenda obrigar os integrantes da equipe de saúde a fazer a denúncia policial nos casos de violência doméstica. Entretanto, podem se oferecer para notificar as autoridades (incluindo a polícia) se a mulher solicita e está segura de seus direitos.

(recomendação forte, qualidade da evidência muito baixa)

Comentários

- Estas recomendações existentes foram integradas a estas guias a partir da publicação de 2013, *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines (Resposta à violência perpetrada por parceiro íntimo e à violência sexual contra as mulheres: Guias da OMS para a prática clínica e as políticas)* (81).
- Mais informações com relação a todas as recomendações existentes podem ser encontradas no documento original, disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf

Declarações de boas práticas existentes sobre proteção contra violência e criação de ambiente seguro

RBP A.6: Deve-se prevenir a violência contra pessoas integrantes das populações-chave e as ações devem ser organizadas conjuntamente com organizações de pessoas de populações-chave. Toda violência contra as pessoas das populações-chave deve ser monitorada e registrada e deve-se estabelecer mecanismos de reparação para garantir justiça.

RBP A.7: Deve-se oferecer serviços de saúde e apoio às pessoas das populações-chave que são vítimas de violência. As pessoas que foram vítimas de violência sexual devem ter acesso rápido a uma atenção abrangente pós-violação de acordo com as diretrizes da OMS.

RBP A.8: Os oficiais que aplicam a lei, as equipes de saúde e de serviço social precisam ser capacitadas para reconhecer e garantir os direitos humanos de populações-chave e devem ser responsabilizados se violam esses direitos, incluindo a aplicação de violência.

Comentários

- Estas declarações de boas práticas foram integradas a esta guia a partir da *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations – update (Guias consolidadas sobre prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados do HIV para populações-chave – atualização)* da OMS, 2016 (10).
- Populações-chave incluem mulheres que vivem com HIV.
- Mais informações com relação a todas as recomendações existentes acima podem ser encontradas no documento original, disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf

i. Contexto

A violência contra mulheres que vivem com HIV pode tomar várias formas, incluindo abuso físico, sexual e psicológico e comportamentos controladores por um parceiro íntimo (60). Estudos sugerem que a violência é fortemente associada com HIV; violência e HIV interagem, resultando em múltiplos resultados negativos. Importante para esta guia, a violência pode ser associada à condição HIV positiva de uma mulher (82). De acordo com estimativas da OMS, mulheres com HIV são ao menos uma vez e meia mais suscetíveis de experimentar violência que outras mulheres, o que pode acontecer em razão de a violência preceder a aquisição do HIV ou porque a aquisição e revelação diagnóstica do HIV resultaram em violência (83). Adicionalmente, as taxas de violência contra trabalhadoras do sexo e mulheres transgênero que vivem com HIV são altas (10) e estas taxas provavelmente são subestimadas, particularmente onde certas populações e atividades são criminalizadas, ou — no caso de pessoas transgênero — onde falta proteção legal. A violência também pode desafiar a capacidade de uma mulher que vive com HIV em tomar e executar decisões favoráveis à saúde relacionadas à vida sexual e reprodutiva, ou a acessar e utilizar serviços de SSR e HIV, incluindo TARV, ou a aderir a regimes de tratamento. Além disso, resultados psicológicos negativos decorrentes da violência podem inibir os cuidados consigo mesma (82). A violência também pode ser vivenciada em cenários de assistência de saúde, incluindo abusos físico experimentados por mulheres que vivem com HIV, atitudes agressivas de trabalhadores de saúde e uso institucional de violência, como esterilização coagida ou forçada e exclusão de outros serviços de saúde desejados, como apoio à fertilidade.

Durante o encontro para delimitação de escopo em janeiro de 2015, o GDG decidiu revisar questões específicas de violência relacionadas à revelação diagnóstica segura (veja REC B.4 a B.10, apresentadas no Capítulo 4, seção 4.2.1), mas decidiu não revisar outras recomendações existentes sobre questões relacionadas, visto que elas foram consideradas atuais e relevantes. Recomendações-chave existentes (REC A.11 a A.16) e declarações de boas práticas (RBP A.6 a A.8) para criação de ambiente seguro para mulheres que vivem com HIV estão incluídas nos quadros no início desta subseção e outras recomendações e orientações relacionadas estão disponíveis nos documentos referenciados.

ii. Barreiras

A violência contra mulheres que vivem com HIV é alimentada pelo desequilíbrio nas dinâmicas de poder de gênero e pelo preconceito e discriminação contra mulheres que vivem com HIV e mulheres de outras populações-chave afetadas. Além disso, múltiplos outros fatores influenciam a vulnerabilidade à violência, incluindo leis discriminatórias ou severas e práticas de policiamento, normas sociais e culturais que legitimam o estigma e a discriminação (10, 60). Em nível interpessoal, mulheres que vivem com HIV experimentam violência por parceiros íntimos ou de membros da família quando revelam sua condição de HIV + (veja também seção 4.2.1), e violência de profissionais da saúde, tais como atitudes e comportamentos agressivos e esterilização forçada (84).

iii. Componentes de um ambiente favorável

Esforços para tratar da violência contra mulheres que vivem com HIV devem envolver outros setores junto com o setor de saúde. Juntos, eles devem criar um ambiente favorável para promover bem-estar físico, sexual e emocional e segurança. Componentes cruciais para um ambiente favorável incluem: mecanismos para documentar e monitorar violência; treinar mulheres que vivem com HIV, profissionais de saúde e outras partes interessadas a entender direitos humanos; promover responsabilização de funcionários de justiça e profissionais de saúde para prevenção e resposta à violência e infrações de direitos humanos; e tratar de elementos estruturais que facilitam a violência, como desigualdade de gênero na tomada de decisão e acesso a recursos, normas sociais, leis e políticas injustas, e estigma e descriminalização (84). Em alguns cenários, a violência é disseminada para muitas mulheres. Enquanto ações apropriadas em relação à violência poderiam ajudar a melhorar a SSRD de todas as mulheres, atenção especial deve ser dada a mulheres que podem ser mais vulneráveis a estigma e exclusão, incluindo mulheres que vivem com HIV, assim como lésbicas, bissexuais e mulheres transgênero, as que usam drogas e as que praticam trabalho sexual

Alguns valores centrais devem acompanhar as intervenções para garantir segurança a mulheres que vivem com HIV e assim promover uma SSR de qualidade e a concretização de seus direitos. As seguintes medidas vão ajudar a criar um ambiente favorável para a segurança de mulheres que vivem com HIV:

- assumir uma abordagem de direitos humanos;
- colocar a segurança das mulheres em primeiro lugar e assegurar confidencialidade;

- assegurar que, no mínimo, esforços não causem danos — que estes esforços levem em consideração e previnam qualquer possível retaliação que possa resultar quando a violência é dirigida a parceiros, famílias e comunidades de mulheres;
- promover igualdade de gênero;
- tratar todas as pessoas com respeito; e
- facilitar a participação significativa de mulheres que vivem com HIV nos esforços para acabar com a violência e gerar segurança (84).

Prevenção de violência contra mulheres que vivem com HIV

É crucial que, sempre que possível, assim como no caso de todas as mulheres, a violência contra mulheres que vivem com HIV seja prevenida e a segurança, promovida. Isto inclui implementar intervenções na comunidade para transformar normas de gênero; conduzir treinamento para trabalhadores de saúde em questões econômicas e de gênero e HIV; promover leis e políticas para apoiar o empoderamento de gênero; e integrar intervenções de entrevista e aconselhamento motivacionais nos esforços pela redução de risco de HIV e testagem e aconselhamento de HIV (veja Quadro 3.4) (84).

Com relação ao papel da lei e de reformas de políticas para melhor proteger os direitos e a segurança de todas as mulheres, incluindo mulheres que vivem com HIV em toda a sua diversidade, isto pode incluir:

- ativismo para aumentar a conscientização de mecanismos de ouvidoria e ação disciplinar;
- condução de workshops de sensibilização para pessoas com papéis de destaque na comunidade (p. ex. agentes do governo, da polícia, mídia, trabalhadores de saúde e líderes religiosos);
- criação de espaços seguros;
- criação de mecanismos de alerta precoce e resposta rápida com o envolvimento de mulheres que vivem com HIV, trabalhadores de saúde e agentes de justiça.

Integrar representantes da comunidade nestes esforços também ajuda a criar canais de comunicação entre mulheres que vivem com HIV, funcionários civis e policiais (10). Infelizmente, práticas de aplicação de justiça podem aumentar o risco de violência enfrentado por mulheres que vivem com HIV, especialmente aquelas envolvidas em atividades que são criminalizadas ou sujeitas a sanções legais, como trabalho sexual ou uso de drogas. De fato, os próprios agentes da aplicação da lei podem ser os perpetradores de violência. Trabalhar com agentes da aplicação da lei envolve treinamento em direitos humanos de mulheres que vivem com HIV, assim como promover a responsabilização pela aplicação da lei baseada em direitos (10).

No contexto desta guia, que está dirigida ao setor de saúde, incidentes de desrespeito ou abuso de mulheres que vivem com HIV devem ser confrontados através de estratégias para eliminar qualquer forma de violência.

Quadro 3.4: Tratando da violência contra mulheres no contexto do HIV: uma ferramenta programática

Para ideias específicas promoverem um ambiente solidário melhorado no que tange à violência, veja a ferramenta programática: *16 Ideias for addressing violence against women in the context of the HIV epidemic* (84). São apresentadas ideias para:

- integrar serviços de atendimento à violência contra mulheres e serviços de HIV
- empoderar mulheres
- transformar normas culturais e sociais
- promover e implementar leis e políticas.

Apoio para pessoas que vivenciam a violência

Todas as mulheres que vivem com HIV que experimentarem abuso sexual ou violência por parceiro íntimo (VPI) e relatarem isto a um profissional de saúde em uma unidade de atendimento, devem receber apoio de primeira linha alinhado às guias da OMS para resposta à VPI e violência sexual (81). Adicionalmente, mulheres que experimentam abuso sexual devem receber cuidados pós-estupro, que incluem: anticoncepcionais de emergência; cuidados de aborto seguro e pós-aborto, conforme necessário, observando as disposições da lei; profilaxia pós-exposição para HIV (PPE) e triagem/teste para IST, imunização contra hepatite B; e cuidados e suporte psicossociais. Onde

necessário, elas devem ser encaminhadas ou receber a oferta de cuidados médico-legais, incluindo exame médico forense, de acordo com as guias da OMS (85, 86).

Nos serviços de testagem de HIV e aconselhamento, e especialmente para mulheres cujo resultado é positivo, provedores de assistência à saúde devem perguntar sobre o risco de VPI. Aquelas que revelarem VPI devem ser tratadas em suas necessidades clínicas mais urgentes, incluindo quaisquer ferimentos, recebendo apoio de primeira linha, suporte psicossocial, avaliadas quanto às condições de saúde mental e providas com cuidados de saúde mental de acordo com as guias clínicas e políticas da OMS para resposta a VPI e violência sexual (81) e recomendações do Programa Mundial de Ação para superar as lacunas em Saúde Mental – mhGAP) da OMS (87).

Também é importante monitorar e documentar incidentes de violência, tanto na forma de evidências para reivindicar direitos quanto para embasar o delineamento de programas. Documentar níveis de violência enfrentados por mulheres que vivem com HIV é frequentemente o primeiro passo para criar conscientização. A documentação desta violência deve ser executada eticamente, com o consentimento das mulheres e com cuidado para manter confidencialidade de modo a não comprometer a segurança delas.

Valores e preferências

A descoberta individual mais importante da GVPS foi que mulheres que vivem com HIV experimentam altos níveis de violência — que muitas delas definiram como “intolerável”. A vasta maioria das participantes da pesquisa, 89%, relataram que experimentaram violência ou temeram violência em um ou mais ambientes, desde seu diagnóstico, ou por causa dele. O diagnóstico de HIV age como gatilho específico para VPI e/ou violência de membros da família ou da comunidade, e também expõe as mulheres a novos “locais” de violência, em particular dentro dos locais de serviços de saúde. A

pesquisa revelou experiências frequentes de violência e violação de direitos dentro de locais de serviço de saúde com mulheres que vivem com HIV. Isto incluiu quebras de confidencialidade, onde trabalhadores de saúde revelaram a condição de HIV + de uma mulher, ou as próprias mulheres foram forçadas a revelar sua condição, particularmente no contexto de cuidados pré-natais. Estes tipos de incidentes constituem violação de direitos em si mesmos e também colocam mulheres em risco de VPI/violência doméstica. As mulheres também vivenciam redução de acesso a serviços de SSR, incluindo serviços de contracepção, cuidados de maternidade e obstetrícia, tratamentos de fertilidade e adoção. Muitas mulheres que participaram da pesquisa relataram apoio limitado ou nulo quanto à violência que vivenciaram e/ou “vitimização secundária” ou culpa quando tentaram acessar serviços de apoio ou reparação.

Participantes da pesquisa expressaram que a segurança para mulheres que vivem com HIV, incluindo aquelas de populações-chave afetadas, é primordial e precisa ser incorporada através de todos os sistemas e estruturas da resposta ao HIV, incluindo políticas e guias. Especificamente, estas mulheres demandaram:

- ambiente legal protetor, empoderamento econômico e segurança financeira;
- maior conscientização de seus direitos e as diferentes formas de VBG, de modo a permitir-lhes identificar, nomear e relatar violência quando isto acontecer;
- maior sensibilização de profissionais da saúde e servidores da segurança pública com relação aos direitos de mulheres que vivem com HIV;
- maior acesso a serviços de apoio de boa qualidade para todas as mulheres que experimentam VBG;
- mecanismos de denúncias e reparação efetivos;
- redução de estigma e proteção de direitos humanos dentro de serviços de saúde, incluindo mulheres que vivem com HIV pertencentes a populações-chave afetadas ou vulneráveis (veja também seção 3.2.6);
- fim às violações de direitos, incluindo testes compulsórios, revelação diagnóstica involuntária e esterilizações forçadas/coagidas;
- equipes de saúde que trabalhem além da esfera clínica e promovam ou forneçam ligações para programas baseados na comunidade;
- apoio para tratar da violência interpessoal; e
- opções para tratamento e apoio, como moradia segura, oportunidade de geração de renda, e outros (37).



3.2.6 Inclusão social e aceitação

Declarações de boas práticas existentes anti-estigma, anti-discriminação e políticas protetoras

RBP A.9: Os gestores de políticas públicas, parlamentares e outros líderes de saúde pública devem trabalhar conjuntamente com organizações da sociedade civil em esforços para monitorar o estigma, enfrentar a discriminação contra as pessoas das populações-chave e modificar normas punitivas legais e sociais.

Comentários

- Estas declarações de boas práticas foram integradas a esta guia a partir da *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations – update* OMS, 2016 (10).
- Aditivamente, um “facilitador crucial” deve ser ressaltado: “Os países devem trabalhar na direção de implementar e fazer cumprir leis antidiscriminatórias e protetoras, derivadas de padrões dos direitos humanos, para eliminar estigma, discriminação e violência contra pessoas de populações-chave” (10).
- Mais informações com relação às declarações de boas práticas acima podem ser encontradas no documento original, disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf

Declarações de boas práticas existentes em oferta amigável de serviços

RBP A.10: Os membros da equipe de saúde devem ser capacitados permanentemente e ser sensibilizados para garantir que possuem a capacidade, o conhecimento e entendimento necessários para prestar serviços a adultos e adolescentes de populações-chave baseados nos direitos que todas as pessoas têm à saúde, à confidencialidade e à não discriminação.

RBP A.11: Recomenda-se que os anticoncepcionais estejam ao alcance de todos, incluindo adolescentes, e que as leis e políticas públicas garantam o acesso das populações marginalizadas ou em desvantagem à anticoncepção.

Comentários

- Estas declarações de boas práticas foram integradas a esta guia a partir da *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations – update (Guias consolidadas sobre prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados do HIV para populações-chave – atualização)* da OMS, 2016 (10).
- Populações-chave incluem mulheres que vivem com HIV.
- Maiores informações podem ser encontradas em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/9789241549684_eng.pdf

i. Contexto

Mulheres que vivem com HIV frequentemente vivenciam e/ou temem violência na forma de estigma, discriminação e atitudes negativas de suas famílias, comunidades e trabalhadores de saúde. Tal estigma é comum em muitas comunidades de profissionais de saúde, centros de saúde e forças de segurança e justiça. Muitas vezes, tais estigmas e discriminações persistem com impunidade devido à falta de leis e políticas contra a discriminação e/ou disposições que criminalizam e impõem sanções a certos comportamentos, ações ou ocorrências, como práticas consentidas entre adultos de mesmo sexo, uso pessoal de drogas, trabalho sexual e transmissão ou exposição ao HIV.

ii. Barreiras

Os efeitos de tais estigmas relacionados ao HIV e a discriminação contra mulheres que vivem com HIV podem levar a uma má assimilação de serviços SRR e HIV e criar desafios à adesão à TARV (88, 89).

Embora o estigma frequentemente se manifeste no nível dos relacionamentos, dentro e além do setor de saúde o estigma e a discriminação podem tomar muitas formas. A falta de compreensão entre trabalhadores de saúde sobre as necessidades, prioridades, direitos, questões de saúde e intervenções apropriadas para mulheres que vivem com HIV deixam os provedores mal equipados para lidar com importantes problemas e prioridades de saúde, e isto perpetua práticas de estigmatização e discriminação, até o ponto de trabalhadores de saúde se recusarem a prestar serviços. Políticas que promovam ou não evitem práticas estigmatizadoras podem oficializar a discriminação. Por

exemplo, em vez de limitar as opções de PF de mulheres que vivem com HIV e que desejam evitar a gravidez, os programas deveriam oferecer todas as opções de anticoncepcionais e apoiar mulheres a escolher seu método de preferência.

Para mulheres que vivem com HIV, há frequentemente uma intersecção entre estigma relacionado ao HIV e estigma relacionado a outras identidades socialmente desfavorecidas, como a identificação de lésbica, bissexual ou transgênero, ter doenças mentais, usar drogas ou trabalhar em atividade sexual. Isto pode resultar em mais marginalização de mulheres destas comunidades que vivem com HIV e em complexas camadas de estigma, discriminação e violência (52).

iii. Componentes de um ambiente favorável

Esforços para reduzir estigma e discriminação em nível nacional, tais como promover anti-discriminação e políticas protetoras de direitos para todas as mulheres que vivem com HIV podem impulsionar um ambiente solidário em nível comunitário e interpessoal, particularmente no âmbito judicial e de assistência à saúde (90). As políticas alcançam o máximo da efetividade quando simultaneamente lidam com fatores individuais, institucionais e de políticas públicas que facilitam ou permitem estigma e discriminação (91). Dentro e fora do setor de saúde, os programas precisam instituir respostas favoráveis à segurança, incluindo políticas anti-estigma e anti-discriminação e códigos de conduta, assim como aumentar a conscientização entre provedores de serviços e membros de comunidades sobre questões de direitos humanos. Monitorar e supervisionar é importante para se assegurar que padrões sejam implementados e mantidos. Adicionalmente, mecanismos devem ser disponibilizados para mulheres que vivem com HIV poderem relatar anonimamente casos de estigma, atitudes negativas, linguagem ou perguntas ofensivas e/ou outras formas de discriminação quando tentam obter serviços de saúde.

Fornecendo serviços amigáveis para mulheres que vivem com HIV

É importante tornar serviços de saúde disponíveis, acessíveis e apropriados para mulheres que vivem com HIV, baseado nos princípios de ética médica, prevenção de estigma, não discriminação e o direito à saúde (22), adequando estes serviços às necessidades e prioridades delas (90). Intervenções e serviços para mulheres que vivem com HIV devem adotar princípios centrados na mulher, amigáveis para o paciente e baseados em direitos, prestando atenção particular à acessibilidade, à especialização e a atitudes dos membros da equipe de saúde.

O envolvimento significativo de colegas educadores na prestação de serviços pode ajudar a criar um ambiente seguro para mulheres que vivem com HIV de diferentes comunidades no sentido de acessar serviços. O apoio de colegas e da comunidade pode promover disposição para o tratamento, assimilação, adesão e retenção vitalícia à assistência; reduzir o estigma e a discriminação e mitigar a violência potencial derivada de revelações diagnósticas (77).

Normas sociais e tabus relacionados à saúde, orientação e identidade sexuais, gênero, sexualidade e saúde reprodutiva criam uma cultura de vergonha, culpabilização e silêncio. Mulheres que vivem com HIV em tais contextos podem se sentir isoladas e internalizar percepções negativas, resultando em problemas de saúde mental, como depressão e negligência de cuidados consigo mesmas. Adicionalmente, a falta de serviços de saúde que garantam a confidencialidade sem preconceitos constitui um obstáculo para mulheres que vivem com HIV obterem informação e produtos adequados às suas necessidades e preocupações de SSR. Espaços seguros (tanto dentro de centros de saúde quanto de serviços sociais) e ambientes respeitadores de confidencialidade e livres de estigma podem encorajar mulheres que vivem com HIV a acessar os serviços de que necessitam (10). Mais informações sobre treinamento e sensibilização de profissionais de saúde são oferecidas no Quadro 3.5.

Quadro 3.5: Treinamento e sensibilização de trabalhadores da saúde

Criar serviços de saúde inclusivos requer a sensibilização e educação de provedores e outros membros da equipe em serviços de assistência social e de saúde. Isto pode ser feito tanto em treinamentos prévios ou em serviço, através de apoio e supervisão no trabalho e pela criação de uma norma institucional de inclusão e não discriminação.

Atitudes: Provedores de assistência à saúde que trabalham com adultos e adolescentes de populações-chave devem ser apoiadores, não condenadores, receptivos e respeitosos e devem entender as questões enfrentadas por mulheres que vivem com HIV. Treinamento, com o envolvimento de representantes de populações-chave e grupos-chave, pode ser desenvolvido para sensibilizar e educar trabalhadores de saúde em questões específicas para mulheres que vivem com HIV, atitudes e práticas não discriminatórias, e direitos de populações-chave à saúde, confidencialidade, assistência não coercitiva e consentimento informado.

Qualificações: É importante que trabalhadores da saúde sejam capazes de responder a necessidades específicas de populações-chave e de prover serviços de qualidade, conhecer as intervenções, ferramentas e materiais disponíveis de modo a fornecer informação, poder aconselhar em estratégias de redução de risco de HIV e saber como apoiar adesão ao tratamento e retenção na assistência.

Melhorar e manter as atitudes e qualificações de provedores é um processo contínuo, constituído de múltiplos componentes, como eventos de treinamento formal, equipamentos, supervisão, acompanhamento de treinamento e tutoria. O treinamento multidisciplinar e ambientes de trabalho podem fortalecer ligações com provedores de bases comunitárias, de modo que encaminhamentos e seguimentos adequados estejam mais disponíveis. Particularmente onde há falta de força de trabalho, é importante que todos os provedores recebam treinamento específico em adolescentes, incluindo provedores leigos, para possibilitar a rotação de tarefas.

Fonte: OMS, 2016 (10).

Valores e preferências

Mulheres e meninas com HIV pertencentes a importantes populações afetadas — incluindo trabalhadoras do sexo, mulheres que usam/injetam drogas, lésbicas, bissexuais, mulheres que fazem sexo com mulheres, mulheres transgênero e mulheres com deficiências (entre outras) — enfrentam muitos desafios também comuns a mulheres e meninas em geral que vivem com HIV, baseados na desigualdade de gênero, suposições e estigma relacionado ao HIV, discriminação e violência. Contudo, normas de gênero e outras percepções da sociedade e valores podem também atuar dentro do contexto específico de suas vidas para criar barreiras sociais e estruturais adicionais ao acesso a serviços e reivindicação de direitos humanos. Ações para apoiar os direitos destas mulheres de populações-chave incluem:

- sensibilizar os trabalhadores da saúde e outros provedores de serviços sobre as necessidades e direitos específicos de mulheres de todas as idades que vivem com HIV, e particularmente aquelas que usam drogas, trabalham com sexo e/ou são lésbicas, bissexuais, transgênero ou intersexo, de modo a eliminar o estigma e a discriminação baseada na condição HIV+, uso de drogas, trabalho sexual, identidade de gênero ou idade;
- assegurar a continuidade de tratamento e cuidados holísticos para mulheres presas ou detidas;
- aumentar o acesso a serviços de redução de danos para mulheres que usam drogas;
- repelir leis que criminalizam a transmissão e exposição ao HIV e aquelas que criminalizam uso pessoal de drogas, trabalho sexual e práticas entre pessoas do mesmo sexo;
- assegurar que pessoas que ocupam cargos de poder vejam como parte de seu dever e papel a remoção de barreiras ao acesso a SSR para mulheres que vivem com HIV em toda a sua diversidade (37).



3.2.7 Empoderamento da comunidade

Recomendações existentes sobre mulheres que vivem com HIV e são trabalhadoras da saúde

REC A.17: Fornecer tratamento gratuito de HIV e tuberculose (TB) a trabalhadores da saúde que o necessitem, facilitando a prestação destes serviços em uma unidade que não estigmatize, que seja amigável a ambos sexos, que garanta a confidencialidade, e que esteja em um lugar de fácil acesso quando sua unidade não conte com clínicos e/ou não ofereça TAR, ou quando prefiram receber atendimentos em outra unidade.

(recomendação forte, evidência fraca)

REC A.18: Introduzir novas políticas ou reforçar as existentes para prevenir a discriminação de trabalhadores da saúde com HIV ou TB, e adotar intervenções que busquem reduzir o estigma entre colegas e supervisores.

(recomendação forte, qualidade da evidência moderada)

Comentários

- Estas recomendações existentes foram integradas a esta guia a partir da publicação de 2010 *Joint WHO/ILO Policy guidelines on improving health worker access to prevention, treatment and care services for HIV and TB* (Guias sobre políticas conjuntas da OMS/OIT para melhoria do acesso de trabalhadores da saúde à prevenção, tratamento e assistência a HIV e TB) (92). Estas guias tratam de importantes aspectos de se garantir que a orientação sobre os SSRD se aplique a mulheres que vivem com HIV que também são trabalhadoras da saúde.
- Nesta mesma publicação, também é observado que “apesar de trabalhadores da saúde estarem na linha de frente de programas HIV, eles mesmos frequentemente não têm acesso adequado a serviços de HIV” (92).
- Maiores informações podem ser encontradas na publicação original em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44467/1/9789241500692_eng.pdf

Recomendação de boas práticas existente sobre empoderamento da comunidade

RBP A.12: Deve-se implementar programas que ofereçam alfabetização legal e serviços legais às populações-chave de maneira que possam conhecer seus direitos e as leis que são aplicáveis a suas condições e que possam receber apoio do sistema judicial quando seus direitos são violados.

Comentários

- Estas declarações de boas práticas foram integradas a esta guia a partir da *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations – update* (Guias consolidadas sobre prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados do HIV para populações-chave — atualização) da OMS, 2016 (10).
- Populações-chave incluem mulheres que vivem com HIV.
- Maiores informações podem ser encontradas na publicação original em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246200/1/9789241549684_eng.pdf

i. Contexto

O empoderamento da comunidade se refere ao processo de capacitar comunidades para aumentar o controle sobre suas vidas (84). Algumas mulheres que vivem com HIV são líderes na promoção da SSRD entre mulheres que vivem com HIV. Vários programas de suporte a pares têm sido bem-sucedidos no fornecimento de competências de vida e espaços seguros para mulheres que vivem com HIV, assegurando segurança, construindo recursos e conectando mulheres com uma rede social de mentores e de modelos positivos de papéis, que são vistos por mulheres que vivem com HIV como essenciais para melhorar seus resultados de SSRD. De modo semelhante, o empoderamento de mulheres que vivem com HIV, incluindo um papel ativo na tomada de decisões sobre suas próprias saúdes, é crítico para bons desfechos de SSRD. As comunidades desempenham um papel importante tanto no desenvolvimento de políticas baseadas em evidências, através do compartilhamento de evidências geradas na comunidade, quanto na garantia de uma implementação efetiva de políticas nacionais e assimilação de serviços.

ii. Barreiras

Mulheres que vivem com HIV frequentemente têm pouco ou nenhum controle sobre fatores de risco associados à SSR agravados por seu âmbito legal, político e social e o contexto de suas vidas pessoais. Por exemplo, elas podem não ter o poder de negociar o uso consistente de preservativos para prevenir uma gravidez não desejada ou IST. Esta falta de empoderamento é exacerbada se as mulheres não estão conscientes de seus direitos legais e humanos, especificamente seus direitos à saúde, e desinformadas sobre o que fazer se estes direitos são violados.

iii. Componentes de um ambiente favorável

O empoderamento da comunidade é um processo coletivo que permite às mulheres que vivem com HIV lidar com restrições estruturais à saúde, direitos humanos e bem-estar; criar mudanças sociais, econômicas e de comportamento e melhorar o acesso a serviços de saúde. O empoderamento da comunidade pode fomentar o alcance mais amplo e a maior efetividade de serviços para mulheres com HIV e o surgimento de respostas positivas a um grande número de problemas, como condições de moradia, desenvolvimento de estratégias para intervenções de SSR e retificação de violações dos direitos humanos. O empoderamento da comunidade pode tomar muitas formas, como a participação significativa em projetar, tomar decisões, monitoramento de serviços, educação de colegas e pares, implementação de programas de conhecimento de legislação e serviços e no fomento de grupos liderados por colegas e pares, programas, pesquisas e fornecimento de serviços (10).

Mulheres que vivem com HIV formam uma comunidade muito diversa e heterogênea. Em razão disto, para serem efetivas, as intervenções em saúde devem levar em conta esta diversidade assim como os âmbitos legais, políticos, sociais e de saúde nos quais mulheres com HIV estão vivendo. Esta flexibilidade, capacidade de resposta, adaptabilidade e sustentabilidade são também fundamentais para iniciativas de empoderamento de comunidades.

Políticas sobre o acesso a serviços de saúde e informação precisam ser melhoradas. Assegurar que mulheres que vivem com HIV estejam conscientes de seus direitos legais e humanos enquanto indivíduos – especificamente que seu direito à saúde inclui o direito à informação – pode melhorar o acesso a serviços de saúde. Uma vez que mulheres que vivem com HIV são frequentemente o alvo de exploração, marginalização, criminalização, estigma e discriminação, programas são particularmente necessários para assegurar que conheçam seus direitos legais e humanos, incluindo leis de proteção aplicáveis e onde e como obter serviços legais e reportar violações de direitos. Conhecimentos de saúde, educação sexual e programas de apoio podem melhorar a conscientização (93). Se melhor informadas, redes de mulheres com HIV podem melhor organizar seus direitos e aumentar a conscientização sobre seus direitos, prioridades e políticas e questões legais que as afetam crucialmente (90, 94, 95). Mais informações sobre leis e políticas de apoio são oferecidas na seção 3.2.8.

Valores e preferências

Participantes da pesquisa repetidamente se referiram aos benefícios de se conectarem com outras mulheres que vivem com HIV como fundamentais para suas habilidades de aceitar seu diagnóstico e condição sorológica, revelar isso a outros, lidar com questões de saúde mental, entender seus direitos, aproveitar relacionamentos sexuais e tomar decisões positivas sobre gravidez e parto, entre outras coisas. O apoio de pares também foi citado como importante para a identificação e busca por reparação por experiências de violência e outras violações de direitos humanos. As participantes expressaram a necessidade de investimento em redes e organizações de mulheres que vivem com HIV para prover apoio de pares, espaços seguros e aconselhamento, assim como treinamento para liderança e ativismo para desafiar barreiras estruturais, incluindo desigualdade de gênero, estigma, discriminação e normas culturais (37).



3.2.8 Leis e políticas públicas solidárias e acesso à justiça

Recomendações de boas práticas existentes sobre descriminalização e condenação relacionadas ao HIV

RBP A.13: Os países devem trabalhar para descriminalizar comportamentos como o uso de drogas, (injetáveis ou não), o trabalho sexual, relações sexuais entre pessoas do mesmo sexo, a não conformação com a identidade de gênero e buscar eliminar a aplicação injusta das leis e regulamentos civis contra pessoas que usam drogas, trabalhadores sexuais, homens que tem relações sexuais com outros homens e pessoas transgênero.

RBP A.14: Os países devem trabalhar para encontrar alternativas para o encarceramento de usuários de drogas, trabalhadores sexuais e pessoas que tem relações sexuais com pessoas do seu mesmo sexo.

Comentários

- Estas recomendações se aplicam a mulheres que vivem com HIV que usam/injetam drogas, praticam trabalho sexual e atividades sexuais com pessoas do mesmo sexo e que são transgênero. Foram integradas a esta guia a partir da *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations – update WHO, 2016 (Guias consolidadas sobre prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados do HIV para populações-chave – atualização), 2016 (10)*.
- Maiores informações podem ser encontradas na publicação original em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246200/1/9789241549684_eng.pdf

Declarações de boas práticas existentes em políticas sobre idade de consentimento e leis para adolescentes

RBP A.15: Os países devem ser estimulados a examinar suas políticas atuais de legalização e considerar fazer uma revisão para reduzir as barreiras relacionadas à idade para ter acesso a serviços de HIV e empoderar a equipe de saúde para agir de forma a atender os melhores interesses dos adolescentes.

RBP A.16: Recomenda-se que os serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo a informação e os serviços de anticoncepção, sejam prestados às adolescentes sem a autorização de seus pais ou tutores seja obrigatória.

Comentários

- Estas declarações de boas práticas, que são relevantes para meninas adolescentes que vivem com HIV, foram integradas a esta guia a partir da *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations – update WHO, 2016 (Guias consolidadas sobre prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados do HIV para populações-chave – atualização) OMS, 2016 (10)*.
- Maiores informações podem ser encontradas na publicação original em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246200/1/9789241549684_eng.pdf

Recomendação de boas práticas existentes sobre pessoas transgênero

RBP A.17: Os países devem trabalhar para desenvolver políticas e leis que descriminalizem os comportamentos sexuais entre pessoas do mesmo sexo e de não conformidade com a identidade de gênero.

RBP A.18: Os países devem trabalhar para o reconhecimento legal de pessoas transgênero.

RBP A.19: O reconhecimento legal do gênero e do nome preferidos pelas pessoas transgênero pode ser muito importante para reduzir o estigma, a discriminação e a ignorância sobre as variantes de gênero. Esse reconhecimento por parte dos serviços de saúde pode melhorar o acesso, a incorporação e a oferta de serviços de atendimento ao HIV.

Comentários

- Estas declarações de boas práticas, que são relevantes para mulheres transgênero que vivem com HIV, foram integradas a esta guia a partir da *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations – update WHO 2016 (Guias consolidadas sobre prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados do HIV para populações-chave – atualização) OMS 2016, (10)*.
- Maiores informações podem ser encontradas na publicação original em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246200/1/9789241549684_eng.pdf

i. Contexto

Muitos países assinaram compromissos legais vinculantes com alguns acordos internacionais e documentos de consenso para proteger as necessidades e direitos de pessoas que vivem com HIV. Contudo, na prática, muitas leis e políticas não estão alinhadas com normas e padrões dos direitos humanos internacionais. Por exemplo, muitos países criminalizam a transmissão não intencional de HIV ou não têm leis para proteger mulheres que vivem com HIV de violência sexual. Ademais, mesmo onde existem boas leis, elas precisam ser implementadas através de compromisso político, alocação de recursos adequada, reforço de capacidades daqueles responsáveis por defender e fazer cumprir a lei e a criação de sistemas de responsabilização quando leis são violadas.

ii. Barreiras legais

Frequentemente, em vez de facilitar o acesso para mulheres e meninas que vivem com HIV, leis e políticas em nível nacional restringem este acesso e em alguns casos impõem sanções punitivas. Sessenta e seis por cento dos países reportam terem leis, regulamentações e políticas que representam barreiras a serviços efetivos de HIV para muitas mulheres que vivem com HIV (96). Especificamente, mais de 100 países criminalizam algum ou vários aspectos do trabalho sexual.

Apesar de viver com HIV não ser em si mesmo um indicativo de transmissão sexual da infecção, pessoas são frequentemente discriminadas em razão de sua condição HIV positiva com base na presunção de atividade sexual que frequentemente é considerada socialmente inaceitável (23). A criminalização da não revelação diagnóstica do HIV, a exposição ao HIV e a transmissão do HIV tornam mais difícil para mulheres que vivem com HIV terem chance de relacionamentos sexuais saudáveis (97). A transmissão de HIV tem sido criminalizada de várias maneiras e as mulheres são particularmente afetadas por estas leis porque elas frequentemente descobrem que são HIV positivas antes que seus parceiros saibam, dado que são mais propensas a acessar serviços de saúde. Órgãos de direitos humanos fizeram um apelo aos países para que garantam que a condição de saúde real ou percebida de uma pessoa, incluindo a condição de HIV positiva, não seja uma barreira para a concretização dos direitos humanos. Quando a condição de HIV positiva é usada como base para um tratamento diferenciado em relação à assistência de saúde, educação, emprego, viagens, seguridade social, moradia e asilo, isto equivale a restringir os direitos humanos e constitui discriminação (98).

Adicionalmente, pessoas transgênero não são legalmente reconhecidas em muitos países e enfrentam políticas restritivas que regulam sua identidade e expressão de gênero (96). Em muitos cenários, políticas punitivas de uso de drogas acarretam punições severas para a posse de pequenas quantidades de drogas para uso pessoal e, em alguns cenários, políticas determinam a detenção compulsória como “tratamento” para pessoas que usam ou injetam drogas (96). Para mulheres que vivem com HIV em muitas prisões e outros ambientes fechados, serviços de SSR e HIV estão abaixo do padrão ou completamente ausentes.

Enquanto as leis variam, adolescentes menores de 18 anos são legalmente classificados como menores em muitos cenários ou jurisdições e desta maneira são frequentemente requisitados a ter consentimento familiar para assistência médica, incluindo serviços relacionados a SSR e HIV. Tais leis e políticas podem ser barreiras ou podem desencorajar adolescentes a buscar serviços (64). Estas restrições podem criar dilemas complexos para provedores que se esforçam por atuar no melhor interesse de seus clientes, mas podem ter receios sobre sua própria responsabilização legal ou sobre a segurança de seus jovens clientes.

iii. Componentes de um ambiente favorável

Leis e políticas podem ajudar a proteger os direitos humanos de mulheres em relação ao HIV – tanto aquelas que vivem com HIV quanto aquelas em risco de adquirir HIV. Reformas legais – como a descriminalização do uso de drogas e práticas sexuais, incluindo trabalho sexual e sexo consentido entre adultos, reconhecimento legal do status de transgênero e da progressiva capacidade de crianças/adolescentes – são facilitadores cruciais que podem mudar um ambiente hostil a mulheres que vivem com HIV em direção a um ambiente solidário. Considerações específicas devem ser dadas a tais reformas legais enquanto parte de qualquer revisão de políticas ou programas para mulheres que vivem com HIV. Por exemplo, em muitos países, a posse, uso e venda de agulhas e seringas limpas ou a posse de preservativos permanecem sendo justificativas para detenção. Onde estes casos se aplicam, justifica-se uma revisão.

Leis e políticas que não criminalizem HIV são essenciais para apoiar os SSRD de mulheres que vivem com HIV e, de fato, a todas as pessoas que vivem com HIV e sofrem seu impacto.

Apoiar a saúde e o bem-estar de mulheres que vivem com HIV, cujas práticas sexuais, uso de drogas, expressão de gênero ou orientação sexual são correntemente criminalizadas pode requerer mudanças na legislação e adoção de novas políticas e leis de proteção em acordo com padrões internacionais de direitos humanos. Sem políticas protetoras e descriminalização de transmissão e exposição ao HIV, trabalho sexual, posse de drogas e práticas de mesmo sexo, as barreiras para acessar serviços de saúde essenciais permanecerão; muitas mulheres que vivem com HIV podem temer que a busca por cuidados de saúde as exponha a consequências legais adversas (99).

Melhorando o acesso a suporte legal e de justiça para mulheres que vivem com HIV

Políticas e procedimentos são necessários para assegurar que mulheres que vivem com HIV possam com segurança denunciar violações de direitos tais como discriminação, violações de consentimento informado, violações de confidencialidade médica e recusa de oferecer serviços de saúde. Por exemplo, mulheres que vivem com HIV podem ser treinadas como paralegais ou uma rede de mulheres que vivem com HIV pode servir como relatora de reclamações de terceira parte. Quanto à violência contra mulheres e outras violações de direitos, a consideração mais importante na facilitação do acesso de mulheres à justiça deve ser segurança, confidencialidade, escolha e autonomia nos termos de se uma mulher quer ou não denunciar sua experiência de violência à polícia. Provedores de assistência à saúde devem facilitar o acesso à justiça oferecendo apoio à mulher caso ela deseje apresentar queixa na polícia e encaminhá-la a exame médico forense e coleta de evidências, de acordo com orientações da OMS (100). Contudo, a denúncia não pode ser compulsória.

Aplicação da lei

A aplicação da lei pode desempenhar um papel importante ao assegurar que os direitos humanos de mulheres que vivem com HIV não sejam violados. A polícia deve receber treinamento contínuo sobre maneiras de apoiar – ou ao menos não impedir – acesso a serviços de saúde essenciais. Sistemas para promover práticas de bom policiamento e prover caminhos seguros para a denúncia de violações de direitos humanos ajudará a assegurar que a polícia está protegendo tanto a saúde quanto os direitos humanos de todas as pessoas. Como mencionado anteriormente, infelizmente, práticas de aplicação da lei e de seus agentes podem também prejudicar mulheres que vivem com HIV. Agentes de segurança e justiça devem promover os direitos humanos de mulheres que vivem com HIV, assim como a responsabilização interna para uma força de segurança e justiça baseada nos direitos (10).

Acesso a serviços de SSR e HIV para mulheres que vivem com HIV em prisão ou detenção

Há mais de 10 milhões de homens e mulheres em prisões e outros ambientes fechados, com uma rotatividade de cerca de 30 milhões movendo-se entre a prisão e a comunidade. Globalmente, estima-se que a prevalência de HIV, outras IST, hepatite B e C e TB em populações encarceradas seja entre 2 a 10 vezes maior do que entre a população em geral. Somado a comportamentos de risco de HIV na prisão (p. ex. atividades sexuais inseguras, uso de drogas injetáveis e tatuagens), fatores relacionados à infraestrutura da prisão, administração da prisão e o sistema de justiça criminal contribuem para um maior risco de contrair HIV, hepatite B e C e TB em prisões. Em razão de condições de encarceramento, incluindo a superlotação, a violência sexual, o uso de drogas e a falta de acesso à produtos de prevenção de HIV, como preservativos e lubrificantes, o risco de transmissão é muito alto. Em alguns ambientes, as taxas de prevalência de HIV são maiores entre mulheres em prisões do que entre homens e muito mais altas que entre mulheres da população em geral (10).

O acesso a programas de tratamento e assistência ao HIV é frequentemente escasso em prisões e outros ambientes fechados. Poucos países implementam programas de HIV abrangentes em prisões. Não há apenas necessidade destes serviços dentro das prisões e outros ambientes fechados, precisa-se também que ligações com serviços de HIV na comunidade sejam mantidas depois que uma pessoa é liberada da prisão.

Valores e preferências

Mulheres que vivem com HIV que responderam à GVPS reportaram que leis que criminalizam certas práticas agem como um desincentivo a se buscar teste HIV e serviços de SSR e HIV e também minam esforços de mulheres que vivem com HIV para proteger sua própria saúde e a de outros. Elas expressaram que um âmbito jurídico solidário aprimora a capacidade de mulheres que vivem com HIV de acessar serviços que favorecem suas próprias saúdes e direitos, e que também as capacitam a proteger seus parceiros e crianças de transmissão posterior do HIV. Ao contrário, leis e políticas punitivas que criminalizam a exposição e transmissão do HIV, uso de drogas, trabalho sexual e atividades sexuais com pessoas do mesmo sexo entre adultos com mútuo consentimento não apenas são um empecilho ao acesso de mulheres a serviços de SSRD e HIV como também as colocam como ameaça a outros e como algo a ser temido, entrincheirando deste modo estigmas existentes e a discriminação na comunidade. Participantes da pesquisa pediram a descriminalização da exposição/ transmissão do HIV assim como do trabalho sexual, uso de drogas e atividades sexuais com pessoas do mesmo sexo. Ao mesmo tempo, pediram reforço de leis para proteger todas as mulheres – incluindo mulheres que vivem com HIV – de todas as formas de violência, incluindo estupro conjugal ou em relação ocasional, assim como leis e políticas para proteger e preservar os direitos de pessoas que vivem com HIV.

Leis, políticas e práticas devem ser revistas e, onde necessário, revisadas por formuladores de políticas e líderes governamentais, com engajamento significativo de mulheres que vivem com HIV, para permitir e apoiar seu maior acesso a serviços (37).



Capítulo 4. Intervenções em saúde: recomendações e recomendações

Este capítulo cobre intervenções de saúde relacionadas à saúde sexual e reprodutiva e direitos de mulheres que vivem com HIV, agrupadas em seis tipos de serviços, apresentados na seguinte ordem:

1. serviços de aconselhamento e apoio em saúde sexual
2. serviços de atendimento à violência contra as mulheres
3. serviços de planejamento familiar e fertilidade
4. serviços de cuidados pré-natais e saúde materna
5. serviços de aborto seguros e
6. serviços para infecções sexualmente transmissíveis (IST) e de câncer de colo de útero.

Cada uma destas seções apresenta aqui recomendações (REC) novas ou existentes e declarações de boas práticas (RBP) existentes, assim como informação contextual sobre cada tipo de serviço. No caso das NOVAS REC, um resumo de evidências e considerações sobre as RBP também é apresentado. O Grupo Orientador de Guias (SG) da OMS que trabalhou no desenvolvimento desta guia identificou oito tópicos onde é preciso desenvolver novas REC ou RBP para esta guia (veja Capítulo 2, seção 2.4). Quatro daqueles tópicos estão cobertos neste capítulo – sob os tópicos 1, 2, 4 e 5, conforme listado acima – enquanto que os outros quatro são tratados no Capítulo 3. As seis novas REC incluídas nesta guia estão apresentadas em quatro subseções deste capítulo (e rotuladas como “NOVAS”): 4.1.1 Empoderamento e autoeficácia; 4.2.1 Revelação diagnóstica segura; 4.4.1 Cesariana; e 4.5.1 Aborto seguro. Descobertas relevantes da Pesquisa de Valores e Preferências Globais (GVPS) sobre as prioridades das mulheres que vivem com HIV também são apresentadas em cada nova subseção e incorporadas nas informações oferecidas com as novas RBP.

4.1 Aconselhamento e apoio em saúde sexual

4.1.1 Aconselhamento e apoio em saEmpoderamento e autoeficácia

NOVA Recomendação sobre empoderamento e autoeficácia

REC B.1: A OMS recomenda oferecer intervenções geradoras de autoeficácia e empoderamento sobre saúde sexual e reprodutiva a todas as mulheres que vivem com HIV para maximizar sua saúde e para garantir todos seus direitos.

(recomendação forte, baixa qualidade de evidência)

Comentários

- Estas intervenções devem envolver significativamente mulheres que vivem com HIV em todas as etapas do processo de desenvolvimento, implementação e avaliação, incluir consultas e envolvimento durante o planejamento, projeto, fornecimento e monitoração das intervenções. Este engajamento vai aumentar a relevância, aceitabilidade e, possivelmente, a acessibilidade e efetividade das intervenções. Contudo, a responsabilidade por prover estas intervenções está com o sistema de saúde e não recai somente sobre mulheres que vivem com HIV.
- Mulheres que vivem com HIV, incluindo aquelas de populações-chave, podem precisar de considerações especiais para superar camadas extras de desempoderamento, marginalização e exclusão, resultantes de formas entrelaçadas de estigma, discriminação e violência – frequentemente legitimadas por leis que as criminalizam ou falham em protegê-las.
- Os desequilíbrios de poder e desigualdades que fazem com que mulheres que vivem com HIV não sejam capazes de exercer seus direitos sexuais e reprodutivos operam em múltiplos níveis. As mulheres devem não apenas ser apoiadas no nível individual para desenvolver autoeficácia e empoderamento, mas as intervenções devem também ser consideradas nos níveis interpessoal, comunitário e social para mudar essas normas. Apoiar mulheres a obter acesso a comida, moradia e outros recursos econômicos pode alavancar suas capacidades para tomar decisões e exercer seus direitos. O Capítulo 3 desta guia discute o empoderamento econômico (veja seção 3.2.3).
- Mais ideias para o empoderamento de mulheres que vivem com HIV estão disponíveis na ferramenta de programação *16 Ideas for addressing violence against women in the context of the HIV epidemic (16 Ideias para tratar da violência contra as mulheres no contexto de epidemia do HIV) (84)*.

i. Contexto

Mulheres que vivem com HIV frequentemente experimentam normas desiguais de gênero e desequilíbrios de poder que impedem suas capacidades de alcançar metas de saúde sexual e reprodutiva (SSR) e exercer seus direitos. As barreiras que enfrentam incluem acesso limitado a serviços de saúde, limitada capacidade de iniciativa dentro de sistemas de saúde e desempoderamento em suas interações com parceiros sexuais e outros membros de sua comunidade. Mulheres que vivem com HIV frequentemente enfrentam múltiplas camadas de desempoderamento, incluindo normas de gênero que as impedem de participar na tomada de decisões, assim como estigma e marginalização que acompanham sua condição HIV-positiva. Estes desafios influenciam os comportamentos e escolhas de SSR de mulheres que vivem com HIV. Serviços de assistência à saúde e trabalhadores da saúde podem apoiar mulheres a alcançar bons desfechos de SSRD através de intervenções de empoderamento e autoeficácia. Estratégias focadas no empoderamento de mulheres têm o potencial de impactar positivamente suas qualidades de vida, suas autonomias, suas saúdes e as saúdes de suas crianças e famílias.

ii. Resumo de evidências e considerações para a nova declaração de boas práticas

Durante o encontro de definição de escopo, em janeiro de 2015, o Grupo de Desenvolvimento de Guia (GDG) decidiu que a melhoria da autoeficácia e do empoderamento devia ser revisada. A pergunta PICO (população, intervenção, comparador, desfecho) foi: **Que intervenções melhoram a autoeficácia e empoderamento em torno de sexo seguro e tomada de decisão sobre reprodução para mulheres que vivem com HIV?** A autoeficácia é definida como “uma convicção do indivíduo sobre sua capacidade de pôr em prática comportamentos para produzir objetivos específicos de performance” (101). O empoderamento é definido como o “processo de aumentar a capacidade de indivíduos ou grupos de tomarem decisões e transformarem estas decisões em ações e resultados desejados” (102). A revisão sistemática relevante conduzida para apoiar o desenvolvimento desta guia incluiu estudos com grupos comparativos, derivados de uma busca na literatura

cinzenta e na literatura revisada por pares sobre mulheres que vivem com HIV com idades de 10 anos ou mais. Os resultados de interesse incluíram autoeficácia, empoderamento ou outras medidas sobre a capacidade de uma mulher de tomar sua própria decisão sobre SSR, comportamentos de SSR e desfechos de SSR, como p. ex. doenças sexualmente transmissíveis (DST), gravidez e outros (103).

Resultados

A revisão encontrou 20 estudos (17 estudos controlados randomizados [ECR]), dois estudos quase experimentais e um estudo caso-controle pareado), avaliando 10 intervenções e adaptações internacionais de intervenções em cinco países: Nigéria, África do Sul, EUA, Zâmbia e Zimbábue. As intervenções foram administradas a indivíduos ou pequenos grupos, durante discussões ou sessões de aconselhamento sendo um módulo com auxílio de computador. O conteúdo e fornecimento das intervenções variou entre os estudos. As intervenções incluíram entre 2 e 11 sessões e cobriram tópicos como: orgulho de gênero, uso de rede social de apoio, comportamentos de risco de transmissão de HIV, comunicação e negociação de sexo seguro, uso de preservativos, manejo de relações abusivas, metas e valores, prevenção de transmissão perinatal, nutrição e adesão ao tratamento. Cada uma das intervenções foi baseada em uma abordagem ou quadro teórico, incluindo manejo de estresse comportamental cognitivo, teoria cognitiva social, a teoria do poder de gênero, a teoria da ação racional, entrevista motivacional e fases de mudança. Provedores de intervenção incluíram enfermeiras, psicólogos e educadores pares.

Havia um amplo leque de desfechos de interesse para este tópico (veja Anexo 3), incluindo os desfechos relevantes reportados nos estudos onde incidência de DST, uso de preservativo, uso de contraceptivos, autoeficácia em negociação de uso de preservativo, autoeficácia em comunicação sexual e equilíbrio de poder dentro do relacionamento. A incidência de DST foi medida em dois estudos usando o mesmo conjunto de intervenções, adaptadas para diferentes cenários. Diminuições estatisticamente significativas foram observadas em clamídia, gonorreia e tricomoníase. Resultados para vaginose bacteriana não foram significativos. Os estudos usaram medidas variáveis para o uso de preservativos, mas geralmente encontraram aumento ou ausência de mudança, com altas taxas de uso relatado. Embora as evidências tenham sido inconsistentes, vários estudos encontraram melhorias no uso de preservativos e autoeficácia de negociação, assim como melhorias no equilíbrio de poder dentro da relação.

Danos ocasionados pelas intervenções não foram avaliados. O objetivo primário de muitas das intervenções foi redução de risco sexual, mas o empoderamento ou autoeficácia foi frequentemente incluído como objetivo secundário ou como abordagem para alcançar o objetivo primário. Destaca-se a necessidade de mais estudos comparativos para avaliar intervenções com foco no empoderamento de mulheres que vivem com HIV para o alcance de boa SSR, o que inclui sexualidade saudável, planejamento familiar, cuidados pré-natais, evitar DST e abortos inseguros e liberdade para exercer direitos sexuais e reprodutivos.

Qualidade das evidências para recomendação

A qualidade das evidências é baixa. O GDG rebaixou o grau das evidências devido à inconsistência, na medida em que os estudos mostraram desfechos mistos para uso de preservativo e outros contraceptivos, além de imprecisão, por causa do baixo número de eventos incluídos nos estudos. As variações nos tópicos de intervenções, provedores, momento oportuno e objetivos pode explicar a variação nas estimativas. Não foi possível avaliar a consistência de todos os resultados, na medida em que alguns foram medidos por apenas um estudo.

Fundamentação para a força e direção das recomendações

Embora as evidências sejam limitadas, a autoeficácia e o empoderamento são de importância central para mulheres que vivem com HIV, conforme indicado pelas descobertas da Pesquisa de Valores e Preferências Globais (GVPS) (37). Há argumentos oriundos de múltiplos campos de pesquisa sinalizando que a dinâmica de poder afeta desfechos de saúde, particularmente para grupos vulneráveis e assim o GDG colocou um alto valor na autoeficácia e empoderamento. O GDG discutiu se devia fazer da REC B.1 uma recomendação forte ou

condicional. De modo a obter uma ideia inicial da visão dos membros do GDG, o metodologista pediu aos participantes para levantarem suas mãos em apoio a cada opção em separado. Este não foi um voto formal, mas um auxílio para a tomada de decisão que permitisse ao metodologista e aos dirigentes a avaliação da distribuição de opiniões e subsequentemente trabalhar para chegar a um consenso através de discussões suplementares. A adoção final da REC B.1 como forte foi confirmada por consenso unânime entre todos os membros do GDG.

Viabilidade

Havia 10 programas diferentes, com adaptações múltiplas e internacionais implementadas em cinco países, indicando viabilidade inicial. Alguns trabalhadores de saúde, como educadores pares, podem ser mais capazes de implementar intervenções que outros, com base em treinamento e recursos.

Valores e preferências

Respondendo à GVPS, mulheres que vivem com HIV levantaram um grande número de questões relacionadas a igualdade de gênero e justiça social. As participantes disseram que a iniciativa e autonomia de mulheres e meninas a respeito de tomadas de decisão relativas aos SSRD são afetadas por uma gama de fatores culturais, econômicos, sociais/estruturais e legais, incluindo normas de gênero e relações de poder, convicções religiosas e culturais, estigma e discriminação relacionada ao HIV e/ou uma ampla variedade de outros fatores demográficos (p. ex., idade, gênero, sexualidade, etnia e raça, classe e deficiência). Outros fatores influenciadores de suas iniciativas e autonomia incluem acesso à informação e serviços, a existência de leis que ou preservem ou diluam direitos de mulheres que vivem com HIV em todas as suas diversidades. Mulheres que vivem com HIV relataram uma dificuldade disseminada de tomar decisões a respeito de quando, como e com quem fazer sexo e se e quando ter filhos. Elas também reportaram dificuldade em tomar decisões a respeito de uso de preservativos, negociação de sexo seguro e, em particular, identificaram a realização de uma vida sexual prazerosa e satisfatória como um desafio. A desigualdade econômica e a falta de oportunidades econômicas formais para mulheres foram levantadas repetidamente pelas participantes da pesquisa em relação à tomada de decisões a respeito da vida sexual, desejos de fertilidade e acesso e utilização de serviços de SSR. Elas também relataram que insegurança ou dificuldade financeira tinha um forte impacto sobre suas saúdes mentais. As mulheres expressaram que relações sociais fundadas em desigualdade de gênero podem limitar severamente a capacidade das mulheres em tomar iniciativas em relação à SSR e a reivindicar e fazer valer seus direitos humanos. Elas argumentaram que SSR e direitos humanos para todas as mulheres, incluindo mulheres que vivem com HIV e mulheres de populações-chave, devem ser incorporadas no escopo de trabalho da igualdade de gênero e justiça social. As mulheres relataram que estigma e discriminação fortes vivenciadas por mulheres que vivem com HIV de populações afetadas, especialmente mulheres que são lésbicas, transgênero ou trabalhadoras do sexo, afeta negativamente a autoeficácia delas para tomar decisões SSR (37). Normas culturais e de gênero que perpetuam escasso conhecimento e acesso a recursos (tais como educação sexual extensiva [ESE] e serviços de SSR para meninas e mulheres jovens) e obstáculos legais (tais como leis e restrições sobre idade de consentimento para poder ter acesso a serviços de aborto seguro e cuidados pós-aborto) limitam a capacidade e a autoeficácia delas para tomar decisões de SSR.



4.1.2 Comunicação breve relacionada a la Sexualidade (CRS)

Recomendações e declaração de boas práticas existentes sobre CRS

REC B.2: Recomenda uma comunicação breve sobre sexualidade (CRS) nas unidades de atenção primária para a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis em adultos e adolescentes.
(recomendação forte, qualidade da evidência fraca a moderada)

REC B.3: Recomenda-se a capacitação da equipe de saúde em conhecimentos sobre saúde sexual e técnicas de CBS.

(recomendação forte, qualidade da evidência de baixa a muito baixa)

RBP B.1: Os gestores de políticas de saúde e os tomadores de decisão das instituições de capacitação de profissionais necessitam garantir que, onde a CBS for introduzida, os direitos humanos dos possíveis clientes sejam respeitados, protegidos e satisfeitos.

Comentários

- Estas recomendações e declaração de boas práticas existentes foram integradas a esta guia a partir da publicação da OMS de 2015 *Brief sexuality-related communication: recommendations for a public health approach (Comunicação resumida de sexualidade: recomendações para uma abordagem de saúde pública)* (25).
- Conforme declarado nas recomendações CRS da OMS de 2015, “O processo de implementação deve ser baseado em epidemiologia de DST/HIV assim como no contexto local da epidemia, em linha com as estratégias de controle e prevenção nacionais de DST, devendo incluir todas as partes nacionais interessadas” (25). Os prestadores vão precisar considerar o ambiente favorável para mulheres que vivem com HIV, conforme delineado no Capítulo 3 deste documento, e a situação específica de cada mulher para assegurar a proteção dos direitos e promoção da SSR.
- Maiores informações podem ser encontradas na publicação original em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170251/1/9789241549004_eng.pdf

i. Contexto

A comunicação resumida de sexualidade (CRS) constitui uma abordagem de fornecimento de serviços para promover o bem-estar sexual. Na CRS, o prestador – seja uma enfermeira, um médico ou um educador de saúde – usa habilidades de conselheiro para tratar de sexualidade e questões pessoais ou psicológicas correlatas, assim como para promover o bem-estar sexual. A CRS leva em conta as dimensões psicológicas e sociais da saúde sexual e do bem-estar junto com as dimensões psicológicas (25).

Valores e preferências

As participantes enfatizaram a importância de: acesso à informação relacionada à sexualidade positiva e prazer sexual (incluindo tratar de normas de gênero e tabus sexuais), acesso a aconselhamento psicológico, confiança entre parceiros íntimos e também entre clientes e provedores de SSR, fornecimento e apoio com relação à revelação diagnóstica e acesso a provedores de SSR sensíveis e bem-informados a respeito das necessidades de SSR de mulheres em relações de mesmo sexo e mulheres transgênero (37).



4.1.3 Saúde Mental

Não foram identificadas ou desenvolvidas recomendações ou declarações de boas práticas novas ou existentes para este tópico. Contudo, a saúde mental permanece uma área-chave para mulheres que vivem com HIV e um ponto crucial para que mulheres que vivem com HIV possam atingir SSRD. As orientações abrangentes da OMS existentes em saúde mental estão discutidas abaixo.

i. Contexto

O HIV é um catalizador para questões de saúde mental como depressão, sentimento de rejeição e insônia. Guias abrangentes sobre saúde mental existem na edição 2015 do *WHO mhGAP Intervention Guide* (Manual de Intervenções mhGAP da OMS - mhGAP-IG) (87), que foi publicado em 2014 (104). Sendo assim, durante o encontro para definição do escopo em janeiro de 2015, para evitar duplicação, o GDG decidiu não desenvolver recomendações específicas para doença mental de mulheres que vivem com HIV, mas fazer referência a orientações existentes, visto que muitas das abordagens para tratar de questões de depressão, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) que mulheres que vivem com HIV podem enfrentar como resultado de trauma e estresse são semelhantes a àquelas que se aplicariam a todas as mulheres. O mhGAP-IG apresenta orientação sobre manejo integrado de condições prioritárias usando protocolos para auxiliar na tomada de decisão clínica (87). As condições prioritárias incluídas no mhGAP-IG são: depressão, psicose, transtornos bipolares, epilepsia, transtornos de desenvolvimento e comportamento em crianças e adolescentes, demência, transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas, automutilação/ suicídio e outras significativas reclamações emocionais ou clinicamente inespecíficas.

A orientação completa deve ser utilizada para cada mulher conforme a situação específica dela, com atenção especial a como as recomendações podem ser implementadas para apoiar uma mulher que vive com HIV e suas necessidades, situações e preocupações associadas. Orientação adicional está disponível no *Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy* (Guias para identificação e manejo de uso de substâncias e de transtorno decorrente do uso de substâncias na gravidez) (105).

O mhGAP-IG descreve os princípios da assistência essencial para todas as pessoas que buscam assistência à saúde, inclusive aquelas com problemas de ordem mental, neurológica e de uso de substâncias (MNS), e seus cuidados. Isto objetiva “promover o respeito pela privacidade de pessoas que buscam assistência para condições MNS, fomentar bons relacionamentos entre prestadores de assistência à saúde, usuários de serviços e seus cuidadores, e assegurar que a assistência é prestada sem preconceitos, ou estigmatização e oferecendo apoio” (87).

Além disso, o manual descreve os seguintes princípios gerais e fundamentos da prática clínica de saúde mental.

Princípios gerais:

1. Uso efetivo de habilidades de comunicação: Usar efetivamente habilidades de comunicação permite aos prestadores de assistência à saúde fornecer assistência de boa qualidade para adultos, adolescentes e crianças com transtornos MNS.
2. Promover o respeito e a dignidade: Pessoas com transtornos MNS devem ser tratadas com respeito e dignidade em maneiras culturalmente apropriadas. Como prestador de assistência à saúde, faça todos os esforços para respeitar e promover a vontade e preferência de pessoas com transtornos MNS e apoie e promova a inclusão delas e de seus cuidadores. Pessoas com transtornos MNS são frequentemente mais vulneráveis a violações de direitos humanos. Em razão disto, é essencial que no ambiente de assistência de saúde os prestadores promovam os direitos humanos de pessoas com transtorno MNS em alinhamento com os padrões internacionais de direitos humanos, incluindo a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CRPD) da ONU).

Fundamentos da prática clínica de saúde mental:

1. Avalie a saúde mental: Pessoas com transtornos MNS estão sob maior risco de mortalidade prematura por doenças evitáveis e em razão disto devem receber sempre monitoramento de saúde enquanto parte de uma avaliação abrangente.
2. Faça uma avaliação MNS. Primeiro, é explorada a reclamação presente, então é obtida uma história, perguntando-se sobre questões MNS passadas, problemas gerais de saúde, histórico MNS e história psicossocial. Observe a pessoa (Exame do Estado Mental), estabeleça um diagnóstico diferencial e identifique a condição MNS.
3. Gerencie as condições MNS: Uma vez conduzida a avaliação, siga o algoritmo gerencial do mhGAP-IG para gerenciar o transtorno MNS (87).

Valores e preferências



Mulheres que vivem com HIV participantes do GVPS descreveram umnexo complexo entre diagnóstico HIV, violência e outros fatores de estresse, incluindo subsistência e efeitos colaterais do tratamento, que impactam a saúde mental dos indivíduos, o que por sua vez pode ter um efeito negativo sobre suas capacidades de tirar proveito de sua SSRD. As maneiras pelas quais os transtornos de saúde afetam os SSRD de mulheres que vivem com HIV incluem: perda/falta de libido ou desejo sexual, ou aumento da necessidade de intimidade sexual, falta de assertividade em relações sexuais, incluindo incapacidade de negociar o uso de preservativos, sigilo nos relacionamentos a respeito da condição de HIV positiva, dificuldade de comprometer-se com relacionamentos sexuais, falta de confiança ou preferência por permanecer com parceiros violentos ou abusivos, transtornos de sono relacionados à ansiedade e dores, além de dependência de álcool ou droga, que podem impedir a formação de relacionamentos próximos e íntimos. Fatores-chave identificados por mulheres na pesquisa que podem apoiar-las em questões de saúde mental incluem: aconselhamento e apoio de pares, acesso a grupos de apoio de e para mulheres que vivem com HIV (veja também a seção 3.2.1), acesso a serviços de saúde holísticos que incluam suporte/atenção a questões de saúde mental, segurança e um ambiente solidário em termos legais e de políticas. Do ponto de vista clínico, o acesso a aconselhamento e assistência psicossocial contínuos e livres de estigma é indispensável (37).

4.2 Serviços contra a violência contra a mulher

4.2.1 Revelação diagnóstica segura

NOVA recomendações sobre revelação diagnóstica segura

REC B.4: A OMS recomenda aos gestores de políticas e às equipes de saúde que apoiam mulheres que vivem com HIV, que pensam fazer a revelação diagnóstica voluntária de HIV, que reconheçam que muitas delas têm medo, ou estão expostas ou são vítimas de situações de violência doméstica.

(recomendação forte, qualidade da evidência baixa)

REC B.5: A OMS recomenda aos gestores de políticas e às equipes de saúde que apoiam mulheres que vivem com HIV, que pensam fazer a revelação diagnóstica voluntária de HIV, que incluam discussões sobre os desafios de sua situação, o risco potencial de violência associado a essa condição e ações para que essa revelação diagnóstica seja mais segura, e oferecer informação e encaminhamento a unidades de prevenção e atenção à violência.

(recomendação forte, qualidade da evidência baixa)

Comentários

- Para mulheres que vivem com HIV, a revelação diagnóstica precisa ser entendida como um processo, e não como um único evento. As mulheres devem ter conhecimento informado sobre a quem revelar, e quando, onde e como revelar. Mulheres que vivem com HIV se beneficiariam com o aconselhamento para considerar os possíveis benefícios da revelação tais como apoio da família, amigos e membros da comunidade de mulheres que vivem com HIV para adotar a terapia antirretroviral (TARV). Elas também se beneficiariam com o apoio ao considerar os possíveis desafios que esta revelação pode apresentar, particularmente relacionados à reação de parceiros sexuais, membros da família e amigos – ou outros, como empregadores ou clientes – que poderiam possivelmente levar a aumento do estigma, violência ou acesso reduzido a recursos.
- Uma maneira importante de apoiar mulheres e garantir que elas possam exercer seus direitos humanos é garantir que as próprias mulheres, com apoio e aconselhamento de terceiros, incluindo trabalhadores da saúde, liderem suas decisões de revelar voluntariamente sua condição, e que não são forçadas a revelar ou ter seu estado revelado por terceiros.
- O aconselhamento deve incluir informações para mulheres sobre o risco de violência e deve levar em consideração a alta prevalência e risco de violência experimentado por mulheres que vivem com HIV.
- Em países onde a transmissão de HIV é criminalizada, a revelação segura pode não ser possível. Além do mais, muitas mulheres enfrentam violência independente da revelação de suas condições. A violência relacionada à revelação e a outros fatores foi discutida no Capítulo 3 desta guia (veja seção 3.2.5).

Recomendações existentes sobre revelação diagnóstica segura

REC B.6: Os adolescentes devem receber aconselhamento sobre os benefícios e riscos potenciais de revelar seu status HIV+ a outras pessoas e apoio e condições para que possam decidir, se, como e a quem informar sobre sua situação.

(recomendação condicional, qualidade da evidência muito baixa)

Comentários

- Esta recomendação existente foi integrada a esta guia a partir da publicação da OMS 2013, HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV: recommendations for a public health approach and considerations for policy-makers and managers. (HIV e Adolescentes: guia para testes de HIV, aconselhamento e cuidados para adolescentes que vivem com HIV: recomendações para uma abordagem de saúde pública e considerações para formuladores e gestores de políticas públicas) (64).
- Mais informações podem ser encontradas na publicação original, que também está disponível como ferramenta online interativa, *Adolescent HIV testing, counselling and care: implementation guidance for health providers and planners* (Teste HIV, aconselhamento e cuidados para adolescentes: guia de implementação para provedores e planejadores do setor de saúde) (67), disponível em: <http://apps.who.int/adolescent/hiv-testing-treatment/>

REC B.7: Deve-se oferecer, a pessoas HIV+ e seus parceiros, serviços de diagnóstico de HIV para casais e parceiros sexuais, e apoio para a revelação diagnóstica mútua.

(recomendação forte, qualidade da evidência baixa para todas as pessoas com HIV em todas as áreas epidêmicas; recomendação condicional, evidência de baixa qualidade para pessoas HIV negativas, dependendo da prevalência de HIV no país em questão)

Comentários

- Esta recomendação existente foi integrada a esta guia a partir da publicação da OMS, 2012: *Guidance on couples HIV testing and counselling including antiretroviral therapy for treatment and prevention in serodiscordant couples: recommendations for a public health approach*. (Orientações sobre testagem de HIV e aconselhamento para casais, incluindo terapia antirretroviral para tratamento e prevenção em casais sorodiscordantes: recomendações para uma abordagem de saúde pública) (106).
- Maiores informações podem ser encontradas na publicação original, disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44646/1/9789241501972_eng.pdf

REC B.8: Estimular iniciativas que reforcem a proteção de privacidade e a criação de políticas, leis e normas para prevenir a discriminação e promover a tolerância e a aceitação de pessoas que vivem com HIV, ajudando, dessa forma, a criar condições que façam com que a revelação diagnóstica seja mais fácil.

(recomendação forte, qualidade da evidência baixa)

REC B.9: As crianças em idade escolar devem ser informadas sobre seu status HIV+; as crianças menores devem ser informadas gradualmente de acordo com sua capacidade cognitiva e amadurecimento emocional, para prepará-las para a revelação diagnóstica.

(recomendação forte, baixa qualidade de evidência)

REC B.10: As crianças em idade escolar devem ser informadas sobre o status HIV+ de seus pais ou tutores; as crianças menores devem ser informadas gradualmente de acordo com sua capacidade cognitiva e amadurecimento emocional, para prepará-las para a revelação diagnóstica.

(recomendação condicional, evidência de baixa qualidade)

Comentários

- Estas três recomendações existentes foram integradas nesta guia a partir da *Guideline on HIV disclosure counselling for children up to 12 years of age* (Guias para assistência à revelação diagnóstica de HIV às crianças até 12 anos de idade) de 2011, da OMS (107).
- Deve-se observar que, no documento, crianças em idade escolar são definidas como aquelas com a capacidade cognitiva e maturidade emocional de uma criança de desenvolvimento normal entre 6 e 12 anos (107).
- Maiores informações podem ser encontradas na publicação original, disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44646/1/9789241501972_eng.pdf

i. Contexto

Para mulheres que vivem com HIV, a revelação da condição sorológica pode facilitar o acesso a serviços de saúde, incluindo terapia antirretroviral (TARV) para prevenção de transmissão perinatal, assim como acesso a apoio social e oportunidades para planejamento futuro com parceiros (108, 109). Contudo, a revelação da condição HIV também pode acarretar riscos. Uma revisão sistemática de taxas, barreiras e desfechos da revelação de condição sorológica HIV entre mulheres que vivem com HIV descobriu que as taxas de revelação relatadas em artigos revisados por pares e resumos de conferências variaram de 17% a 86% (110). Seguindo-se à revelação, entre 4% e 15% das mulheres relataram resposta violenta de seus parceiros (110). As mulheres podem hesitar em revelar suas condições devido a potenciais resultados negativos, como violência, abandono, dissolução da relação, estigma e perda de suas crianças e/ou de seus lares (111). Um estudo recente mostra que o setor de saúde pode desempenhar um papel preventivo ao sensibilizar prestadores de assistência em saúde para os riscos potenciais de violência de parceiros após a revelação e ao assegurar-se de que toda decisão de revelação de mulheres que vivem com HIV é completamente informada e voluntária (112).

Os serviços de testagem de HIV devem ser confidenciais, o que significa que aquilo que prestador e cliente discutem não será revelado para ninguém mais sem o expresso consentimento da pessoa que é testada. A confidencialidade deve ser respeitada, contudo, não deve ser permitido reforçar clandestinidade, estigma ou vergonha. Aconselhadores devem discutir, entre outras questões, a quem a pessoa deseja informar e como elas gostariam que isto fosse feito. A confidencialidade compartilhada com parceiro ou membros da família – outras pessoas confiáveis – e prestadores de assistência de saúde é frequentemente altamente benéfica (11).

Conforme declarado em uma publicação orientadora da UNAIDS/OMS (2000):

“A UNAIDS e a OMS encorajam revelações benéficas. Isto é, revelações voluntárias que respeitem a autonomia e a dignidade dos indivíduos afetados, que mantenham confidencialidade como conduta apropriada, que levem a resultados benéficos para aqueles indivíduos, suas famílias e parceiros sexuais ou de uso de drogas injetáveis, que levem a maior abertura na comunidade a respeito de HIV/AIDS e que cumpram imperativos éticos da situação onde há necessidade de evitar futuras transmissões de HIV” (113).

É crucial apoiar mulheres que vivem com HIV no acesso a uma ampla variedade de serviços SSRD e oportunidades de apoio social para garantir seu bem-estar e segurança. Em 2006, a OMS publicou um relatório sobre a abordagem da violência contra mulheres (VCM) que ocorre durante a testagem anti-HIV e serviços de aconselhamento. O relatório fez um apelo por pesquisas operacionais para avaliar aconselhamento, comunicação e ferramentas de encaminhamento para apoiar mulheres durante o processo de revelação e o planejamento de redução de riscos associados.

ii. Resumo de evidências e considerações para a nova declaração de boas práticas

Durante o encontro para definição de escopo para a guia atual, em janeiro de 2015, o GDG decidiu quais intervenções deviam ser revistas para esta guia no sentido de facilitar revelação segura da condição de HIV+ para mulheres que vivem com HIV. A pergunta PICO era: **Que intervenções facilitam a revelação segura da condição de HIV positivas para mulheres que vivem com HIV e que temem violência ou que revelam que estão atualmente vivenciando violência?** A revisão incluiu estudos com grupos comparativos e usou definições para violência, parceiro íntimo e outros tópicos relevantes a partir das guias da OMS de 2013 sobre violência por parceiro íntimo (IPV) e violência sexual (81). A pergunta PICO incluiu todas as populações de mulheres que vivem com HIV, todas as extensões de tempo da vida com HIV e todos os tipos de violência. A violência atual foi definida como violência que ocorreu dentro dos últimos 12 meses ou outra definição que indicou risco atual de violência; isto não incluiu risco ou experiência de violência de tempos anteriores e que não está mais presente. Mais informação sobre a revisão pode ser encontrada no suplemento web desta guia.²

2. Disponível em: www.who.int/reproductivehealth/publications/gender_rights/srhr-women-hiv/en/

Resultados

A evidência sobre intervenções que facilitam a revelação mais segura da condição de HIV é limitada. Apenas dois estudos, ambos ECR, foram identificados a partir de uma revisão sistemática da literatura científica revisada por pares e da literatura cinzenta. Ambos estudos identificaram na revisão revelações muito preocupantes feitas a parceiros, diferentemente de para outras pessoas da família, comunidade, sistema de saúde ou outro ambiente. Além disso, ambos estudos avaliaram intervenções que integraram triagem para VPI no exame e aconselhamento HIV e treinaram conselheiros a facilitar discussões sobre revelações baseadas no risco de violência para a mulher. O aconselhamento incluiu questionários estruturados para ajudar mulheres a analisar os riscos de danos decorrentes da revelação. Os conselheiros foram treinados para explorar o risco potencial de violência contra as mulheres relacionado à revelação e para explorar opções alternativas, quando necessário. Componentes de intervenção adicionais incluíram atividades de mobilização da comunidade para combater violência, grupos de apoio e serviços de consultoria jurídica no local. Os resultados incluídos nos estudos foram: revelação, violência física, violência sexual e violência emocional. Nenhum estudo ofereceu evidência clara da efetividade de alguma intervenção que garanta uma revelação mais segura por não terem sido projetados para isolar a contribuição de componentes da revelação mais segura das intervenções mais abrangentes com diversos componentes. A evidência sugere, no entanto, que mulheres que revelam sua condição sorológica são mais propensas a estarem em relações não violentas. Descobertas de estudos também “sugerem que embora a VPI continue sendo uma barreira importante para que mulheres que temem violência revelem sua condição sorológica, a VPI ainda não foi adequadamente tratada nas abordagens atuais relacionadas à provisão de testes de HIV, tratamento e serviços de assistência em ambientes de assistência de saúde” (111). Estudos futuros precisam examinar outras relações de revelação (p. ex. outras além da revelação para parceiros) e efetividade comparativa entre intervenções, incluindo possíveis intervenções tanto em ambientes clínicos quanto comunitários. Isto pode ajudar a ressaltar a contribuição potencial de apoio de pares e pode assim reduzir os recursos do sistema de saúde necessários para a intervenção.

Qualidade das evidências para recomendação

A qualidade da evidência foi de baixa a muito baixa. A qualidade foi rebaixada por evidência indireta, na medida em que os desfechos foram medidos para todas as mulheres que vivem com HIV em vez de apenas para aquelas que receberam intervenções sobre revelação diagnóstica segura, e por inconsistência, na medida em que os dois estudos mostraram resultados diferentes.

Fundamentação para a força e direção das recomendações

O GDG determinou que a força da recomendação fosse forte, apesar da baixa qualidade da evidência. A decisão foi baseada em (i) o valor bastante alto atribuído à segurança durante e depois da revelação por mulheres que vivem com HIV, (ii) o potencial de grande benefício para indivíduos, parceiros, famílias e comunidade, e (iii) o entendimento de que a implementação da intervenção melhoraria a equidade. O GDG discutiu extensamente as exigências adicionais que esta recomendação colocaria no trabalhador da saúde, mas concordou que, em geral, os trabalhadores da saúde desejam apoiar a saúde, o bem-estar e os direitos de seus pacientes e, como tal, a aceitabilidade para esta recomendação seria alta dentro das restrições de viabilidade.

Viabilidade

O GDG considerou que a viabilidade da intervenção é incerta. Isso se deveu parcialmente às demandas adicionais sobre os trabalhadores da saúde e o sistema de saúde em caso de adesão a esta recomendação, dada a alta prevalência de VCM, com 35% das mulheres com idade de 15 anos ou mais vivenciando violência física ou sexual em todo o mundo (114). O GDG também demonstrou preocupação sobre os recursos requeridos para a implementação. Intervenções clínicas ou baseadas na comunidade podem ser necessárias para gerenciar estratégias e tratar dos problemas relacionados à alocação de recursos. O GDG discutiu a necessidade de assegurar que a revelação seja sempre voluntária. Se uma mulher decide revelar, deve estar apoiada e segura. Leis e políticas que estipulem revelação compulsória tornariam estas recomendações inviáveis.

Valores e preferências



Na GVPS, as mulheres expressaram que a segurança para mulheres que vivem com HIV é primordial. A descoberta isolada mais importante da pesquisa foi que mulheres que vivem com HIV experimentam altos níveis de violência – que muitas delas descreveram como “intolerável” – com 89% das participantes relatando que vivenciaram violência ou medo de violência, antes, desde ou por causa de seus diagnósticos. As mulheres relataram que o diagnóstico do HIV age como um gatilho específico para a violência. Algumas participantes temiam a revelação para um parceiro.

As participantes pediram por segurança nos serviços de atenção à saúde, em casa e na comunidade. Apoio para lidar com a violência interpessoal foi visto como chave. As mulheres expressaram que assistência à saúde para mulheres e meninas que vivem com HIV deve ser de fácil acesso, economicamente acessível e disponível, com provisão de assistência integrada e apoio tanto para SSR como para violência baseada em gênero (VBG). As mulheres relataram experiências de revelação involuntária dentro de serviços de saúde, assim como quebras de privacidade ou confidencialidade, pressão ou coerção para revelação a parceiros ou outros membros da família e estigma, discriminação ou atitudes julgadoras pelos próprios prestadores de serviços. As participantes destacaram que serviços de saúde devem ser lugares seguros para mulheres irem sem medo destas experiências ou atitudes. Elas expressaram que mulheres recentemente diagnosticadas com HIV deviam receber aconselhamento e apoio de pares. Mulheres que vivem com HIV que vivenciam violência ou medo de violência decorrente da revelação diagnóstica relataram uma necessidade de ter a equipe de saúde estendida para além do ambiente clínico, de modo a promover e prover ligações com programas baseados na comunidade. Elas gostariam que a equipe de saúde as encaminhasse para opções de assistência e suporte para mulheres que vivenciam VPI (violência psicológica e/ou física), tais como casas de apoio e oportunidades de geração de renda, entre outras (37).

4.3 Serviços de planejamento familiar e infertilidade

4.3.1 Estratégias para uma gestação segura e saudável

Recomendações existentes sobre estratégias para uma gestação segura e saudável

REC B.11: Nos países onde a transmissão de HIV ocorre entre casais com diferentes status de infecção, nos quais é possível identificá-los e onde são necessárias alternativas de prevenção contra HIV, a PrEP (especificamente tenofovir ou a combinação de tenofovir e emtricitabine) diária e oral pode ser considerada como uma intervenção adicional para o parceiro não infectado.

(recomendação condicional, qualidade da evidência alta)

Comentários

- A recomendação existente foi integrada a esta guia a partir da *Guidance on oral pre-exposure prophylaxis (PrEP) for serodiscordant couples, men and transgender women who have sex with men at high risk of HIV: recommendations for use in the context of demonstration projects* (Orientação sobre profilaxia pré-exposição (PrEP) para casais sorodiscordantes, homens e mulheres transgênero que fazem sexo com homens com alto risco de HIV: recomendações para uso no contexto de projetos de demonstração) da OMS em 2012 (115).
- Maiores informações podem ser encontradas na publicação original, disponível em: http://www.who.int/hiv/pub/guidance_prep/en/

REC B.12: Todos os adultos que vivem com HIV devem começar a TAR independentemente do estágio clínico da OMS ou da contagem de células CD4.

(recomendação forte, qualidade da evidência moderada)

Comentários

- Esta recomendação existente foi integrada a esta guia a partir da *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach* (Guias consolidadas sobre o uso de medicamentos antirretrovirais para tratamento e prevenção de infecção pelo HIV: recomendações para uma abordagem de políticas públicas de saúde [7]) da OMS em 2016.
- Maiores informações podem ser encontradas na publicação original em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/9789241549684_eng.pdf

i. Contexto

Há vários princípios-chave que devem fundamentar o projeto e o fornecimento de assistência à fertilidade para mulheres que vivem com HIV. Aconselhamento de planejamento familiar personalizado para mulheres que vivem com HIV é importante para bons resultados em SSRD. Aconselhamento é uma maneira para provedores de saúde se comunicarem com pacientes para identificar desejos de fertilidade e ajudar a aconselhar uma mulher que vive com HIV, ou um casal, sobre fertilidade e gravidez. A publicação da OMS de 2012, *Reproductive choices and family planning for people living with HIV counselling tool* (Escolhas reprodutivas e planejamento familiar para pessoas que vivem com HIV - ferramenta de aconselhamento) guia provedores na execução de um processo com o paciente para analisar, aconselhar, acordar, assistir e organizar (116). Ao fornecer aconselhamento, é importante que provedores preservem a igualdade de acesso a recursos para permitir uma tomada de decisão informada sobre escolhas reprodutivas, para criar ambientes que reduzam o estigma associado ao HIV e infertilidade, e ambientes que encorajem revelação diagnóstica de HIV e estado de fertilidade aos parceiros com segurança e voluntariamente (117).

Há várias opções identificadas para apoiar a gravidez segura para mulheres que vivem com HIV em relações sorodiscordantes. Estas incluem: uso de terapia antirretroviral (TARV) por mulheres que vivem com HIV para suprimir sua carga viral, uso de profilaxia pré-exposição (PrEP) oral pelo parceiro que não tem HIV, uso de preservativos quando a mulher não estiver no ápice de fertilidade, triagem e tratamento de IST em ambos os parceiros, circuncisão masculina voluntária para reduzir transmissão de HIV e inseminação manual. Triagem e manejo de fertilidade é importante para todos os casais que experimentam problemas de fertilidade (117). Atualmente não é possível desenvolver orientação definitiva sobre como fornecer a melhor PrEP oral diária para os parceiros HIV-negativos (masculinos ou femininos) em casais sorodiscordantes; pesquisa em projetos de demonstração é necessária e está em andamento.

Guias adicionais relevantes da OMS estão em desenvolvimento nas áreas de infertilidade e em estratégias seguras de concepção.

Valores e preferências

Mulheres que vivem com HIV que participaram da GVPS relataram ter experimentado reações negativas de prestadores de assistência à saúde quando expressaram desejo ou intenção de ter filhos (tivessem elas outros filhos ou não). Estas reações incluíram desencorajamento, desaprovação, pressão para encerrar a gravidez, se já grávida, desinformação sobre os desfechos de saúde potenciais ou prováveis para a criança, abuso verbal e maus-tratos e/ou negligência durante a assistência pré-natal e trabalho de parto. Mulheres que vivem com HIV que já trabalharam com sexo foram algumas vezes especialmente maltratadas por prestadores de serviços à saúde durante a gravidez ou parto. Casos de mulheres que vivem com HIV serem forçadas ou coagidas a esterilização foram documentados; esta prática é agora amplamente considerada uma violação dos direitos humanos de mulheres que vivem com HIV e um ato de VBG institucional. Em alguns países, mulheres que vivem com HIV relataram terem sido rejeitadas para tratamento de fertilidade.

As mulheres que vivem com HIV expressaram desejo de receber aconselhamento sobre todas as técnicas apropriadas e seguras sobre gravidez e parto e de terem acesso equitativo a tratamentos de fertilidade, se necessário, assim como acesso a serviços de adoção legal. Elas expressaram necessidade de acesso a informação precisa e atualizada sobre os riscos de transmissão a parceiros durante a concepção assim como sobre o risco de transmissão perinatal para crianças. Participantes da pesquisa enfatizaram o apoio de doutores de confiança e outros prestadores de assistência de saúde na realização de seus desejos de fertilidade – terem crianças que nasçam livre de HIV – e apoio de pares, outras mulheres que vivem com HIV, que tiveram filhos (37).



4.3.2 Contraceção

Recomendação existente em contraceção

REC B.13: Recomenda-se o uso correto e consistente de preservativos com lubrificantes adequados pelas populações-chave para prevenir a transmissão sexual do HIV e de infecções sexualmente transmissíveis (IST). *(recomendação forte, qualidade da evidência moderada)*

Comentários

- Estas declarações de boas práticas foram integradas a esta guia a partir das *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations – 2016 update (Guias consolidadas sobre prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados do HIV para populações-chave – atualização)* da OMS, 2016 (10).
- Populações-chave incluem mulheres que vivem com HIV.
- Maiores informações podem ser encontradas na publicação original em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246200/1/9789241549684_eng.pdf

Recomendações existentes sobre Critérios Médicos de Elegibilidade (CME) para uso contraceptivo hormonal

Observação: Categorias CME (118):

1. Uma situação onde o método pode ser usado sem restrições. As vantagens de se usar o método geralmente ultrapassam os riscos teóricos ou provados decorrentes de seu uso.
2. Uma situação onde os riscos teóricos ou provados decorrentes do uso do método usualmente superam as vantagens de se usar o método.
3. Uma situação que representa um risco de saúde inaceitável caso o método anticoncepcional seja escolhido.
4. Estas categorias são utilizadas no documento de referência ao invés de força da recomendação.

REC B.14: Mulheres que vivem com HIV (estádio OMS 1 ou 2) podem usar os seguintes métodos de anticoncepção hormonal sem restrições: anticoncepcionais orais combinados (COCs), anticoncepcionais injetáveis combinados (CICs), adesivos e anéis anticoncepcionais, pílulas de progesterona isolada (PEPs ou minipílula), injetáveis de progesterona isolada (POIs; acetato de medroxiprogesterona de depósito [DMPA] e enantato de noretisterona [NET-EN]), e implantes de levonorgestrel (LNG) e etonogestrel (ETG) (CME categoria 1). Mulheres que vivem com HIV assintomática ou com doença clínica leve (estádio OMS 1 ou 2) podem usar, de maneira geral, DIU-LNg (CME categoria 2) (Parte I, seção 12b). *(qualidade da evidência moderada a muito baixa)*

REC B.15: Mulheres vivendo com AIDS grave ou avançado (estádio OMS 3 ou 4) podem usar os seguintes métodos de anticoncepção hormonal sem restrição: COCs, CICs, adesivos e anéis anticoncepcionais, minipílula POPs, POIs (DMPA e NET-EM) e implantes LNG e ETG (CME categoria 1). Mulheres vivendo com AIDS grave ou avançado (estádio OMS 3 ou 4) geralmente não devem iniciar o uso de DIU-LNg (CME categoria 3 para iniciação) até que as condições de sua enfermidade melhorem até ser assintomática ou leve (estágio OMS 1 ou 2). No entanto, não é necessário remover o DIU-LNg naquelas mulheres que já o tinham colocado e cuja doença se agrava ou piora (CME categoria 2 para continuação). As usuárias de DIU-LNg com estádios avançados ou graves de AIDS devem ter um seguimento estrito para detecção de infecção pélvica (Parte I, seção 12c). *(qualidade da evidência moderada a muito baixa)*

REC B.16: Mulheres que estejam tomando inibidores nucleosídeos/nucleotídeos da transcriptase reversa (NRTI) podem usar qualquer método hormonal anticoncepcional sem restrições: COC, adesivos e anéis contraceptivos, CIC, PEP, IEP (DMPA e NET-EN) e implantes LNG e ETG (CME categoria 1). (CME Parte I, seção 12d) *(qualidade da evidência baixa a muito baixa)*

REC B.17: Mulheres que estejam tomando TAR que contenha efavirenz ou nevirapina podem, de maneira geral, usar COC, adesivos, anéis, CIC, PEP, NET-EN e implantes (CME categoria 2). No entanto, mulheres que usam efavirenz ou nevirapina podem usar DMPA sem restrições (CME categoria 1). (CME Parte I, seção 12d) *(qualidade da evidência baixa a muito baixa)*

REC B.18: Mulheres que estejam tomando os novos inibidores não nucleosídeos/nucleotídeos da transcriptase reversa (NRTI) etravirina e rilpivirina podem usar qualquer método anticoncepcional hormonal sem restrições (CME categoria 1). (CME Parte I, seção 12d) *(qualidade da evidência baixa a muito baixa)*

Recomendações existentes sobre critérios médicos de elegibilidade (CME) para uso contraceptivo hormonal (continuação)

REC B.19: Mulheres que estejam tomando inibidores da protease (p. ex. ritonavir e antirretrovirais [ARVs] combinado com ritonavir) podem, de maneira geral, usar COC, adesivos e anéis anticoncepcionais, CIC, PEP, NET-EN e implantes LNG e ETG (CME categoria 2) e podem usar DMPA sem restrições (CME categoria 1). (CME Parte I, seção 12d)

(qualidade da evidência baixa a muito baixa)

REC B.20: Mulheres que estejam tomando o inibidor da integrase raltegravir podem usar qualquer método anticoncepcional hormonal sem restrições (CME categoria 1). (CME Parte I, seção 12d)

(qualidade da evidência baixa a muito baixa)

REC B.21: Mulheres com dispositivo intrauterino (DIU): as mulheres que estejam tomando ARV podem, de maneira geral, usar DIU-LNg (CME categoria 2), se sua doença clínica é assintomática ou leve (estádios OMS 1 ou 2). Mulheres com AIDS grave ou avançado (estádio OMS 3 ou 4) não devem começar a usar DIU-LNg (CME categoria 3 para iniciação) até que as condições de sua enfermidade melhorem até ser assintomática ou leve (estádios OMS 1 ou 2). No entanto, não é necessário remover o DIU-LNg naquelas mulheres que já o tinham colocado e cuja doença se agrava ou piora (CME categoria 2 para continuação). As usuárias de DIU-LNg com estágios avançado ou graves de AIDS devem ter um seguimento estrito para detecção de infecção pélvica. (CME Parte I, seção 12d)

(qualidade da evidência baixa a muito baixa)

Comentários

- Estas recomendações existentes foram integradas a esta guia a partir da publicação *Medical eligibility criteria for contraceptive use - fifth edition* (Critérios médicos de elegibilidade para uso de métodos anticoncepcionais, quinta edição), da OMS em 2015 (118).
- Maiores informações podem ser encontradas na publicação original, disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181468/1/9789241549158_eng.pdf

ARV: antirretroviral; CIC: anticoncepcional injetável combinado; COC: contraceptivo oral combinado; DMPA: acetato de medroxiprogesterona de depósito; ETG: etonogestrel; DIU: dispositivo intrauterino; LNG: levonorgestrel; CME: *Medical eligibility criteria for contraceptive use* (Critérios médicos de elegibilidade para uso de métodos anticoncepcionais, publicação da OMS [118]); NET-EN: Enantato de Noretisterona; NNRTI: inibidor não nucleosídeo/ nucleotídeo da transcriptase reversa; NNRTI: inibidor nucleosídeo/nucleotídeo da transcriptase reversa; IEP: injetável exclusivamente de progestágeno; PEP: pílula exclusivamente de progestágeno.

Declaração de boas práticas existente sobre requerimentos de autorização de terceiros para serviços contraceptivos

RBP B.2: Recomenda-se que os requerimentos de autorização de terceiros, sejam eliminados incluindo a autorização de cônjuge de mulheres vivendo com HIV para a obtenção de anticoncepcionais e informação relativa aos mesmos e a serviços de contracepção.

Comentários

- Estas declarações de boas práticas foram integradas a esta guia a partir da *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations – update* (Guias consolidadas sobre prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados do HIV para populações-chave — atualização) da OMS, 2016 (10).
- O termo “recomendado” está incluído no texto porque foi originalmente designado “recomendação de boa prática”, mas não é uma recomendação da OMS baseada no sistema GRADE – trata-se de uma declaração de boas práticas.
- Maiores informações podem ser encontradas na publicação original, disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246200/1/9789241511124-eng.pdf>

i. Contexto

Conforme afirmado em uma declaração conjunta de agências de 2014:

Os padrões de direitos humanos reconhecem que mulheres que vivem com HIV têm direito à concepção e outros serviços de saúde reprodutiva sobre as mesmas bases que todas as outras mulheres. Estes padrões afirmam que meios seguros e economicamente acessíveis de contracepção devem estar disponíveis e que mulheres devem ter o direito a escolher livremente ou recusar serviços de planejamento familiar (incluindo serviços de esterilização). Eles requerem que prestadores de assistência à saúde não sejam coercitivos e respeitem a autonomia, privacidade e confidencialidade, e que a liberdade reprodutiva não seja restrita como parte de um planejamento familiar, prevenção de HIV ou outro programa de saúde pública (28).

O uso voluntário de contracepção por mulheres que vivem com HIV e desejam evitar a gravidez é importante para preservar os seus direitos reprodutivos. Continua sendo, ainda, uma importante estratégia para reduzir a transmissão HIV perinatal (74). A quinta edição da publicação da OMS Critérios médicos de elegibilidade para uso de métodos anticoncepcionais (os CME), publicada em 2015, priorizou a disponibilidade de um amplo leque de opções contraceptivas (118).

Em razão de poderem existir interações entre certos métodos de contracepção hormonal e certos medicamentos antirretrovirais (ARV), os provedores precisam consultar as recomendações sobre interações ARV (disponíveis no CME) quando aconselharem mulheres que vivem com HIV sobre eficácia contraceptiva. Uma mulher que vive com HIV e usa ARV deve discutir com seu prestador de assistência à saúde o impacto potencial de um ARV em particular na eficácia contraceptiva, na medida em que as recomendações diferem entre mulheres em diferentes estágios de HIV (118). Isto sublinha a necessidade de disponibilizar um leque abrangente de contraceptivos, escolhas bem informadas e médicos e outros prestadores de assistência médica solidários, de modo que as mulheres que vivem com HIV sintam que podem explorar suas opções em profundidade. A terceira edição atualizada do *Selected practice recommendations for contraceptive use* (Recomendações práticas selecionadas para uso de anticoncepcionais - SPR), publicada pela OMS em 2016, oferece orientação sobre como usar métodos contraceptivos com segurança e eficácia, uma vez escolhidos como clinicamente apropriados (119). O SPR serve como um subsídio das orientações CME, que focam em quem pode usar métodos contraceptivos seguramente, oferecendo orientação sobre a segurança de vários métodos contraceptivos no contexto de situações e características de saúde específicas. De acordo com o CME, mulheres com infecção HIV assintomática e mulheres com AIDS podem usar a maioria dos métodos de contracepção com segurança e eficácia (118).

Os preservativos permanecem sendo um componente-chave de programas de prevenção de HIV de alto impacto, mas são também um componente crucial em uma abordagem abrangente e sustentável para prevenção combinada contra IST e gravidez não desejada (120). Consequentemente, preservativos masculinos e femininos são também importantes para mulheres que vivem com HIV protegerem a si mesmas. Para assegurar segurança, eficácia e uso efetivo, os preservativos devem ser fabricados de acordo com padrões internacionais, especificações e procedimentos de garantia de qualidade estabelecidos pela OMS, UNFPA e pela Organização Internacional de Normalização (ISO) (121, 122) e devem estar disponíveis ou gratuitamente, ou a um preço acessível. Pessoas em ambientes de baixos recursos são mais propensas a usar preservativos quando podem acessá-los gratuitamente ou a preços subsidiados (120).

Muitas mulheres jovens e meninas, especialmente as casadas ou em relações de longa duração ou aquelas que trabalham com sexo, não têm poder ou iniciativa para negociar o uso de preservativos, na medida em que os homens são frequentemente resistentes ao uso de preservativos e eles geralmente detêm maior poder nestes relacionamentos. Dentro dos relacionamentos, a sugestão de usar preservativos pode ser tomada como sinal de falta de confiança ou de intimidade.

Aconselhamento é uma maneira para provedores de assistência à saúde se comunicarem com clientes para identificar desejos de fertilidade e compartilhar informação sobre um amplo leque de opções contraceptivas, se uma mulher voluntariamente quer evitar gravidez. A ferramenta de aconselhamento da OMS de 2012, *Reproductive choices and family planning for people living with HIV counselling tool* (Escolhas reprodutivas e planejamento familiar para pessoas que vivem com HIV-ferramenta de aconselhamento) guia provedores na execução de um processo com o cliente para analisar, aconselhar, acordar, assistir e organizar (116). Aconselhamento de planejamento familiar personalizado para as necessidades e direitos de mulheres que vivem com HIV é essencial para promover seus SSRD. Onde serviços de HIV e de planejamento familiar são oferecidos através de programas verticais separados, as mulheres precisam ser apoiadas para se vincularem aos serviços de que podem precisar (veja seção 3.2.4).

O Quadro 4.1 apresenta maiores informações sobre ferramentas de orientação contraceptiva, e o Quadro 4.2 apresenta considerações-chave sobre contracepção para mulheres que vivem com HIV pertencentes a populações-chave.

Quadro 4.1: Ferramentas de orientação contraceptiva

O planejamento familiar é essencial para promover o bem-estar e a autonomia das mulheres, inclusive mulheres vivendo com HIV, suas famílias e suas comunidades. Garantir a qualidade da assistência nos serviços contraceptivos é primordial para que se alcancem altos padrões de saúde para todos. Para que os profissionais da saúde prestem serviços contraceptivos de alta qualidade, os programas contraceptivos precisam incluir certos elementos, tais como:

- escolha entre uma ampla gama de métodos contraceptivos;
- informações baseadas em evidência sobre a eficácia, os riscos e os benefícios dos diferentes métodos;
- profissionais da saúde tecnicamente competentes e treinados;
- relações entre prestadores-usuárias baseadas no respeito pela escolha informada, privacidade e confidencialidade; e
- um grupo de serviços apropriado, disponível no mesmo local

As seguintes ferramentas da OMS podem ajudar os prestadores de assistência à saúde, juntamente com suas clientes, a identificar as melhores opções contraceptivas baseadas no atual estado de saúde de cada cliente:

- *Disco de critérios médicos de elegibilidade (MEC) para uso contraceptivo – atualização de 2015 (123).*
- *Crêterios médicos de elegibilidade para uso contraceptivo, quinta edição (MEC, 2015).* Esta publicação inclui tabelas que resumem a orientação para mulheres em diferentes estágios da progressão do HIV (118).
- *Recomendações sobre prática selecionada para uso contraceptivo, terceira edição (SPR, 2016) (119).*

Quadro 4.2: Considerações-chave sobre contracepção para mulheres que vivem com HIV pertencentes a populações-chave

- É importante que os serviços contraceptivos sejam gratuitos, voluntários e não coercitivos para todas as pessoas das populações-chave.
- É importante que os serviços de saúde prisionais ofereçam contracepção para mulheres em contextos fechados.
- É importante aconselhar mulheres transgênero que utilizam pílulas anticoncepcionais orais para fins de feminização a respeito do maior risco de eventos trombóticos com o etinilestradiol do que com o 17-beta estradiol.
- Trabalhadoras do sexo deveriam receber aconselhamento para avaliar a intenção de engravidar e é preciso oferecer a elas uma gama de opções contraceptivas, incluindo proteção dupla.
- É importante que os prestadores de assistência à saúde que têm contato com mulheres que usam drogas ofereçam métodos anticoncepcionais, inclusive contraceptivos hormonais, como parte de um pacote-padrão de assistência.

Fonte: OMS, 2016 (10).

Valores e preferências

As mulheres que vivem com HIV que responderam à GVPS relataram que, às vezes, uma gama limitada de opções contraceptivas é oferecida a elas, e que às vezes são forçadas ou coagidas para aceitar métodos contraceptivos de longo prazo ou permanentes. As mulheres que vivem com HIV mencionaram o preservativo masculino como facilitador e como um desafio para se ter uma vida sexual segura e prazerosa. A maioria reportou um acesso e/ou uma experiência muito limitados ao uso de preservativos femininos.

Algumas participantes da pesquisa reportaram que, dentro nos ambientes de assistência à saúde, nega-se a elas uma gama completa de escolha de contraceptivos, com os prestadores de serviços tentando pressioná-las para que usem preservativos como forma de reduzir o risco de futuras transmissões. Dada a dificuldade que muitas mulheres que vivem com HIV sentem ao negociar e consistentemente utilizar preservativos masculinos ou femininos, restringir sua escolha de contraceptivos àquelas que dependem da cooperação do parceiro pode colocá-las em risco de gravidez indesejada.

Quase 60% das participantes da GVPS vivenciaram gravidez indesejada. Apenas 40% afirmaram que tinham tido acesso a serviços de planejamento familiar. Em alguns ambientes, as participantes revelaram um nível muito baixo de compreensão, consciência e educação sobre sexualidade, gravidez e prevenção da gravidez (37). Isso aplica-se a muitas mulheres, inclusive mulheres jovens e adolescentes, assim como a mulheres de populações-chave, incluindo trabalhadoras do sexo. É importante observar que a dinâmica de gênero desempenha um papel-chave na tomada de decisão relativa ao acesso e uso de contracepção, e na tomada de decisão a respeito do número e espaçamento entre filhos.



4.4 Cuidados pré-natais e serviços de saúde materna

4.4.1 Cesariana

NOVA recomendação sobre cesariana

REC B.22: A OMS recomenda que a cesariana de eleição não deve ser oferecida, como rotina, a mulheres que vivem com HIV.

(recomendação forte, evidência de baixa qualidade)

Observações

- Os benefícios e riscos dos diferentes tipos de parto devem ser discutidos com as mulheres que vivem com HIV, inclusive parto vaginal e cesariana eletiva e não eletiva.
- Quando indicada por outras razões médicas ou obstétricas, a cesariana ainda deve ser oferecida, assim como para todas as mulheres.
- A ampla comunicação desta recomendação através de relatórios sobre políticas e outros meios será importante, uma vez que muitos provedores de assistência à saúde continuam a acreditar que a cesariana é a melhor opção para mulheres que vivem com HIV, o que leva a decisões e práticas coagidas relacionadas ao parto.
- Às vezes, mulheres que fazem cesariana são esterilizadas sem o seu consentimento. A esterilização coagida ou forçada nunca é aceitável (28).
- Em muitos contextos com alta prevalência de HIV, mulheres que precisam de cesarianas não têm acesso ao procedimento, especialmente em áreas rurais. Quando a cesariana está formalmente indicada, ela deve estar disponível, a custo acessível e ser praticada em forma segura.

i. Contexto

A cesariana antes do início do trabalho de parto e antes do rompimento de membranas (“cesariana eletiva”) tem sido sugerida como uma intervenção para a prevenção da transmissão perinatal do HIV. Para todas as mulheres, quando clinicamente justificada, a cesariana pode efetivamente evitar mortalidade e morbidade materna e perinatal. No entanto, não existe evidência quanto aos benefícios do parto por cesariana para mulheres ou bebês que não precisam do procedimento. Como em qualquer cirurgia, as cesarianas são associadas a riscos de curto e longo prazo, que podem se estender por muitos anos além do parto e afetar a saúde da mulher, seu filho/a e futuras gestações. Além disso, embora a cesariana seja, algumas vezes, uma intervenção medicamente necessária e que salva vidas, em ambientes com capacidade e habilidades locais limitadas para realizar cesarianas e tratar potenciais complicações, ela pode ser perigosa e, ocasionalmente, levar à morte materna. Tais riscos podem ser aumentados para mulheres com sistemas imunológicos comprometidos, tais como mulheres que vivem com HIV, e para mulheres com acesso limitado a uma assistência obstétrica abrangente. Portanto, cesarianas desnecessárias devem ser evitadas, e cesarianas somente devem ser realizadas como resultado de indicações obstétricas padronizadas (124).

Para mulheres que vivem com HIV, assim como para todas as mulheres, a decisão de fazer ou não uma cesariana eletiva deve levar em consideração a gama de riscos em potencial, assim como os benefícios tanto para a mãe quanto para o bebê. Tais riscos e benefícios variam dependendo do risco subjacente da transmissão perinatal durante o parto, que está associado ao estágio da doença e ao uso de TARV, assim como depende dos riscos subjacentes da cesariana comparados aos do parto vaginal, tanto para mãe quanto para o bebê.

ii. Resumo das evidências e considerações para a nova recomendação

Na reunião de limitação de escopo, em janeiro de 2015, o GDG concordou em examinar os tipos de parto relacionados aos melhores desfechos para mãe e bebê entre mulheres que vivem com HIV. A pergunta PICO foi: **Que tipos de parto levam aos melhores desfechos maternos e perinatais para mulheres que vivem com HIV?** Cada estudo revisado incluiu um grupo de comparação de mulheres que vivem com HIV que passaram por um tipo de parto diferente da cesariana. Os desfechos incluíram: (a) morbidade e mortalidade entre mulheres (por exemplo, morbidade febril puerperal, endometriose, hemorragia, anemia severa, pneumonia, infecções do trato urinário);

(b) HIV em bebês; (c) outras morbidades e mortalidades entre bebês (como, por exemplo, morbidade respiratória, lacerações na pele); e (d) amamentação (sucesso ou momento indicado para iniciação e continuação). Informações adicionais sobre os métodos e achados da revisão podem ser encontradas no suplemento web desta guia.

Resultados

A revisão incluiu 31 artigos, mas muito menos estudos, devido a múltiplas publicações sobre um número pequeno de estudos envolvendo múltiplos países (125). Apenas um foi um ECR e todos os outros foram estudos observacionais (coorte ou controle de caso). A maioria dos estudos foi conduzida nos EUA ou na Europa (10 países) e outros foram realizados nos seguintes países: Argentina, Bahamas, Brasil, Índia, Jamaica, México, Nigéria, Peru e África do Sul. Quase todos os estudos avaliaram HIV em bebês, enquanto poucos avaliaram desfechos de saúde materna e apenas um avaliou os desfechos de saúde da criança. A maioria dos desfechos foram avaliados imediatamente após o nascimento, não fornecendo informações sobre aparecimento de morbidades posteriores. Apesar do número significativo de estudos, houve poucos estudos recentes que se concentraram em mulheres que estavam usando TARV e/ou com carga viral suprimida. Evidências de qualidade baixa a muito baixa sugerem que a cesariana eletiva parece reduzir a transmissão vertical do HIV, apesar de aumentar a morbidade materna e infantil. Evidências de qualidade muito baixa sugerem que, no contexto de uso de TARV, diferenças tanto na transmissão vertical do HIV quanto na morbidade materna e infantil são menos pronunciadas entre os tipos de parto.

Qualidade das evidências para recomendação

As evidências disponíveis são de baixa a muito baixa qualidade. As evidências tiveram sua qualidade comprometida devido a um sério risco de viés que se deve à alta probabilidade de heterogeneidade e pela imprecisão quanto a todos os desfechos, além da inconsistência em relação ao desfecho de “qualquer morbidade”.

Fundamentação para a força e direção das recomendações

O GDG discutiu esta recomendação exaustivamente e determinou que ela deveria ser forte, apesar das evidências de baixa qualidade pelas seguintes razões: (i) os danos em potencial (isto é, sepse, hemorragia) de cesarianas superam os benefícios; (ii) as cesarianas são difíceis e não é possível realizá-las em muitos contextos com alta prevalência de HIV na população em geral; (iii) cesarianas podem ser mais onerosas do que partos vaginais, o que é um impedimento possível à SSR ideal para mulheres que vivem com HIV que têm meios limitados, e podem criar barreiras à futura busca por atendimento à saúde. O GDG concordou ser fundamental que as cesarianas não sejam recomendadas em forma rotineira para todas as mulheres que vivem com HIV, simplesmente porque estavam vivendo com HIV, mas observou ser essencial oferecer cesarianas a mulheres que vivem com HIV quando clinicamente indicado, assim como para todas as mulheres.

Viabilidade

Em muitos contextos, cesarianas são difíceis e potencialmente prejudiciais de serem realizadas. Elas são caras, exigem equipamentos que podem ser limitados e podem ter desfechos adversos, tais como sepse. A não realização de cesarianas de rotina seria mais viável do que cesarianas de rotina. É importante apoiar os profissionais médicos com informações corretas e atuais sobre as melhores práticas, além de informar e empoderar mulheres para que elas possam decidir com confiança, a fim de evitar cesarianas desnecessárias. Pode haver incentivos financeiros para que provedores de assistência médica realizem cesarianas; no entanto, elas somente devem ser realizadas quando medicamente indicadas pela saúde da mãe e do bebê (28).

Valores e preferências

Mulheres que vivem com HIV que responderam à GVPS relataram passar rotineiramente por falta de inclusão na tomada de decisão e falta de escolha sobre a assistência à sua própria SSR, incluindo tipos de parto. Elas claramente expressaram que os princípios dos direitos humanos precisam ser incorporados em todas as práticas, políticas e em todos os programas de treinamento relativos à assistência à saúde, e que a coerção de qualquer tipo nunca é aceitável (37).



4.4.2 Trabalho de parto e parto

Nenhuma recomendação ou declaração de boas práticas novas ou existentes foram identificadas ou desenvolvidas para este tópico. As recomendações para todas as mulheres, inclusive mulheres que vivem com HIV (mas nenhuma que seja específica para estas mulheres), podem ser encontradas nas duas publicações de 2015 da OMS a seguir: *Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice, third edition (127)*, e *Recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections (respectivamente Gravidez, parto, pós-parto e cuidados com o recém-nascidos: guia para a prática fundamental, terceira edição (127), e Recomendações para a prevenção e o tratamento das infecções maternas no período periparto [128])*.

i. Contexto

As violações dos direitos humanos vivenciadas por mulheres que vivem com HIV incluem “serem dissuadidas de ter filhos, maus-tratos durante a gestação [tais como serem negligenciadas durante o parto] e serem forçadas ou coagidas a passar pela esterilização” devido à sua condição de soropositivas (82). Muitas mulheres vivenciaram tratamento desrespeitoso, abusivo ou negligente durante o parto em estabelecimentos de saúde no mundo inteiro. Tal tratamento não apenas viola os direitos das mulheres a receberem uma assistência respeitosa, mas também pode ameaçar seus direitos à vida, à saúde, à integridade física e a viver livre de discriminação (26). Tais práticas podem ter consequências adversas diretas tanto para a mãe, quanto para o bebê (26).

Relatos sobre tratamento desrespeitoso e abusivo durante o parto em estabelecimentos de assistência à saúde incluem abuso físico flagrante, profunda humilhação e abuso verbal, procedimentos médicos coercitivos ou forçados (incluindo a esterilização), falta de confidencialidade, incapacidade de obter consentimento totalmente informado, recusa em fornecer medicação para dor, violações grosseiras da privacidade, recusa de internação em estabelecimentos de assistência à saúde, negligência de mulheres durante o parto – um momento em que elas podem sofrer complicações potencialmente fatais, evitáveis – e detenção de mulheres e de seus recém-nascidos após o parto devido à incapacidade de pagar (26, 126).

Entre outras, adolescentes, mulheres não casadas, mulheres de baixo nível socioeconômico, mulheres de minorias étnicas, mulheres migrantes e mulheres que vivem com HIV são particularmente predispostas a vivenciarem tratamentos desrespeitosos e abusivos durante o parto (26, 126).

A fim de alcançar um alto padrão de assistência respeitosa durante o parto, os sistemas de saúde devem ser organizados e gerenciados de forma a garantir o respeito pela SSR e pelos direitos humanos das mulheres (26).

Para evitar e eliminar o desrespeito e o abuso durante o parto em estabelecimentos de saúde em todo o mundo, as seguintes ações deveriam ser tomadas:

1. Garantir maior suporte de governos e parceiros de desenvolvimento para pesquisa e ação sobre desrespeito e abuso.
2. Iniciar, apoiar e sustentar programas desenvolvidos para aumentar a qualidade da atenção em saúde materna, com um forte foco na assistência respeitosa como um componente essencial da assistência de qualidade.
3. Enfatizar os direitos das mulheres a uma assistência à saúde dignificada, respeitosa durante toda a gestação e durante o parto.
4. Gerar dados relacionados a práticas de assistência respeitosa e desrespeitosa; sistemas de prestação de contas e suporte profissional significativo são necessários.
5. Envolver todas as partes interessadas, inclusive as mulheres, nos esforços para aumentar a qualidade da assistência e eliminar práticas desrespeitosas e abusivas (26).

Valores e preferências

Mulheres que vivem com HIV que participaram da GVPS destacaram o trabalho de parto e o parto como um momento de potencial negligência e assistência discriminatória, devido a percepções de profissionais da saúde sobre o HIV. Os participantes destacaram as necessidades de (i) educar famílias, amigos, comunidades e prestadores de assistência à saúde sobre os direitos das mulheres que vivem com HIV; (ii) normalizar gestação e parto “positivos”; e (iii) garantir que mulheres tenham direito à assistência e ao suporte, não condicionados à divulgação a parceiros. As mulheres também reconheceram veementemente que os profissionais da saúde podem ser muito acolhedores e prestativos no trabalho de parto e parto, especialmente quando mulheres que vivem com HIV são, elas mesmas, bem informadas sobre suas escolhas como resultado de terem tido acesso a informações relevantes, atualizadas e confiáveis sobre HIV, gestação e transmissão. O autoconhecimento e a confiança em suas próprias decisões também foram fatores importantes (37).



4.4.3 Prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto (HPP)

Recomendação existente sobre a prevenção e o tratamento da HPP

REC B.23: Recomenda-se o clameamento tardio do cordão umbilical (realizado aproximadamente 1-3 minutos após o nascimento) em todos os os nascimentos e iniciar simultaneamente a prestação dos cuidados essenciais ao recém-nascido.

(recomendação forte, qualidade da evidência moderada)

Observações

- Esta recomendação existente foi integrada a esta guia a partir da publicação de 2012, *WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage (Recomendações da OMS para a prevenção e o tratamento da hemorragia pós-parto)* (129).
- As recomendações da publicação de 2012 aplicam-se a todas as mulheres, inclusive a mulheres que vivem com HIV. Considerações específicas para mulheres que vivem com HIV estão incluídas no documento. Apenas a recomendação referida acima, sobre clameamento tardio do cordão umbilical, inclui um comentário dedicado a mulheres que vivem com HIV, da seguinte forma: “O clameamento tardio do cordão umbilical é recomendado até mesmo para mulheres que vivem com HIV ou mulheres com sorologia para HIV desconhecida”.
- Informações adicionais podem ser encontradas na publicação original, disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/1/9789241548502_eng.pdf

i. Contexto

Conforme descrito na publicação de 2012, *WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage (Recomendações da OMS para a prevenção e o tratamento da hemorragia pós-parto)*, o clameamento e corte precoces do cordão umbilical eram previamente considerados como componentes-chave do manejo ativo do terceiro estágio do parto para prevenir a HPP (129). No entanto, estes e outros componentes-chave desta abordagem (administração de uterotônicos profiláticos após o parto, tração controlada do cordão umbilical e massagem uterina) têm sido revisados e revistos, e a publicação de 2012 contém as recomendações atuais, inclusive a REC B.23 apresentada acima.

Alguns profissionais da saúde trabalhando em áreas com alta prevalência de HIV têm expressado sua preocupação relacionada ao clameamento tardio do cordão umbilical como parte do manejo do terceiro estágio do parto. Estes profissionais receiam que durante a separação placentária, uma placenta parcialmente destacada possa ser exposta ao sangue materno e que isso possa levar à microtransusão de sangue materno para o bebê.

Já foi demonstrado que o potencial de transmissão do HIV de mãe para filho pode ocorrer em três momentos: (a) microtransfusões de sangue materno para o feto durante a gestação (transmissão intrauterina de HIV), (b) exposição ao sangue materno e a secreções vaginais quando o feto passa pelo canal vaginal em partos normais (transmissão intraparto), e (c) durante a amamentação (transmissão pós-natal). Por este motivo, a principal intervenção para reduzir a transmissão perinatal é a diminuição da carga viral materna através do uso de TARV durante a gestação, o parto e o período pós-natal. Não existe evidência de que retardar o clameamento do cordão umbilical aumente a possibilidade de transmissão do HIV da mãe para o recém-nascido. O sangue materno penetra através do espaço intervilloso da placenta durante toda a gestação com um risco relativamente baixo de transmissão materna-fetal antes do parto. É altamente improvável que a separação da placenta aumente a exposição ao sangue materno, e é altamente improvável que interrompa a circulação placentária fetal (isto é, é improvável que durante a separação da placenta a circulação do recém-nascido seja exposta ao sangue materno). Assim, os benefícios comprovados do adiamento de no mínimo 1-3 minutos do clameamento do cordão umbilical após o parto do bebê superam os danos teóricos e não comprovados (129).

Valores e preferências

Para aumentar desfechos seguros de partos, as mulheres que vivem com HIV que responderam à GVPS destacaram a necessidade de normalização de uma gestação e um parto “positivos”. Elas sugeriram educação sobre os direitos das mulheres que vivem com HIV para famílias, amigos, comunidades e prestadores de assistência à saúde, além de destacarem a necessidade de garantir que as mulheres tenham direito à assistência e ao suporte, não condicionados à revelação diagnóstica para parceiros (37).



4.4.4 Prevenção da transmissão perinatal do HIV

Recomendações existentes sobre o início da terapia antirretroviral (TAR)*

REC B.24: Pode-se iniciar TAR em todas as adolescentes que vivem com HIV, independentemente do estágio clínico da OMS ou da contagem de células CD4.

(recomendação condicional, qualidade da evidência)

REC B.25: Iniciar TAR como uma prioridade, em todas as adolescentes com AIDS grave ou avançado (estádio clínica 3 ou 4 da OMS) e adolescentes com contagem de CD4 ≤ 350 células/mm³.

(recomendação forte, qualidade da evidência moderada)

Observações

- Tais recomendações existentes foram integradas a esta guia a partir da publicação de 2016 da OMS, *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach* (Guias consolidadas sobre o uso de medicamentos antirretrovirais para o tratamento e a prevenção da infecção por HIV: recomendações para uma abordagem de saúde pública [7]).
- Informações adicionais podem ser encontradas na publicação original, disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/9789241549684_eng.pdf

* Veja também a REC B.12 na seção 4.3.1.

Recomendação existente sobre a transmissão perinatal do HIV

REC B.26: Deve-se iniciar TAR em todas as mulheres vivendo com HIV, que estejam grávidas ou amamentando, independentemente do estágio clínico OMS e com qualquer contagem de células CD4 e deve ser mantida durante toda a vida.

(recomendação forte, qualidade da evidência moderada)

Observações

- Esta recomendação existente foi integrada a esta guia a partir da publicação de 2016 da OMS *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach, second edition* (Guias consolidadas sobre o uso de medicamentos antirretrovirais para o tratamento e prevenção da infecção por HIV: recomendações para uma abordagem de saúde pública, segunda edição [7]).
- Informações adicionais podem ser encontradas na publicação original, disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/9789241549684_eng.pdf

Recomendação existente e declaração de boas práticas sobre HIV e amamentação

REC B.27: Mães vivendo com HIV devem amamentar por pelo menos 12 meses e podem continuar amamentando por até 24 meses ou por mais tempo (da mesma forma que a população em geral) enquanto recebam apoio total para manter a adesão à TARV.

(recomendação forte, qualidade da evidência para 12 meses baixa, qualidade da evidência para 24 meses muito baixa)

RBP B.3: Deve-se reafirmar às mães vivendo com HIV e ao trabalhadores de saúde que a TAR reduz o risco de transmissão pós-natal do HIV quando a alimentação do bebê é mista. Embora o aleitamento materno exclusivo é a prática recomendada, passar a um sistema de alimentação misto não é uma razão para interromper o aleitamento materno devido a medicamentos ARV.

Observações

- Esta recomendação existente e a declaração de boas práticas foram integradas nesta guia a partir da publicação de 2016 da OMS e da UNICEF *Guideline: updates on HIV and infant feeding: the duration of breastfeeding, and support from health services to improve feeding practices among mothers living with HIV* (Guia: atualizações sobre HIV e alimentação infantil: a duração da amamentação, e o suporte de serviços de saúde para melhorar as práticas de alimentação entre mães que vivem com HIV [130]).
- Informações adicionais podem ser encontradas na publicação original, disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246260/1/9789241549707-eng.pdf>

Recomendações existentes sobre o incremento do trabalho de parto

REC B.28: Não se recomenda realizar exclusivamente amniotomia para prevenir a detenção do trabalho de parto.
(recomendação fraca, qualidade da evidência muito baixa)

Observação: Nas recomendações de 2014 declara-se que: “Como a amniotomia precoce pode aumentar o risco de transmissão perinatal do HIV, esta recomendação poderia ser fortalecida em contextos onde a infecção por HIV é prevalente e onde as mulheres podem ter um parto com sorologia desconhecida para o HIV”.

REC B.29: Recomenda-se a realização de amniotomia e ocitocina para tratamento do trabalho de parto quando este estiver demorado.
(recomendação fraca, qualidade da evidência muito baixa)

Observação: Nas recomendações de 2014 declara-se que: “Existe a necessidade de cautela em relação a mulheres com HIV.

Observações

- Estas recomendações existentes foram integradas a esta guia a partir da publicação de 2014, *WHO recommendations for augmentation of labour [Recomendações da OMS para o incremento do trabalho de parto (131)]*.
- Tais recomendações incluem orientação específica sobre quando as recomendações variam para mulheres que vivem com HIV, conforme detalhado nas observações acima. Outras recomendações sobre o atraso no trabalho do parto não diferem entre mulheres que vivem com HIV e outras mulheres.
- Informações adicionais podem ser encontradas na publicação original, disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf.

i. Contexto

A transmissão perinatal do HIV, também conhecida como transmissão vertical e transmissão de mãe-para-filho, refere-se à transmissão do HIV de uma mulher que vive com HIV para seu filho durante a gestação (intrauterina), trabalho de parto e parto (intraparto) e durante a amamentação (pós-parto). A prevenção da transmissão perinatal concentra-se principalmente em intervenções para evitar a transmissão intrauterina e intraparto, no início precoce de TARV e na garantia da saúde da mulher.

Os quatro componentes de uma estratégia abrangente para a prevenção da transmissão perinatal são recomendados a seguir (74):

1. Prevenção primária da aquisição do HIV entre mulheres em idade reprodutiva
2. Prevenção de gestações indesejadas entre mulheres que vivem com HIV
3. Prevenção da transmissão do HIV de mulheres que vivem com HIV para seus filhos
4. Fornecimento de tratamento, assistência e suporte adequados para mães que vivem com HIV, seus filhos e suas famílias.

No terceiro componente, que se concentra em intervenções diretas para evitar a transmissão vertical, as intervenções preventivas consistem de serviços em cascata: Teste e aconselhamento em HIV, TARV, parto seguro, alimentação mais segura para o bebê, profilaxia do bebê, intervenções pós-parto no contexto de TARV contínua, diagnóstico precoce e diagnóstico final para bebês expostos ao HIV e, finalmente, conexão da mãe e da criança a uma assistência e um tratamento apropriados (quarto componente) (10).

A comunidade global comprometeu-se com a eliminação da transmissão perinatal do HIV e da sífilis como prioridade de saúde pública. A iniciativa de eliminar a transmissão de mãe para filho (ETMI) do HIV e da sífilis concentra-se em uma abordagem harmonizada para melhorar desfechos em saúde para mulheres e crianças. Esta abordagem integrada é necessária para aumentar a eficiência e qualidade dos serviços de saúde maternos e infantis e para oferecer às mulheres serviços de cuidados primários mais abrangentes (132).

É essencial observar que no contexto dos esforços para evitar a transmissão perinatal, SSRD de mulheres que vivem com HIV devem ser preservados por meio da manutenção do foco na saúde, autonomia e nos direitos humanos para mulheres e bebês (veja Quadro 4.3).

Quadro 4.3: Uma abordagem à terapia antirretroviral (TARV) baseada nos direitos humanos

Todas as TARVs devem ser prescritas utilizando-se uma abordagem baseada nos direitos humanos. Isso significa que a mulher grávida ou que estiver amamentando recebe informações e orientações médicas completas que sejam apropriadas à sua situação, e conta com apoio para fazer escolhas voluntárias relativas ao início, continuação e adesão/ retenção da terapia médica, quando aplicável. Os profissionais da saúde devem ajudar as mulheres a abordarem de forma apropriada suas necessidades em assistência à saúde, assim como as de seus filhos.

Para obtenção de todos os quatro componentes da abordagem para se evitar transmissão perinatal do HIV, esta seção trabalha em conjunto com a seção 4.3.1 Estratégias para uma gestação segura e saudável e com a seção 4.3.2 Contracepção, para mulheres que não desejam gestar. Como em todas as áreas desta guia, para a implementação, as recomendações enfatizam uma abordagem igualitária baseada em direitos. Isto significa que todas as mulheres devem ter acesso aos recursos necessários em todos os quatro componentes e devem ser empoderadas para tomar uma decisão individual informada sobre planejamento familiar e tratamento de HIV.

O engajamento masculino construtivo, nos casos em que mulheres que vivem com HIV têm parceiros masculinos, pode apoiar bons desfechos de saúde para mulheres, crianças e famílias. O envolvimento masculino pode apoiar uma melhor comunicação entre homens e mulheres, a divisão mais igualitária da responsabilidade pela saúde familiar e melhoria de desfechos em alimentação e mortalidade de crianças. Contudo, as mulheres devem sempre ser consultadas sobre se e como elas gostariam que seus parceiros se envolvessem – o engajamento de parceiros masculinos não deve nunca ser uma condição para o acesso a serviços, nem as mulheres devem ser punidas de qualquer modo por se apresentarem para intervenções de assistência de saúde sem um parceiro masculino. Desigualdades de gênero podem afetar negativamente a prevenção da transmissão perinatal. Mais informações sobre programas de gênero transformativos para melhorar a igualdade e o envolvimento podem ser encontradas na publicação da OMS de 2012 *Male Involvement in the prevention of mother-to-child transmission of HIV (Engajamento masculino na prevenção da transmissão do HIV de mãe para filho)* (133).

Considerações adicionais sobre implementação para subsidiar os componentes 3 e 4 estão disponíveis na publicação de 2013 *Toolkit: expanding and simplifying treatment for pregnant women living with HIV: managing the transition to Option B/B+* (*Toolkit: Expandir e simplificar o tratamento de mulheres grávidas que vivem com HIV: Gerir a transição para a opção B/B+*) (134).

Considerações sobre a implementação da opção B+ para um sistema nacional de saúde incluem:

- avaliar rapidamente o progresso do programa de prevenção da transmissão vertical (PTV);
- chegar a um consenso sobre os regimes de PTMI e TARV;
- explorar a aceitabilidade da opção entre mulheres;
- identificação de políticas, procedimentos e necessidades de recursos para adoção da opção B+;
- preparar os recursos humanos, infraestrutura, cadeias de abastecimento e suprimentos do sistema de saúde para um ótimo fornecimento de serviços;
- monitorar, avaliar e garantir qualidade;
- diagnóstico precoce da criança no local de atendimento; e
- implementação dirigida pelo envolvimento da comunidade, incluindo mulheres que vivem com HIV.

Valores e preferências



As mulheres que vivem com HIV que responderam à GVPS destacaram a necessidade de as próprias mulheres que vivem com HIV saberem que é possível ter filhos nascidos sem HIV por meio do acesso a programas de prevenção da transmissão vertical, que incluem aconselhamento e suporte quanto a opções de parto e alimentação do bebê, além do acesso a tratamentos de fertilidade, se necessários. As participantes recomendaram que as guias para a prevenção da transmissão perinatal abordem a saúde mental, e que os profissionais da saúde sejam, assim, treinados para fornecer serviços relevantes. As mulheres que vivem com HIV vivenciaram violência em cenários de assistência à saúde, particularmente em relação ao teste obrigatório e a à revelação diagnóstica em contextos de assistência pré-natal. Além disso, muitas mulheres que vivem com HIV continuam a vivenciar desencorajamento de provedores de assistência à saúde com relação a conceber uma criança ou levar uma gestação a termo (tendo elas ou não filhos de gestações anteriores) chegando ao ponto de uso de pressão e linguagem críticas e abusivas para interromper uma gravidez existente.

As mulheres expressaram que, assim como em todas as intervenções em SSRD, a Opção B+ deve ser oferecida no contexto de uma abordagem baseada nos direitos humanos. Deve-se oferecer às mulheres escolhas sobre o início da terapia antirretroviral (TARV) e a duração da manutenção da TARV após o nascimento de seus filhos. A manutenção da TARV durante toda a vida, oferecida como uma opção para mulheres grávidas, que amamentam e vivem com HIV, deveria ser decidida com a mulher. Muitas participantes da pesquisa expressaram vivenciar efeitos colaterais dos medicamentos antirretrovirais (TARV), variando de leves a graves, que têm um impacto negativo sobre diversas áreas de suas vidas, inclusive sua capacidade de trabalhar e desfrutar de sua SSRD de forma plena. Algumas participantes também levantaram uma série de problemas reais ou potenciais associados ao alcance de uma carga viral indetectável. Tais problemas incluíram parar de tomar medicação na crença de estarem “curadas” e maiores desafios quanto a praticar sexo mais seguro com parceiros que as percebem como “não infectadas” (37).

4.5 Serviços de aborto seguro

4.5.1 Aborto seguro

NOVA recomendações sobre serviços de aborto seguro

REC B.30: A OMS recomenda que os serviços de aborto seguro oferecidos a mulheres que vivem com HIV que desejam realizar um aborto voluntário sejam os mesmos que se oferecem às demais mulheres.
(recomendação forte, qualidade da evidência muito baixa)

REC B.31: A OMS sugere que se deve oferecer às mulheres vivendo com HIV que desejam realizar um aborto voluntário, a possibilidade de escolher entre aborto farmacológico ou cirúrgico, da mesma forma que se oferece às demais mulheres.
(recomendação condicional, qualidade da evidência muito baixa)

Comentários

- Serviços de aborto devem ser isentos de coerção e oferecidos de maneira respeitosa e não crítica.
- Profissionais da saúde que oferecem aborto, assim como todos os profissionais da saúde, devem respeitar os direitos das mulheres que vivem com HIV (a) oferecendo acesso se desejado e (b) garantindo que as mulheres façam escolhas por si mesmas.
- Se apenas um tipo de aborto (farmacológico ou cirúrgico) for oferecido em um cenário específico, as mulheres que vivem com HIV devem ter acesso a tal opção. Opções limitadas para todas as mulheres não devem ter como resultado que mulheres que vivem com HIV tenham menos acesso do que outras mulheres.

i. Contexto

Eliminar o aborto inseguro é um dos pilares da SSR. Em 2012, a OMS publicou uma orientação sobre aborto seguro que cobre guias de assistência clínica em uma variedade de situações (32). A orientação de 2012 utilizou as seguintes definições:

Métodos farmacológicos de aborto (aborto farmacológico): Uso de medicamentos farmacológicos para interromper a gravidez. Algumas vezes os termos “aborto não cirúrgico” ou “aborto medicamentoso” também são usados.

Métodos cirúrgicos de aborto (aborto cirúrgico): Uso de procedimentos transcervicais para interromper a gravidez, incluindo aspiração uterina a vácuo e dilatação e evacuação.

Detalhes adicionais em cada tipo de método de aborto são fornecidos na publicação de 2012 da OMS, *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems (Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde [32])*. Maiores informações também estão disponíveis no *Clinical practice handbook for safe abortion (Manual de prática clínica sobre aborto seguro de 2014 [135])*. Guias sobre quem pode oferecer aborto seguro estão disponíveis no documento de 2015, *Health worker roles in safe abortion care and post-abortion contraception (Os papéis de profissionais de saúde nos cuidados de aborto seguro e contracepção pós-aborto) [136]*.

O GDG também considerou importante observar o seguinte:

- a. Mulheres que vivem com HIV são coagidas ou forçadas a realizar abortos involuntários devido ao estigma, à discriminação e a equívocos em torno de concepção, gestação e parto para mulheres que vivem com HIV; elas geralmente enfrentam hostilidade em relação a realizar seus desejos de fertilidade (28). As mulheres que vivem com HIV recebem formulários de consentimento informado sob pressão ou sem a discussão apropriada, e solicita-se que seus familiares deem consentimento em seu nome (28). O aborto nunca deve ser coagido ou forçado.
- b. O aborto seguro também deve incluir a assistência pós-aborto, conforme descrito no trecho a seguir da publicação de 2012 da OMS, *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems (Abortamento seguro: orientação técnica e política para sistemas de saúde)*:

Após um aborto induzido ou espontâneo, as mulheres devem receber uma assistência pós-aborto apropriada. Para aquelas mulheres cujos abortos foram realizados de forma não segura, a assistência pós-aborto é utilizada para atenuar a morbidade e mortalidade associadas a complicações, inclusive aspiração uterina para abortos incompletos; oferecer contracepção para evitar futuras gestações indesejadas; e conectar mulheres a outros serviços indispensáveis na comunidade. Após um aborto induzido e seguro, a assistência pós-aborto talvez não requeira acompanhamento, desde que a mulher tenha informações adequadas sobre quando buscar assistência em caso de complicações e tenha recebido insumos e informações que atendam às suas necessidades contraceptivas. Todas as mulheres devem receber informações sobre contracepção e deve-se oferecer a elas aconselhamento e métodos de contracepção pós-aborto, inclusive contracepção de emergência, antes de saírem do estabelecimento de assistência à saúde (32).

Embora existam guias sobre aborto para a população em geral, elas não especificam quaisquer questões relativas à assistência clínica que possam ser específicas para mulheres que vivem com HIV. Embora métodos de aborto farmacológico e cirúrgico sejam ambos recomendados como seguros para a população em geral, existem preocupações no sentido de que talvez eles possam ter diferentes desfechos entre mulheres que vivem com HIV. As mulheres que vivem com HIV podem ter maior risco de anemia e sangramento como consequência de um aborto cirúrgico, e os vômitos causados por medicamentos usados para o aborto farmacológico podem reduzir a eficácia da TARV para o tratamento do HIV (137).

ii. Resumo das evidências e considerações para a nova recomendação

Na reunião de delimitação do escopo, realizada em janeiro de 2015, o GDG decidiu ser necessário examinar os riscos e desfechos entre mulheres que vivem com HIV para cada tipo de aborto. O grupo desenvolveu uma pergunta PICO para abordar o tópico: **Desfechos de aborto farmacológico e cirúrgico entre mulheres que vivem com HIV diferem de desfechos entre mulheres não infectadas pelo HIV?**

Para abordar esta questão, foram incluídos na revisão sistemática os estudos que tivessem grupos comparando os desfechos de abortos legais para todas as mulheres que vivem com HIV, incluindo eficácia (aborto completo), eventos adversos graves (óbito, hospitalização, transfusão sanguínea, intervenção cirúrgica importante [como laparotomia], etc.), outros eventos adversos (como hemorragia que não demande transfusão sanguínea, vômitos) e satisfação da paciente, e que tivessem sido publicados em um artigo revisado por pares ou apresentados como resumo em alguma conferência científica (138). A revisão utilizou as definições de 2012 da OMS apresentadas acima. A revisão foi baseada em uma revisão de 2012, de Manski et al., de desfechos clínicos de abortos cirúrgico e farmacológico entre mulheres que vivem

com HIV (137). Tal revisão foi ampliada ao atualizar a busca utilizando um rigoroso processo de revisão sistemática que contemplou revisões de artigos em outros idiomas além do inglês, buscando resumos de conferências, e entrando em contato com autores para acessar dados não publicados sobre mulheres que vivem com HIV. Mais informações sobre esta nova revisão sistemática podem ser encontradas no suplemento da guia na web.

Resultados

A revisão de 2012 de Manski et al. incluiu artigos revisados por pares publicados em 2011 e descobriu poucos estudos sobre aborto cirúrgico e nenhum estudo sobre aborto farmacológico (137). Os estudos identificados naquela revisão, em grande parte, cobriram aborto ilegal ou não especificado, mas não sugeriram diferenças significativas de complicações para as mulheres soropositivas. Além disso, procedimentos ginecológicos semelhantes ou mais invasivos do que o aborto supostamente não apontaram diferenças nas complicações decorrentes da presença do vírus HIV. Mudanças em níveis de hemoglobina devido à perda de sangue por causa do aborto farmacológico em que a anemia é prevalente, e a frequência e duração do vômito devido a medicamento de aborto farmacológico são preocupações relativamente menores. Com base nos limitados dados disponíveis, os autores concluíram que tanto abortos farmacológicos quanto cirúrgicos são seguros e apropriados para mulheres que vivem com HIV.

A revisão atualizada identificou um resumo de conferência sobre complicações de abortos farmacológicos para mulheres que vivem com HIV, que atendeu aos critérios, e concluiu que esta base de evidência extremamente limitada se deve, ao menos em parte, à ilegalidade do aborto em muitos contextos com uma alta prevalência de HIV (138). No entanto, evidências indiretas de outros procedimentos ginecológicos e de saúde não sugerem uma razão clara para suspeitar que desfechos de saúde de aborto farmacológico ou cirúrgico diferem pela presença de HIV.

Qualidade das evidências para recomendações

A qualidade da evidência para ambas novas recomendações (REC B.30 e REC B.31) foi considerada muito baixa. Ela foi rebaixada duas vezes pela natureza indireta da evidência, pois não houve comparação de mulheres que vivem com HIV com mulheres sem HIV, nem do aborto farmacológico versus cirúrgico. A inconsistência não foi aplicável, pois a revisão incluiu um único estudo. Ela também foi rebaixada por imprecisão devido ao número limitado de eventos no estudo.

Fundamentação para a força e direção das recomendações

Dada a baixa qualidade da evidência, o GDG considerou não fazer quaisquer recomendações sobre aborto seguro para mulheres que vivem com HIV. Para obter uma indicação inicial das visões dos membros do GDG sobre isso, o metodologista pediu que as participantes levantassem suas mãos em apoio de fazer recomendações sobre o assunto. Não foi um voto formal, mas um auxílio à tomada de decisão para permitir que o metodologista e os dirigentes avaliassem a distribuição da opinião e posteriormente trabalhassem em busca de um consenso através de discussões adicionais. Foi decidido por consenso unânime entre todos os membros que o GDG faria recomendações, baseadas no fato de que não existiam grandes preocupações sobre danos, e que as guias existentes da OMS sobre aborto seguro não recomendam nada específico em termos do tipo de aborto clínico recomendado para mulheres que vivem com HIV. Através de um processo similar, por unanimidade, foi acordado que a REC B.30 seria forte e a REC B.31 seria condicional. A fundamentação para se considerar a REC B.30 forte foram as descobertas da GVPS, que identificaram o acesso a um aborto seguro como uma questão importante de direito humanos e de equidade de gênero para mulheres que vivem com HIV (37). Dado que atualmente não existem evidências para sugerir um método ideal de aborto para mulheres sem HIV, o GDG concordou em tornar a REC B.31 condicional, com mulheres que vivem com HIV tendo as mesmas escolhas que mulheres sem HIV.

Viabilidade

As recomendações foram consideradas viáveis, pois orientam que serviços de aborto seguro disponíveis sejam oferecidos a mulheres que vivem com HIV, caso solicitados pela mulher em questão.

Como especificado na publicação de 2012 da OMS, *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems* (*Abortamento seguro: orientação técnica e política para sistemas de saúde*):

É necessário contar com um ambiente regulatório e político favorável, a fim de garantir que cada mulher com direito legal tenha rápido acesso a um aborto seguro. Políticas devem ser concebidas com o intuito de respeitar, proteger e cumprir os direitos humanos das mulheres, atingir desfechos de saúde positivos para mulheres, promover serviços e informações de boa qualidade sobre contracepção, além de atender às necessidades particulares de mulheres pobres, adolescentes, sobreviventes de estupro e mulheres que vivem com HIV (32).

Valores e preferências



As mulheres que vivem com HIV que participaram da GVPS sinalizaram ter acesso limitado ao aborto seguro; a instabilidade financeira influenciou o acesso a serviços privados de aborto seguro. As participantes da pesquisa recomendaram que abortos e assistência pós-aborto gratuitos e seguros sejam incluídos como parte de um pacote holístico e abrangente de serviços integrados baseados em direitos de SSR e HIV para mulheres que vivem com HIV, e como parte de uma assistência pós-aborto abrangente.

As respondentes descreveram uma falta rotineira de inclusão ou escolha na tomada de decisão sobre os cuidados com sua própria SSR e sobre os caminhos da assistência, e recomendaram que princípios de direitos humanos sejam incorporados em todas as políticas, práticas e treinamentos em assistência à saúde. Em particular, mulheres nunca deveriam ser pressionadas nem coagidas a tomar qualquer determinação (especialmente interrupção de gravidez), seja explicitamente sem consentimento ou até mesmo involuntariamente (37).

4.6 Serviços especializados em infecções sexualmente transmissíveis e câncer do colo do útero

4.6.1 Infecções sexualmente transmissíveis (IST)

Recomendação existente sobre serviços de IST

REC B.32: Que se possa integrar serviços para infecções sexualmente transmissíveis (IST) e de planejamento familiar nas unidades de atendimento de pessoas vivendo com HIV.
(recomendação condicional, qualidade da evidência muito baixa)

Observações

- Esta recomendação existente foi integrada a esta guia a partir da publicação de 2016 da OMS, *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach* (Guias consolidadas sobre o uso de medicamentos antirretrovirais para tratamento e prevenção da infecção por HIV: recomendações para uma abordagem de saúde pública [7]).
- Informações adicionais podem ser encontradas na publicação original, disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/9789241549684_eng.pdf

i. Contexto

A assistência a IST inclui triagem e manejo abrangente de IST e infecções do trato genital (ITG), incluindo: sífilis, cancro mole, herpes, úlcera, vaginose bacteriana e tricomoníase resultando em infecção vaginal, candidíase vaginal, vírus do papiloma humano (HPV), câncer do colo do útero, gonorreia, clamídia e doença inflamatória pélvica (DIP).

O manejo apropriado e imediato de IST reduz o risco de complicações obstétricas e do trato genital que podem estar associadas. Embora a apresentação e a resposta ao tratamento de algumas IST – em particular herpes genital e cancro mole – possam ser alteradas em mulheres que vivem com HIV, os protocolos de tratamento padronizados são efetivos (6).

As principais guias da OMS relacionadas ao manejo de IST incluem a publicação em 2003 de, *Guidelines for the management of sexually transmitted infections* (139) (Guias para o manejo de infecções sexualmente transmissíveis), a publicação de 2005, *Sexually transmitted and other reproductive tract infections: a guide to essential practice* (140) (Infecções sexualmente transmissíveis e outras infecções do trato genital: um guia à prática essencial), e os módulos atualizados para quatro infecções específicas, publicados em 2016: *WHO guidelines for the treatment of Chlamydia trachomatis* (141) (Guias da OMS para tratamento da Clamídia trachomatis), *WHO guidelines for the treatment of Treponema pallidum (syphilis)* (142) (Guias da OMS para o tratamento de Treponema pallidum [sífilis]), *WHO guidelines for the treatment of Neisseria gonorrhoeae* (143) (Guias da OMS para tratamento de Neisseria gonorrhoeae [gonorreia]) e *WHO guidelines for the treatment of genital herpes simplex virus* (Guias da OMS para tratamento de herpes genital [vírus

da herpes simples). Considerando que as últimas quatro guias para IST já estavam em processo de atualização, o GDG decidiu não revisar as recomendações relacionadas a IST existentes e a outra orientação atual (veja o Quadro 4.4) para fins desta guia. Em referência ao HIV, todas as quatro novas guias da OMS para o tratamento de IST afirmam o seguinte:

Tanto IST ulcerativas quanto não ulcerativas estão associadas a um risco aumentado em muitas vezes de transmitir ou adquirir o HIV. As infecções que causam úlceras genitais estão associadas ao mais alto risco de transmissão de HIV; além de IST curáveis que causam úlceras (como, por exemplo, sífilis e cancro mole), infecções altamente prevalentes do tipo HSV-2 aumentam significativamente tal risco. Tem sido demonstrado que IST não ulcerativas, tais como gonorreia, clamídia e tricomoníase, aumentam a transmissão do HIV através da excreção genital do HIV. Tratar IST com os medicamentos corretos no momento certo é necessário para reduzir a transmissão do HIV e melhorar a saúde sexual e reprodutiva. Portanto, é preciso envidar esforços para fortalecer o diagnóstico e o tratamento de IST (141–144).

Quadro 4.4: Orientação específica quanto à dupla morbidade do HIV e uma IST ou infecção do trato genital (ITG)

Úlceras genitais e HIV: No cancro mole, lesões atípicas têm sido relatadas em indivíduos que vivem com HIV. As lesões tendem a ser maiores, ou lesões múltiplas podem ser acompanhadas por manifestações sistêmicas, tais como febre e calafrios. Lesões de crescimento agressivo têm sido observadas por alguns médicos, o que enfatiza a necessidade de tratamento precoce, especialmente em indivíduos que vivem com HIV. Existem evidências que sugerem que a infecção por HIV pode aumentar as taxas de insucesso do tratamento do cancro mole, especialmente quando terapias de dose única são fornecidas. Mais pesquisas são necessárias para confirmar tais observações. Em indivíduos imunodeprimidos, as lesões do herpes simples podem apresentar-se como múltiplas úlceras persistentes que demandam atenção médica, ao contrário das bolhas autolimitadas e úlceras que ocorrem em indivíduos imunocompetentes. Assim, o tratamento antiviral do herpes é particularmente importante em tais casos, e deve ser fornecido terapêuticamente ou profilaticamente para oferecer conforto ao paciente. Da mesma forma, o paciente deve receber uma educação adequada, a fim de explicar a natureza e o propósito do tratamento e para evitar falsas expectativas de cura (139).

Sífilis e HIV: Existe um aumento na transmissão vertical do HIV entre mulheres grávidas coinfetadas por sífilis e HIV (142). As recomendações de tratamento para sífilis, fornecidas pela publicação de 2016, *WHO guidelines for the treatment of Treponema pallidum (syphilis) (Guia da OMS para o tratamento de Treponema pallidum [sífilis])*, aplicam-se a todos os adultos e adolescentes (10 a 19 anos de idade), incluindo mulheres grávidas, pessoas que vivem com HIV, pessoas que são imunocomprometidas e populações-chave, inclusive trabalhadoras do sexo, homens que fazem sexo com homens (HSH) e pessoas transgênero (142).

Herpes e HIV: O vírus do herpes simples do tipo 2 (HSV-2) é de particular preocupação, devido à sua sinergia epidemiológica com a infecção e a transmissão do HIV. Pessoas com HSV-2 são aproximadamente três vezes mais propensas a adquirir HIV, e pessoas com HIV e HSV-2 têm mais chance de transmitir HIV para outras pessoas. Além disso, a infecção por HSV-2 em pessoas que vivem com HIV é geralmente mais grave e pode levar a complicações mais sérias, embora raras, tais como infecções cerebrais, oculares ou pulmonares (144). As recomendações de tratamento para o vírus simples do herpes genital, conforme dispostas em 2016 pelas *WHO guidelines for the treatment of genital herpes simplex virus (Guia da OMS para o tratamento do vírus simples do herpes genital)*, aplicam-se a todos os adultos, adolescentes (10 a 19 anos de idade), mulheres grávidas, pessoas que vivem com HIV, pessoas que são imunocomprometidas e populações-chave, inclusive trabalhadoras do sexo, HSH e pessoas transgênero. Doses sugeridas são fornecidas na publicação para pessoas que vivem com HIV e para pessoas que são imunocomprometidas para episódios clínicos recorrentes de HSV genital. Deve-se considerar o uso de terapia de supressão para HSV-2 em áreas com alta prevalência do HIV. Pacientes imunocomprometidos, incluindo aqueles com HIV, geralmente têm recorrências mais frequentes, com sintomas mais graves. Úlceras recorrentes podem causar significativa morbidade física e psicológica (144).

Candidíase vulvovaginal e HIV: A candidíase em diversos locais, incluindo a vulva e a vagina, é um importante correlato da infecção por HIV. Geralmente é bem acentuada, com recidivas frequentes. O tratamento prolongado é geralmente necessário e a terapia supressora crônica é frequentemente empregada (139).

Gonorreia e HIV: As recomendações de tratamento para infecções gonocócicas sexualmente transmitidas, conforme dispostas em 2016 pela publicação *WHO guidelines for the treatment of Neisseria gonorrhoeae (Guia da OMS para o tratamento da Neisseria gonorrhoeae)*, aplica-se a todos os adultos e adolescentes (10 a 19 anos de idade), inclusive pessoas que vivem com HIV e populações-chave, incluindo trabalhadoras do sexo, HSH e pessoas transgênero, além de mulheres grávidas (143).

De acordo com informações contidas nas *Guias consolidadas da OMS sobre prevenção, diagnóstico e tratamento e assistência do HIV para populações-chave – atualização de 2016*, “Triagem, diagnóstico e tratamento de IST devem ser fornecidos rotineiramente como parte da prevenção e assistência integral do HIV para populações-chave”, inclusive mulheres que vivem com HIV. Além disso, “o manejo de IST deve estar de acordo com a orientação existente da OMS e deve ser adaptado ao contexto nacional. Da mesma forma, ele deve ser confidencial e isento de coerção, e as pacientes devem conceder o consentimento informado para o tratamento” (10). Considerações-chave sobre IST para mulheres que vivem com HIV de populações-chave são apresentadas no Quadro 4.5.

Quadro 4.5: Considerações-chave sobre IST para mulheres que vivem com HIV pertencentes a populações-chave

- A triagem, inclusive a triagem periódica de pessoas pertencentes a populações-chave para verificação de IST assintomáticas, o diagnóstico e o tratamento de IST são partes cruciais de uma resposta abrangente ao HIV; isso inclui serviços para populações-chave. Além disso, o manejo de IST deve estar de acordo com a orientação existente da OMS e deve ser adaptado ao contexto nacional. Da mesma forma, ele deve ser confidencial e isento de coerção, e as pacientes devem conceder o consentimento informado para o tratamento.
- Na falta de teste laboratoriais, pessoas sintomáticas de populações-chave devem ser manejadas sindromicamente, de forma alinhada com as guias nacionais de manejo de IST.
- O tratamento preventivo intermitente (TIP) para IST assintomáticas deve ser oferecido a mulheres que são trabalhadoras do sexo em contextos com alta prevalência e serviços clínicos limitados, mas o TIP deve ser implementado apenas como medida de curto prazo gratuita, voluntária e confidencial, como parte de serviços integrais de saúde sexual e enquanto serviços de HIV/DST ainda estão sendo desenvolvidos em cenários onde a prevalência de IST é alta, tal como > 15% de prevalência da infecção por *N. gonorrhoeae* e/ ou *C. trachomatis*.
- Provedores de assistência à saúde devem ser sensíveis e informados a respeito das necessidades de saúde específicas de pessoas transgênero. Em particular, o exame genital e a coleta de amostras podem ser desconfortáveis ou perturbadores, tendo a pessoa passado ou não pela cirurgia de reconstrução genital.

Fonte: OMS, 2016 (10).

Valores e preferências

As participantes da pesquisa descreveram uma série de desafios em torno da tomada de decisão com relação à quando e como fazer sexo, e como alcançar uma vida sexual saudável e satisfatória. A violência perpetrada por parceiro íntimo (VPI), relações desiguais de gênero-poder, dependência econômica e saúde mental são desafios que ameaçam a autonomia corporal e a iniciativa sexual das mulheres. Para mulheres mais jovens e mais velhas, entre outras, sanções jurídicas e sociais podem atuar como barreiras ao acesso à informação e ao aconselhamento sobre relacionamentos e sexo mais seguro (inclusive prevenção contra IST), sobre como comunicar-se com parceiros sexuais sobre a questão do prazer, e como construir confiança e negociar tomadas de decisão compartilhadas. As participantes da GVPS indicaram que querem ter acesso a uma gama completa de serviços para IST e HIV, além do acesso a serviços de qualidade para prevenção, diagnóstico, tratamento e assistência para IST e HIV. Elas expressaram uma necessidade de acesso a preservativos e lubrificantes masculinos e femininos – e habilidades para usá-los – assim como informações, treinamento e conscientização sobre riscos, segurança e prazer sexuais, inclusive por meio do aprendizado, aconselhamento e compartilhamento entre pares. Mulheres de populações-chave, inclusive mulheres que são lésbicas, bissexuais e transgênero, trabalhadoras do sexo e mulheres com deficiências, todas precisam de informações personalizada de provedores de serviço que não sejam críticos e que sejam sensibilizados quanto às suas necessidades específicas para a prevenção de IST, levando em consideração sua maior vulnerabilidade à violência (37).



4.6.2 Câncer do colo do útero

Recomendação existente sobre a vacina contra o HPV para meninas

REC B.33: A OMS recomenda a vacinação de meninas com idades entre 9 e 13 anos contra o vírus do papiloma humano (HPV). As meninas que recebam a primeira dose da vacina antes dos 15 anos de idade podem ser incluídas no esquema de duas doses. O intervalo entre as duas doses pode ser de seis meses. Não existe um intervalo máximo entre as duas doses; no entanto, recomenda-se um intervalo não maior do que 12 ou 15 meses. Se o intervalo entre a primeira e a segunda dose for menor que cinco meses, então deve-se dar uma terceira dose pelo menos seis meses após a primeira dose. Pessoas imunocomprometidas, incluindo pessoas vivendo com HIV, e mulheres com 15 anos de idade ou mais também devem receber a vacina e necessitam três doses (0, 1 e 2 e 6 meses) para estar completamente protegidas.

(Força da recomendação e qualidade da evidência: informação não fornecida, mas a fonte original indica o uso da metodologia GRADE [145]).

Observações

- Esta recomendação disponível foi integrada a esta guia a partir da publicação de 2104 da OMS *Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice (Controle integral do câncer do colo do útero: guia de práticas essenciais)* (146).
- Maiores informações podem ser encontradas na publicação original, disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/144785/1/9789241548953_eng.pdf

i. Contexto

O câncer do colo do útero é o segundo câncer mais comum nas mulheres que vivem em países de baixa e média renda. As mortes por câncer do colo do útero são injustificadas, uma vez que o câncer do colo do útero é evitável e curável se for detectado e tratado de forma precoce. Mulheres que vivem com HIV têm mais chances de desenvolver infecções persistentes por HPV, com múltiplos tipos de HPV de alto risco em uma idade mais precoce, além de apresentarem uma progressão mais rápida ao pré-câncer e câncer do que mulheres que não vivem com HIV. Mulheres que vivem com HIV têm um risco de quatro a cinco vezes maior de desenvolver câncer do colo do útero, que é uma doença determinante da AIDS em mulheres com HIV (146).

Mulheres que vivem com HIV têm um risco maior de desenvolver HPV e tumores relacionados ao HPV, incluindo a neoplasia intraepitelial cervical (NIC) de grau 2 ou 3, além do carcinoma invasivo do colo do útero. Há relatos de um aumento da prevalência de HPV e NIC relacionado ao aumento da imunossupressão. A TARV não parece melhorar os desfechos para o câncer do colo do útero (146).

Os pontos acima sugerem veementemente que há uma necessidade de desenvolver protocolos de vacinação, triagem e tratamentos específicos para o câncer do colo do útero para mulheres que vivem com HIV e para todas as mulheres que vivem em países ou regiões com alta prevalência do HIV. Isso pode incluir triagem do colo do útero, tratamento de lesões pré-cancerosas e manejo do câncer invasivo. Protocolos existentes são baseados na experiência, e estudos em curso tentam determinar se tais protocolos incluem ou não as melhores práticas possíveis (146).

A publicação de 2014 da OMS, *Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice (Controle integral do câncer do colo do útero: guia de práticas essenciais)* estabelece a seguinte orientação adicional relevante para mulheres e meninas que vivem com HIV (146), e tais pontos foram considerados pelo GDG como componentes essenciais de uma abordagem completa aos SRRD de mulheres que vivem com HIV:

Triagem e tratamento do pré-câncer e câncer do colo do útero:

- A triagem do pré-câncer e câncer do colo do útero deve ser realizada em mulheres e meninas que iniciaram sua atividade sexual assim que a mulher ou menina tiver um diagnóstico de teste positivo para o HIV, independentemente da idade; essas mulheres e meninas que vivem com HIV devem ser avaliadas novamente 12 meses após o tratamento do pré-câncer, ou dentro de três anos após resultados negativos da triagem.
- Qualquer um dos três testes de triagem para o câncer do colo do útero (inspeção visual com ácido acético [VIA], teste ou citologia para HPV) podem ser usados para mulheres que vivem com HIV, assim como tratamento crioterápico e excisão eletrocirúrgica com alça (LEEP).

- A triagem do câncer do colo do útero e o seu tratamento devem ser realizados com base em escolha informada e consentimento informado.
- Mulheres que vivem com HIV cujos resultados de triagem forem negativos (isto é, sem evidência de pré-câncer) devem passar por nova triagem dentro de três anos.
- Mulheres que vivem com HIV que já foram tratadas para pré-câncer do colo do útero devem receber acompanhamento de pós-tratamento após 12 meses.
- O manejo de anormalidades, incluindo colposcopia e biópsia, não deve ser modificado com base no estado de HIV de uma mulher. Durante o processo de cicatrização após qualquer procedimento, mulheres que vivem com HIV talvez tenham uma excreção viral aumentada. No aconselhamento, é muito importante que o provedor destaque que a paciente deve discutir isso com seu(s) parceiro(s) e deve abster-se do ato sexual até completa cicatrização (146).

Manejo do câncer do colo de útero em mulheres que vivem com HIV:

- Já que não existem estudos bem desenhados ou longitudinais sobre o tratamento do câncer do colo do útero em mulheres que vivem com HIV, não existem guias informadas por evidência sobre este assunto para inclusão neste guia. Devido à sua falta, esta seção apresenta algumas práticas que são comumente utilizadas nas esferas nacional e internacional.
- É melhor que mulheres que vivem com HIV com câncer do colo do útero sejam completamente diagnosticadas, estadiadas e tratadas em uma instituição de nível terciário com a expertise apropriada. A maioria das instituições que tratam mulheres que vivem com HIV contam com equipes multidisciplinares; cada mulher é avaliada individualmente e é feita uma avaliação sobre seu estado geral de saúde e sobre a existência de outras doenças crônicas que possam comprometer ainda mais seu sistema imunológico e sua capacidade de tolerar a terapia imunossupressora anticâncer (como tuberculose).
- Tanto a radioterapia quanto a quimioterapia são terapias imunossupressoras, e, assim como cirurgias, exigem que as mulheres estejam relativamente saudáveis para evitar complicações, tais como sepse pós-operatória sangramento e lesões. Portanto, a contagem de referência de CD4 é um elemento-chave da assistência para mulheres que vivem com HIV, e deve ser um dos exames de avaliação iniciais, independentemente da extensão do câncer. As contagens de CD4 também serão necessárias para monitorar o estado imunológico da paciente durante todo o tratamento. Se a contagem de CD4 for ou ficar baixa durante a terapia, ela pode começar a receber TARV, o que pode retardar o tratamento para permitir a recuperação de seu sistema imunológico (146).

Informações adicionais, inclusive informações sobre estratégias de triagem e tratamento para mulheres soropositivas ou com estado de HIV desconhecido em áreas com altos níveis endêmicos de HIV, podem ser encontradas na publicação de 2014 da OMS *Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice [Controle integral do câncer do colo de útero: um guia para a prática essencial (146)]*.

O Quadro 4.6 apresenta considerações-chave para homens transgênero que vivem com HIV em relação ao câncer do colo do útero.

Quadro 4.6: Considerações-chave sobre o câncer do colo do útero para homens transgênero que vivem com HIV

- Homens transgênero que mantêm sua genitália feminina muitas vezes deixam de fazer a triagem do colo do útero e outros serviços de saúde sexual, pois talvez não busquem ou sejam excluídos de tais serviços. Como resultado, eles enfrentam um risco aumentado de desenvolver doença ovariana, uterina e do colo do útero.
- Após histerectomia total, se houver histórico de displasia cervical de alto grau e/ou câncer do colo do útero, um teste de Papanicolau da cúpula vaginal pode ser realizado anualmente, até que três testes normais tenham sido documentados, e então a cada dois ou três anos.
- Após a remoção dos ovários, mas com útero e colo do útero (cérvix) intactos, as guias de triagem cervical da OMS para mulheres natas podem ser seguidas. Caso não exista histórico de atividade sexual genital, isso pode ser postergado. É importante informar ao patologista sobre uso atual ou anterior de testosterona, já que a atrofia cervical pode ser confundida com displasia.

Fonte: OMS, 2016 (10).

Valores e preferências

As mulheres que participaram da GVPS expressaram que a triagem para o câncer do colo do útero entre mulheres que vivem com HIV deve ser incluída em um pacote padronizado de serviços de HIV e SRR holísticos, de qualidade, favoráveis às mulheres, confidenciais, não discriminatórios e integrados, incluindo ambientes com recursos limitados e rurais, assim como ambientes circunscritos, tais como prisões e centros de detenção (37).



Capítulo 5. Fornecimento de serviço e implementação da guia

5.1 Panorama

A meta máxima desta guia e suas recomendações e declarações de boas práticas é melhorar a qualidade de serviços de saúde e os desfechos de saúde sexual e reprodutiva e direitos (SSRD) para mulheres que vivem com HIV. O respeito, proteção e cumprimento de direitos humanos internacionalmente reconhecidos, como o direito ao mais alto padrão de saúde alcançável e o direito à não discriminação (14, 15), requerem que todas as pessoas tenham acesso a serviços de saúde de alta qualidade e economicamente acessíveis. Um processo efetivo para desenvolver e implementar uma resposta nacional ou subnacional aos SSRD de mulheres que vivem com HIV deve seguir uma abordagem centrada na mulher e os princípios orientadores de direitos humanos e igualdade de gênero, conforme resumido no Capítulo 1 (seção 1.4) e também nas estratégias descritas no Capítulo 3. Este processo envolve uma abordagem ética e baseada em direitos, e coordenação entre todas as partes interessadas, incluindo a participação significativa das mulheres que vivem com HIV. Assegurar que as necessidades e direitos de mulheres que vivem com HIV em relação à saúde sexual e reprodutiva (SSR) sejam apoiados requer alcançar padrões relacionados à disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade das instalações, suprimentos e serviços de assistência à saúde. Especificamente, além de outras iniciativas fortalecedoras do sistema de saúde, investimento em áreas como capacitação de prestadores de assistência à saúde é urgentemente necessário. Tal investimento deve ser considerado prioridade máxima porque cuidados de qualidade de SSR e apoio aos direitos de mulheres, incluindo mulheres que vivem com HIV, têm benefícios de longo alcance para indivíduos, famílias, comunidades e países afetados pelo HIV.

As recomendações e declarações de boas práticas para criação de um ambiente favorável e para intervenções de saúde apresentadas nos Capítulos 3 e 4, respectivamente, formam parte de um pacote de intervenções abrangente que são específicas para mulheres que vivem com HIV. Muitas outras considerações e intervenções de SSRD são as mesmas para a população em geral, e recomendações relacionadas a estas áreas podem ser encontradas em um leque de guias da OMS, incluindo muitas daquelas citadas nos Capítulos 3 e 4. Fatores contextuais que influenciam a implementação das regulamentações e declarações de boas práticas para os SSRD e bem-estar de mulheres que vivem com HIV estão discutidos no Capítulo 3.

A ação a respeito das recomendações desta guia requer uma estratégia que seja informada por evidências, apropriada ao contexto local e capaz de responder às necessidades e direitos de mulheres que vivem com HIV. Programas devem almejar alcançar desfechos de saúde equitativos, promover a igualdade de gênero e fornecer assistência da mais alta qualidade eficientemente em todos os momentos. O capítulo corrente concentra-se nas abordagens otimizadas para fornecimento de serviços de saúde e implementação das recomendações e declarações de boas práticas nesta guia para melhor apoiar mulheres que vivem com HIV em toda a sua diversidade. Os princípios orientadores destes esforços estão resumidos no Quadro 5.1.

Colocar estes princípios orientadores em operação, fundamentados pelos princípios de direitos humanos e igualdade de direitos com uma abordagem centrada na mulher (conforme resumido no Capítulo 1, seção 1.4) significa que:

- As necessidades, prioridades e perspectivas de mulheres e suas famílias e comunidades são centrais para o fornecimento de assistência e para o projeto de programas e serviços.
- Mulheres são reconhecidas e apoiadas como participantes ativas, assim como beneficiárias, de sistemas de saúde confiáveis que atendam às suas necessidades, seus direitos e suas preferências de forma humanizada e holística.
- A promoção da igualdade de gênero é central para garantir direitos e SSR a todas as mulheres, incluindo as mulheres que vivem com HIV, e requer reconhecimento para levar em conta os desequilíbrios existentes que excluem mulheres transgênero e a prevalência de violência baseada em gênero (VBG). Mulheres que vivem com HIV pertencentes a comunidades marginalizadas ou a populações-chave enfrentam uma multiplicidade de fatores que associam estigma, discriminação e/ou violência. Promoção de igualdade de gênero significa que mulheres são empoderadas para fazer e pôr em prática decisões em todos os aspectos de suas vidas, incluindo em relação a

gênero, sexualidade e reprodução, e para participar em seus próprios cuidados de saúde e expectativas em vez de em torno do manejo e controle de doença.

- O reconhecimento de que o âmbito individual, relacional, comunitário e social das mulheres exerce influências interativas sobre a sua SSR e direitos e, conseqüentemente, é crucial a criação de um ambiente favorável para mulheres que vivem com HIV alcançarem ótimos desfechos de SSRD.
- É necessária uma abordagem integrada à saúde e direitos humanos, incluindo ligações entre assistências para assegurar dignidade e bem-estar das mulheres que vivem com HIV.

Conforme definido no *Framework on integrated people-centred health services* (IPCHS), (Modelo de trabalho sobre serviços de saúde centrados nas pessoas - IPCHS) da OMS, “Serviços de saúde integrados e centrados nas pessoas significa colocar as necessidades abrangentes de pessoas e comunidades, não apenas doenças, no centro dos

Quadro 5.1: Princípios orientadores para uma resposta à SSR e direitos de mulheres que vivem com HIV

A maneira como são prestados os serviços foi reconhecida há muito tempo como determinante crucial de se e em que extensão as pessoas buscam os serviços de saúde de que necessitam. Um processo efetivo para desenvolver e implementar uma resposta nacional ou subnacional à SSRD de mulheres que vivem com HIV segue estes princípios orientadores:

- **Ética e direitos:** Uma abordagem baseada em ética e direitos deve informar toda a tomada de decisões. A resposta planejada e o processo de tomada de decisão em si não devem ser discriminatórios e responsabilizáveis, para mulheres que vivem com HIV em toda a sua diversidade, respeitando e preservando suas autonomias e direitos. Princípios de justiça e equidade devem ser seguidos. Isto pode incluir abordagens transformativas de gênero para fornecimento de serviços que levem em conta, enfrentem e desafiem as normas e estruturas que podem agir como barreiras ao acesso e utilização de serviços por mulheres (147).
- **Participação significativa de mulheres que vivem com HIV:** Isto é crucial para assegurar que as decisões tomadas, os planos formulados e os programas desenvolvidos sejam aceitáveis para os membros da comunidade, e respondam às necessidades da comunidade. Representantes de mulheres que vivem com HIV em toda a sua diversidade, incluindo representantes de populações-chave, devem estar envolvidos em todos os estágios, desde o desenho da resposta e durante sua implementação até o monitoramento e avaliação (M&A) (10). O empoderamento bem-sucedido da comunidade desenvolve a capacidade de membros da comunidade e organizações participarem nestes processos de maneira significativa. Organizações lideradas pela comunidade desempenham um papel crucial no fornecimento de serviços que melhor atendam às necessidades e prioridades de mulheres que vivem com HIV.
- **Envolvimento de partes interessadas:** Tratar de SSRD entre mulheres que vivem com HIV requer uma resposta multissetorial. De acordo com isso, para planejar a resposta é preciso envolver múltiplos setores.
- **Abordagem coordenada:** Os gerentes de programas nacionais de HIV, um órgão apropriado como a comissão nacional HIV, o gerente do programa nacional de saúde reprodutiva e um ponto focal apropriado dentro do ministério da saúde devem assumir responsabilidade conjunta pelo gerenciamento do processo geral de planejamento e facilitar a participação de partes interessadas e de membros da comunidade. Designar indivíduos para trabalhar especificamente no desenvolvimento e coordenação destes serviços pode facilitar a tarefa. Em países grandes e diversos, o desenvolvimento de um programa nacional requer a formulação de estratégias tanto no nível local quanto subnacional, com orientação central e coordenação em nível nacional.
- **Abertura e transparência:** As evidências e a fundamentação para as decisões devem ser publicamente disponibilizadas, incluindo informação sobre a eficiência esperada, riscos antecipados e o equilíbrio entre benefícios e resultados adversos de saúde para as mulheres que vivem com HIV.
- **Base em evidências:** Políticas, intervenções e abordagens devem ser informadas por evidências ou experiências claras.
- **Equidade:** Os programas devem almejar desfechos de saúde equitativos ao longo de todas as populações e ambientes para promover a igualdade de gênero.
- **Eficiência e sustentabilidade:** Os programas devem buscar fornecer serviços efetivos da maneira mais eficiente e assegurar que sejam sustentáveis a longo prazo.
- **Qualidade:** Os serviços devem fornecer a mais alta qualidade em todos os momentos. A qualidade pode ser um processo, requerendo contínua revisão de fornecimento de serviços e desfechos.

sistemas de saúde, e empoderar as pessoas para terem um papel mais ativo em suas próprias saúdes”.³ Este modelo de trabalho, que foi adotado pelos Estados Membros durante a World Health Assembly (Assembleia Mundial de Saúde), em maio de 2016 (148), oferece ampla orientação na implementação de uma abordagem centrada nas pessoas, onde todos tenham acesso a serviços de saúde que (i) respondam às suas preferências; (ii) sejam coordenados em torno de suas necessidades; e (iii) sejam seguros, efetivos, em tempo, eficientes e de qualidade aceitável. Esta visão promove uma continuidade de assistência que cumpre cada necessidade individual de saúde e através do curso de vida de cada indivíduo e permite que serviços de saúde sejam mais efetivos e igualitários para cumprir os desafios fundamentais enfrentados pelos sistemas de saúde de hoje. Para apoiar a implementação desta guia, será importante atualizar ou desenvolver ferramentas de implementação e incluir a comunidade de mulheres que vivem com HIV no processo de desenvolvimento.

5.2 Reformas essenciais de fornecimento de serviços

Baseada em evidências e experiência, a OMS recomenda três reformas abrangentes para melhorar o fornecimento de serviços de HIV: (1) integração; (2) descentralização; e (3) rotação de tarefas (149). Estas reformas podem, separadas ou em combinação, melhorar o acesso à assistência. Abordagens lideradas e baseadas na comunidade são parte integral para a implementação destas reformas, particularmente para mulheres que vivem com HIV. Para apoiar mulheres que vivem com HIV em toda a sua diversidade, com necessidades e preferências de SSRD variáveis e em todos os contextos sociais e epidemiológicos nos quais elas vivem, estas estratégias são melhor implementadas se baseadas em análises situacionais e executadas com consultas à comunidade de mulheres que vivem com HIV e provedores de assistência de saúde. Recomendações e declarações de boas práticas específicas relevantes para esta implementação foram apresentadas no Capítulo 3, seção de 3.2.4.

5.2.1 Integração de serviços

A meta do planejamento do programa deve ser criar sistemas de fornecimento que mais facilitem o acesso à assistência holística, que tenham uma abordagem centrada na mulher e sensível ao gênero, considerando as necessidades, aspirações e prioridades das mulheres além do HIV. A OMS recomenda integrar serviços de SSR com intervenções para HIV assim como com outros serviços clínicos relevantes, tais como para violência contra mulheres (VCM), tuberculose (TB) e tratamentos para dependência de drogas (7). A integração de serviços facilita o fornecimento de assistência abrangente e consistente. Ela também permite que indivíduos resolvam suas várias necessidades de cuidados de saúde ao mesmo tempo e em um mesmo lugar. A colaboração entre programas em todos os níveis do sistema de saúde é por isso importante para o sucesso de serviços de SSR, de HIV e outros serviços sociais e de saúde. Aspectos de coordenação que merecem consideração incluem mobilizar e alocar recursos humanos; treinamento, tutoria e supervisão de trabalhadores da saúde; obtenção e gerenciamento de medicamentos e outros suprimentos medicinais e M&A.

Serviços de saúde integrados são gerenciados e fornecidos de uma maneira que assegure que as pessoas recebam um contínuo de promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento, gerenciamento de doenças, reabilitação e cuidados paliativos em diferentes níveis e locais dentro do sistema de saúde, de acordo com suas necessidades ao longo do curso de vida (150). Isto inclui SSR assim como outros serviços que mulheres que vivem com HIV podem utilizar. A ligação de SSR e intervenções de HIV reconhece o papel vital que a sexualidade desempenha nas vidas das pessoas e da importância de se empoderar as pessoas para que façam escolhas bem informadas sobre sua SSR. As ligações e integrações de SSR estão definidas no Quadro 5.2.

Quadro 5.2: Definição de ligações e integração de SSR

Ligações: As sinergias políticas, programáticas, de serviço e de apoio entre SSR e HIV.

Integração: Os diferentes tipos de serviços de SSR e HIV e/ou programas operacionais que podem ser reunidos para assegurar resultados coletivos. Isto incluiria encaminhamentos de um serviço para outro, com base na necessidade de se oferecer serviços abrangentes.

Fonte: OMS, UNFPA, IPPF, UNAIDS, IPPF, 2005 (151).

3. Esta definição aparece no site da OMS na internet para o modelo de trabalho sobre IPCHS: <http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/en/>

Um *Integrated EMTCT commodities framework* (Modelo de pacote integrado de medicamentos para ETMI - erradicação da transmissão materno-infantil) atualizado foi desenvolvido; este trabalho envolveu colaborações entre a UNFPA, OMS e vários outros parceiros, incluindo comunidades de pessoas que vivem com HIV (152). Este modelo de trabalho vai permitir programar e gerir a cadeia de abastecimento para se ter uma visão completa da quantificação de medicamentos que devem ser disponibilizados para apoiar uma integração abrangente de programas que forneçam serviços de SSRD através de plataformas de saúde reprodutiva, materna, de recém-nascidos e crianças (SRMRC) e de planejamento familiar. Isto reúne um número de pacotes de medicamentos existentes, incluindo aqueles que perfazem um serviço abrangente de quatro componentes para erradicação da transmissão vertical (ETV) do HIV e medicamentos e dispositivos médicos para planejamento familiar, infecções sexualmente transmissíveis (IST), VBG, saúde materna, do recém-nascido e da criança (MNCH- pelas siglas em inglês) e HIV.

Para ferramentas da OMS que podem ajudar a guiar a implementação de outros serviços relacionados a HIV, veja o Quadro 5.3 e para ferramentas que oferecem orientação sobre como ligar SSR com HIV, veja Quadro 5.4.

Quadro 5.3: Orientação da OMS sobre abordagens de fornecimento para serviços relacionados ao HIV

A publicação de 2016 *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach, second edition* (Guias consolidadas sobre o uso de medicamentos antirretrovirais para tratamento e prevenção da infecção pelo HIV: recomendações para uma abordagem de saúde pública, segunda edição - 7) e a publicação de 2015 *Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV* (Guia sobre quando começar terapia antirretroviral e sobre profilaxia pré-exposição ao HIV - 153) oferecem ampla orientação sobre áreas operacionais e de fornecimento de serviço essenciais:

- Oferecer terapia antirretroviral (TARV), assistir na iniciação de TARV e oferecer apoio para adesão ao tratamento
- Retenção nos cuidados e tratamento de pacientes que vivem com HIV, através de cuidados continuados
- Integração de serviços e ligação, mais descentralização da assistência e tratamento de HIV
- Recursos humanos, incluindo rotação de tarefas
- Serviços de laboratório e diagnósticos
- Aquisição de dispositivos médicos e sistemas de gerenciamento da cadeia de abastecimento.

Quadro 5.4: Ferramentas que oferecem orientação sobre como ligar SSR a HIV

- *Sexual and reproductive health & HIV/AIDS: a framework for priority linkages, 2005* (Saúde sexual e reprodutiva & HIV/AIDS: modelo de trabalho para ligações prioritárias - 151).
- *SRH & HIV linkages resource pack, 2012* (Pacote de recursos de ligação SSR & HIV -154).
- *Integrating HIV voluntary counselling and testing services into reproductive health settings: stepwise guidelines for programme planners, managers and service providers, 2004* (Integração de aconselhamento voluntário em HIV e serviços de testagem em ambientes de saúde reprodutiva: guias passo a passo para planejadores de programas, gerenciadores e fornecedores de serviços - 155).
- *Reproductive choices and family planning for people living with HIV: counselling tool, 2012* (Escolhas reprodutivas e planejamento familiar para pessoas que vivem com HIV: ferramenta de aconselhamento - 116).
- *Rapid assessment tool for sexual and reproductive health and HIV linkages: a generic guide, 2009* (Ferramenta de avaliação rápida para saúde sexual e reprodutiva e ligações com HIV: um guia genérico - 73).

5.2.2 Descentralização de serviços

A descentralização objetiva oferecer serviços de SSR e HIV em lugares que sejam mais bem localizados para o paciente. Enquanto a descentralização pode tomar diversas formas, tal como desconcentração, delegação ou transferência, o foco aqui está no desfecho de descentralização para terapia antirretroviral (TARV) e acesso a serviços de SSR (recomendações específicas sobre isto estão no Capítulo 3, seção 3.2.4). Descentralizar o acesso a estes serviços pode ser uma reforma-chave para mulheres que vivem com HIV, visto que é uma oportunidade para melhorar o acesso a serviços, a busca de assistência e retenção no tratamento (7). Em muitos ambientes, custos de transporte e longos tempos de espera em hospitais centrais são barreiras significativas ao acesso a serviços e retenção no tratamento. Particularmente em áreas rurais, a descentralização pode reduzir a dificuldade e o custo de viagens e

encurtar tempos de espera. Se cuidadosamente planejada e implementada – com a devida consideração de sigilo e assistência de alta qualidade – a descentralização pode oferecer opções de assistência de saúde mais seguras, acessíveis e discretas, particularmente para mulheres que vivem com HIV. Pacientes potenciais ou regulares destes serviços devem ser envolvidas no planejamento e desenvolvimento dos esforços de descentralização, assim como no monitoramento e avaliação para assegurar que os serviços sejam aceitáveis e apropriados. Descentralizar a assistência ao HIV e tratamento para mulheres que vivem com HIV pode também fortalecer mais o engajamento da comunidade e ligar intervenções baseadas na comunidade com centros de saúde.

- **Abordagens baseadas na comunidade** em fornecimento de serviços podem aumentar a acessibilidade e aceitabilidade de populações-chave. Abordagens de aproximação, serviços móveis, centros de acolhimento e iniciativas baseadas em eventos são úteis para alcançar aqueles com acesso limitado a centros de saúde ou subatendidos por eles. Estas abordagens permitem ligações cruciais e encaminhamentos entre a comunidade e centros de saúde e favorecem a descentralização. Programas baseados na comunidade também podem remeter a programas liderados e fornecidos por mulheres que vivem com HIV que, por sua vez, sejam também membros de comunidades de populações-chave. Membros da equipe, incluindo pares, envolvidos em abordagens baseadas na comunidade precisam ser apropriadamente apoiados em termos de treinamento, aconselhamento, supervisão e gerenciamento e também em incentivos e remuneração.
- **Serviços liderados pela comunidade** são intervenções projetadas, fornecidas e monitoradas por membros da comunidade. Estas intervenções comunitárias permitem a membros da comunidade tratar de barreiras estruturais ao exercício de seus direitos e empoderá-los para mudar normas sociais, reduzindo assim vulnerabilidades que vão além do HIV. Por exemplo, seus papéis incluem:
 - oferecer acesso adequado e confiável a produtos (preservativos, lubrificantes e contraceptivos temporários) e serviços clínicos através da aproximação, encaminhamentos e distribuição baseada na comunidade (156);
 - responder a violência contra mulheres que vivem com HIV e implementar outras intervenções estruturais; e
 - oferecer meios formais e informais para a comunidade oferecer retorno sobre a qualidade de serviços e para engajar-se em serviços para além do programa de SSR ou HIV.

5.2.3 Rotação de tarefas e compartilhamento de fornecimento de serviços

A rotação de tarefas envolve a redistribuição racional de tarefas entre trabalhadores de saúde e prestadores leigos. Quando apropriado, trabalhadores de saúde altamente qualificados redefinem as tarefas para aqueles com menos treinamento e menos qualificações complementares (7). Muitos países enfrentam escassez de trabalhadores de saúde; a rotação de tarefas pode aumentar a efetividade e eficiência do pessoal disponível, permitindo à força de trabalho existente servir mais pessoas. Organizações lideradas pela comunidade também podem desempenhar importantes papéis em alcançar mulheres que vivem com HIV, engajá-las nesta relação, ligá-las a serviços e oferecer assistência e apoio contínuos, apoiando assim as tarefas de promoção de saúde. Recomendações específicas sobre rotação de tarefas e compartilhamento de tarefas com relação à TARV estão apresentadas no Capítulo 3, seção 3.2.4.

A publicação da OMS de 2012 *Optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting (OptimizeMNH)* (*Otimizar as funções dos trabalhadores da saúde para melhorar o acesso às intervenções-chave de saúde materna e neonatal através da rotação de tarefas [OptimizeMNH]*) recomenda tarefas que podem ser trocadas entre equipes específicas, baseado na revisão de evidências existentes (58). Muitas das recomendações naquele documento têm relevância para os SSRD de mulheres que vivem com HIV, apesar de elas não serem específicas para mulheres que vivem com HIV. Estas recomendações podem ser acessadas naquela publicação, disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77764/1/9789241504843_eng.pdf. Informação adicional sobre rotação de tarefas que podem ser consideradas com revisões adicionais de evidências, assim como tarefas cuja rotatividade não é aconselhada, também estão incluídas naquela publicação.

Adicionalmente, modelos pares a pares são estratégias de prevenção e tratamento efetivas para se alcançar mulheres e meninas que vivem com HIV. Vários programas mostraram, por exemplo, o potencial de se aumentar significativamente a testagem de HIV e sucesso no encorajamento para adesão à TARV.

- **Intervenções entre pares** – também chamadas intervenções baseadas em pares ou dirigidas por pares – são um método importante para fornecimento de serviços e troca de informações e qualificações que promovem comportamentos mais seguros entre indivíduos ou redes de mulheres que vivem com HIV. Além do fornecimento de serviços, pares podem atuar como modelos de função e oferecer suporte não julgador e respeitador que pode

contribuir para reduzir estigma aumentando a confiança entre a comunidade e trabalhadores de saúde, facilitando o acesso a serviços e melhorando sua aceitabilidade e sustentabilidade potencial.

5.3 Considerações essenciais na provisão de serviços para mulheres que vivem com HIV

Os programas precisam oferecer serviços igualitários que sejam (1) centrados nas pessoas, (2) disponíveis, (3) aceitáveis e (4) economicamente acessíveis. Mais ainda, mulheres que vivem com HIV precisam ser conscientizadas e empoderadas para tirarem proveito desses serviços. Apoio direcionado pode ajudar aquelas mulheres que experimentam desafios extremos para receber assistência. Tais mulheres podem incluir: mulheres transgênero que podem não ser consideradas qualificáveis para o acesso a “serviços femininos” em alguns ambientes, trabalhadoras do sexo, para quem os horários padrão de funcionamento dos serviços de saúde podem ser barreiras, e mulheres com deficiências, que podem ter problemas de acesso. É importante que seus direitos de saúde sexual e reprodutiva sejam apoiados, tal como devem ser para todas as mulheres. É recomendado que estas mulheres recebam serviços não estigmatizadores, sensíveis ao gênero e confidenciais em um ambiente conveniente e que intervenções sejam adotadas para evitar discriminação e reduzir estigma (92). É importante lembrar que os próprios trabalhadores da saúde podem ser mulheres que vivem com HIV.

5.3.1 Foco nas pessoas

Serviços centrados nas pessoas representam uma abordagem de assistência que conscientemente adota as perspectivas de indivíduos, famílias e comunidades e os vê como participantes em – assim como beneficiários de – sistemas de saúde confiáveis que respondem às necessidades e preferências de maneira humana e holística. Esta abordagem requer que as pessoas tenham a educação e o apoio de que precisam para tomarem decisões e participarem de sua própria assistência. Ela é organizada ao redor das necessidades de saúde e expectativas das pessoas em vez de nas doenças (157)⁴.

Para responder aos desafios enfrentados pelos sistemas de saúde de hoje, o *Framework on integrated people-centred health services* (Modelo de trabalho de serviços de saúde integrados centrados nas pessoas – IPCHS) da OMS propõe cinco direções estratégicas interdependentes para um fornecimento de serviço de saúde se tornar mais centrado nas pessoas e integrado (148):

- empoderar e engajar as pessoas através do oferecimento de oportunidades, qualificações e recursos;
- reforço da regulamentação e responsabilização;
- reorientação do modelo de assistência, de modo que serviços de assistência de saúde eficientes e eficazes sejam adquiridos e fornecidos através de modelos que priorizem serviços de assistência primários e comunitários e a coprodução da saúde;
- coordenação de serviços focados nas necessidades das pessoas em todos os níveis da assistência, assim como a promoção de atividades para integrar diferentes provedores de assistência à saúde e criar redes eficazes entre a saúde e outros setores; e
- criar um ambiente favorável que reúna as diferentes partes interessadas para assumir a mudança transformativa necessária.

Intervenções em contextos específicos dos diferentes países precisam ser desenvolvidas e negociadas localmente. Em cada contexto, a mistura exata de estratégias a serem usadas vai precisar ser projetada e desenvolvida levando em conta condições, valores e preferências locais (157).

5.3.2 Acessível

Tratar de barreiras de idade: Leis sobre idade de consentimento devem ser examinadas para se determinar seus efeitos no acesso a serviços. Os países podem considerar uma revisão de políticas sobre a idade de consentimento e criar exceções a limites de idade (p. ex. status de menor idade madura; casamento em idade infantil). Os países também podem considerar como melhor analisar a capacidade dos adolescentes para consentir.

Tornar os serviços convenientes: Os programas podem considerar o oferecimento de serviços via celular e/ ou centros de acolhimento e serviços de fim de semana e/ou em horários noturnos que facilitem o acesso. A expansão, incluindo

4. Disponível em: <http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/fullframe.pdf>

aquela baseada em eventos, intervenções de saúde digital via celular e serviços de visitação a domicílio também pode aumentar o acesso.

Descentralizar serviços: Mudar serviços de lugares centrais para bases comunitárias e/ou serviços itinerantes (p. ex. usando um veículo) e para centros de saúde periféricos pode aumentar o acesso. Por exemplo, educação sexual baseada na escola, aconselhamento de pares e atividades no nível comunitário podem disseminar mensagens comportamentais, promover seguimento de encaminhamentos a serviços, melhorar a adesão a tratamentos e aumentar a participação das pessoas em seu próprio centro de saúde.

Investimento na criação de um ambiente favorável: Os países podem apoiar o acesso a serviços de mulheres que vivem com HIV, incluindo aquelas pertencentes a populações-chave, ao investir em facilitadores cruciais como tratamento integrado, programas para aumentar a conscientização sobre direitos humanos, serviços jurídicos, programas para reduzir estigma e discriminação e treinamento para trabalhadores de saúde e funcionários da justiça.

5.3.3 Aceitável

Treinar provedores de assistência à saúde: Provedores de cuidados (incluindo trabalhadores da comunidade, trabalhadores pares de aproximação, equipe de apoio e gerenciamento) devem receber sensibilização e educação em questões específicas para mulheres que vivem com HIV, incluindo aquelas de populações-chave, e sobre práticas não discriminatórias, sensíveis ao gênero e eliminadoras de estigma. Isto pode ser alcançado através de treinamento pré-serviço e durante o serviço, ferramentas de trabalho, supervisão de suporte e seguimento de treinamento. Onde possível, o treinamento deve envolver mulheres que vivem com HIV.

Criar um ambiente seguro e solidário: Espaços seguros (para fornecimento tanto de assistência à saúde quanto de serviços sociais), confidenciais e ambientes livres de estigma podem encorajar o acesso de mulheres que vivem com HIV. Por exemplo, oferecer entradas separadas e bem iluminadas ou localizar os serviços em um lugar apropriado pode diminuir as barreiras ao acesso. Da mesma maneira, a confidencialidade deve ser respeitada, evitar revelações involuntárias de condição de soropositividade para o HIV através de diferenças entre como e onde as mulheres que vivem com HIV acessam assistência em comparação com outras pessoas. A inclusão de mulheres que vivem com HIV no planejamento do acesso a serviços pode melhorar a efetividade destes serviços. Isto também inclui mulheres que vivem com HIV que também são trabalhadoras da saúde.

Oferecer serviços de alta qualidade: Os serviços devem ser aceitáveis e de alta qualidade. Uma maneira de avaliar a qualidade é monitorar as experiências de pacientes usando indicadores nacionais e globais.

Assegurar consentimento voluntário e informado: Os programas devem promover os direitos dos indivíduos a decidirem sobre seus próprios tratamentos e devem aceitar seus direitos a recusar serviços. Todos os serviços devem ser voluntários, sem qualquer sentido de coerção ou requerimentos condicionais para obtenção de serviços ou dispositivos médicos. Informação sobre serviços e tratamentos deve ser clara, explícita e em linguagem apropriada, e também oferecida de maneira que seja acessível a mulheres de alfabetização limitada ou inexistente. A informação para adolescentes deve ser apropriada ao estágio de desenvolvimento deles.

Assegurar confidencialidade: Deve ser dada atenção à proteção de privacidade e confidencialidade – por exemplo, fechando a porta da sala de consultas ou buscando um local com privacidade para conversar. Os pacientes devem estar seguros da confidencialidade e deve-se solicitar consentimento antes de se revelar a informação a outros prestadores de assistência à saúde. Os programas devem tratar das complexidades de se manter o sigilo, particularmente em abordagens baseadas na comunidade, em aproximações e contatos de pares. Assegurar que os registros médicos são mantidos em sigilo é um passo que os provedores de assistência à saúde devem tomar para aumentar a confiança entre serviços de saúde e mulheres que vivem com HIV.

Engajar mulheres que vivem com HIV: Mulheres que vivem com HIV, incluindo aquelas que são membros de várias populações-chave, devem ser envolvidas no projeto de programas, incluindo planejamento, implementação e M&A, e também devem ser convidadas a tomar parte como prestadoras de serviço e defensoras da causa. Tal envolvimento pode aumentar o sentido de propriedade da comunidade, melhorando assim o sucesso do programa.

5.3.4 Acessibilidade econômica

Garantir recursos monetários: Os países devem usar informação estratégica atualizada, apropriada e confiável para priorizar alocação de recursos, avaliar respostas e informar processos de responsabilização, dado que o

comprometimento e financiamento dos governos são importantes. Isto inclui investimento e apoio expandido à sociedade civil, incluindo redes de pessoas que vivem com HIV, estão em risco ou afetadas pelo HIV, para melhorar o essencial papel delas na resposta.

Minimizar ou eliminar taxas: Onde for possível, o serviço deve ser disponibilizado gratuitamente ou a preços reduzidos. Seguros ou subsídios de saúde devem cobrir quaisquer taxas para serviços.

Reduzir custos: Os custos para o sistema de saúde e o usuário podem ser reduzidos através da integração e descentralização de serviços, incluindo abordagens baseadas na comunidade e lideradas por esta, usando locais convenientes e garantindo qualidade e confidencialidade. Custos para o indivíduo podem ser reduzidos ao se diminuir tempos de espera em instalações de assistência à saúde e separando visitas para consultas clínicas daquelas para entrega de remédios.

5.3.5 Considerações especiais para a SSRD de jovens mulheres transgênero que vivem com HIV

Órgãos de direitos humanos também exortaram os governos a assegurar acesso em tempo e acessível a serviços de saúde de boa qualidade, inclusive para adolescentes, fornecidos de maneira que garanta consentimento informado, respeite dignidade, garanta confidencialidade e seja sensível às necessidades e perspectivas das pessoas (158). Contudo, muitas mulheres transgênero jovens que vivem com HIV são particularmente estigmatizadas e discriminadas. Recusa a marcar consultas clínicas, recusa de tratamento ou tratamento com grande desrespeito, violação de privacidade médica, humilhação privada e menosprezo público estão entre as práticas e abusos discriminatórios que foram reportados junto com assistência apressada ou de qualidade inferior (159). O resto desta subseção destaca considerações especiais para os SSRD de mulheres transgênero jovens que vivem com HIV relevantes para uma série de questões que afetam a prestação de serviços para estas mulheres. Mais informações sobre pessoas transgênero que vivem com HIV está disponível na publicação de 2015 *Technical brief: HIV and young transgender people (Resumo técnico: HIV e pessoas jovens transgênero - 160)*.

Fornecimento de serviços

A dificuldade de negociar a tensão entre o desejo de expressar a própria identidade e o medo de ser estigmatizado, pelo fato de isto acontecer frequentemente, têm um impacto negativo no bem-estar emocional de adolescentes transgênero e pode impedi-los de buscar orientação e informação sobre identidade de gênero, assim como sobre SSR e HIV (160).

Participantes das consultas comunitárias da ONU identificaram discriminação entre prestadores de assistência à saúde como uma das barreiras mais significativas para o acesso a exame, tratamento e cuidados (evidência de consultas do HIV Young Leaders Fund [fundo HIV de jovens líderes - HYLFF] e consultas da UNFPA [160]). Pessoas transgênero jovens podem temer ter suas identidades divulgadas por prestadores de assistência à saúde. Aqueles que são abertos sobre sua identidade de gênero podem ter serviços de saúde negados. Alguns pacientes relataram terem tido tratamento HIV recusado por médicos que claramente desaprovavam suas identidades transgênero (161).

Onde os serviços estão disponíveis, prestadores frequentemente não têm experiência em trabalhar com pessoas jovens ou o conhecimento necessário para lidar com questões de saúde específicas de pessoas transgênero (162). Algumas mulheres transgênero frustram-se ao ver suas preocupações de SSRD associadas àquelas de homens que fazem sexo com homens ou ao sentir que devem educar prestadores de assistência à saúde quanto a suas necessidades. Elas também expressam preocupações com a falta de orientação de profissionais de assistência à saúde em relação a interações entre tratamento de HIV e terapia hormonal (160).

Estudos conduzidos nos EUA mostraram que pessoas transgênero que tiveram experiências negativas com prestadores de assistência à saúde tendem a evitar buscar assistência de saúde no futuro (163). Serviços não aceitos por pessoas transgênero falham em oferecer prevenção, tratamento e cuidados efetivos de HIV para esta população.

Assimilação de serviço de SSR

Pessoas transgênero jovens em relacionamentos, assim como pessoas não transgênero, podem usar preservativos menos frequentemente com seus principais parceiros que com parceiros casuais ou comerciais (160).

Barreiras à assistência de saúde entre pessoas transgênero têm sido significativamente associadas à depressão, pressão econômica e baixa autoestima, que pode reduzir taxas de uso de preservativos (164).

Trabalho sexual comercial

Evidências sugerem que uma significativa proporção de mulheres transgênero jovens vende sexo em algumas situações, frequentemente como resultado de exclusão social, vulnerabilidade econômica e dificuldade de encontrar emprego (165, 166).

Considerações para programas e fornecimento de serviços

- Assegurar que pessoas transgênero jovens tenham acesso a informação de SSR apropriada, independentemente de seu estado conjugal, sem qualquer requerimento quanto a consentimento de pais/ responsáveis (167) e que o tratamento médico sem consentimento de pais/responsáveis seja possível e efetivamente considerado quando se age no melhor interesse destes indivíduos.
- Prevenir todas as formas de violência e exploração física, emocional e sexual, seja por agentes policiais ou outros perpetradores e promover iniciativas de resposta lideradas pela comunidade.

Considerações sobre reforma de leis e políticas

- Examinar as políticas de consentimento atuais de modo a considerar a remoção de barreiras relacionadas à idade e requerimentos de consentimento de pais/responsáveis que impeçam acesso a exames de HIV e IST, tratamento e assistência. Tratar de normas sociais e estigmas em torno da sexualidade, gênero, identidades de gênero e orientação sexual através de educação sexual abrangente e apropriada à idade em escolas, informação de apoio e orientação parental para famílias, treinamento de educadores e prestadores de assistência à saúde e políticas de não discriminação no emprego (10, 168).

5.4 Compreendendo a epidemiologia do HIV e IST locais

O desenvolvimento e a implementação de um plano baseado em evidências requerem entendimento das características das populações de mulheres que vivem com HIV que são afetadas; os ambientes físicos, sociais e políticos que influenciam o risco e a vulnerabilidade; as necessidades e prioridades de mulheres que vivem com HIV e quaisquer fatores que podem propiciar ou atrapalhar esforços para tratar destas necessidades e prioridades, além da infraestrutura do sistema de saúde.

Enquanto muitos riscos, necessidades e aspirações de SSRD podem ser comuns a todas as mulheres, alguns fatores vão diferir entre mulheres que vivem com HIV e alguns serão específicos de um grupo ou contexto particular. De acordo com isto, para uma resposta local ser apropriada, aceitável e efetiva, estes riscos, necessidades e aspirações devem ser examinados localmente, e as comunidades, redes e mulheres que vivem com HIV em toda a sua diversidade local devem ser consultadas e ativamente envolvidas na análise da situação.

As pessoas sob maior risco são possivelmente pessoas que poderiam ser consideradas membros de mais de uma população-chave. Por exemplo, algumas mulheres transgênero que vivem com HIV podem também estar praticando trabalho sexual e enfrentando altos níveis de violência e discriminação, ou ter necessidades extras de saúde e bem-estar relacionadas a sua condição de soropositivas, sua identidade de gênero e/ou sua prática de trabalho sexual. Mulheres que vivem com HIV em locais carentes de recursos também podem ser sem-teto e/ou vivenciar problemas mentais ou ainda temer violência.

É crucial que o processo de reunião de informações, e a informação em si mesma, sirvam para proteger e não para colocar em risco a segurança e a privacidade de mulheres que vivem com HIV. Em qualquer época, princípios éticos devem ser observados e os direitos humanos de mulheres que vivem com HIV devem ser protegidos. Em algumas circunstâncias, determinar o tamanho da população ou mapear as necessidades de SSRD de mulheres que vivem com HIV pode involuntariamente colocar em perigo membros da comunidade ou sujeitá-las a um aumento de estigma e violência ao identificá-las como portadoras de HIV e/ou como sendo parte de grupos de populações-chave. Ao desempenhar exercícios de reunião de informação, é importante manter estrita privacidade, confidencialidade e segurança da informação coletada. Se a segurança e os direitos humanos de mulheres que vivem com HIV não puderem ser protegidos, a reunião de certos dados, tais como a identificação de locais onde vivem mulheres com HIV, deve ser evitada.

Adicionalmente, as necessidades de SSRD de mulheres que vivem com HIV mudam ao longo do tempo, assim como vários fatores contextuais e ambientais. M&A contínuos vão identificar parâmetros mutantes e tornar possível refinar ou reposicionar o foco da resposta. A análise situacional vai identificar lacunas em conhecimento e no programa para que pesquisas adicionais possam tratar destas lacunas, algumas das quais estão resumidas no Capítulo 6, Tabela 6.1.

Capítulo 6. Desenvolvimento da agenda de pesquisa

6.1 Definição das perguntas prioritárias de pesquisa para fortalecer a base da evidência

A base de evidências foi limitada por muitas das questões abordadas por novas recomendações nesta guia. As razões para isso incluíram: (i) poucos estudos rigorosos relacionados aos tópicos de interesse foram publicados em publicações revisadas por pares; (ii) houve pouca diversidade geográfica entre os estudos; e (iii) poucos desfechos de interesse foram incluídos nos estudos. A confiança da evidência foi classificada como “baixa” ou “muito baixa” para uma série de intervenções avaliadas. De acordo com a metodologia GRADE (Gradação da Qualidade da Evidência e Força das Recomendações) (9), em que a confiança da evidência é “baixa” ou “muito baixa” para desfechos importantes, isso implica que pesquisas futuras sobre tais intervenções provavelmente tenham um impacto sobre a confiança futura e subsequentes recomendações relacionadas a tais intervenções. A qualidade da evidência também foi, em geral, baixa e foi comumente afetada por imprecisão (pequeno tamanho de amostra) e por ser indireta. Em muitos casos, a evidência disponível não foi exclusiva para mulheres que vivem com HIV dentro do contexto da intervenção e, em outros casos, a evidência não teve uma apropriada comparação entre grupos contra a qual medir a intervenção. Os dados foram particularmente limitados em relação às seguintes intervenções: tipo de aborto, autoeficácia e empoderamento, satisfação sexual, apoio para divulgação diagnóstica voluntária e consolidação dos direitos humanos.

Durante o processo de desenvolvimento da guia, o Grupo de Desenvolvimento de Guia (GDG) identificou importantes lacunas de conhecimento que precisam ser abordadas por meio de pesquisas primárias adicionais. A Tabela 6.1 lista tais lacunas identificadas, mas esta não tem a intenção de ser uma lista abrangente e muitos outros tópicos também podem merecer pesquisa adicional (169).

Tabela 6.1: Perguntas prioritárias para pesquisa adicional sobre saúde sexual e reprodutiva e direitos (SSRD) de mulheres vivendo com HIV

Tópico	Perguntas de pesquisa prioritárias para abordagem de lacunas
A. Criação e manutenção de um ambiente favorável	
Envelhecimento e saúde sexual	<ul style="list-style-type: none">• Como os serviços podem apoiar da melhor forma a sexualidade saudável entre mulheres mais velhas que vivem com HIV, incluindo mulheres heterossexuais, lésbicas, bissexuais e transgênero?• Quais são os possíveis efeitos do HIV e do tratamento para HIV durante a pós-menopausa?
Proteção contra violência durante a adolescência	<ul style="list-style-type: none">• Quais são os fatores protetores e de risco associados à transição de meninas adolescentes para a fase adulta no contexto da violência e de outras barreiras a um bom nível de SSRD?• Quais são as melhores intervenções para apoiar desfechos saudáveis?
Populações de difícil alcance	<ul style="list-style-type: none">• Como os serviços para mulheres que vivem com HIV podem incorporar as preocupações de mulheres que são de difícil alcance e atendê-las de forma eficaz?• Como normas sociais positivas podem ajudar a abordar estigma e discriminação?• Como serviços adequados de saúde customizada e serviços psicossociais podem ser oferecidos a pessoas jovens transgênero (com idades entre 10-24 anos)?

Tópico	Perguntas de pesquisa prioritárias para abordagem de lacunas
A. Criação e manutenção de um ambiente favorável (continuação)	
Profissionais de saúde que são mulheres que vivem com HIV	<ul style="list-style-type: none"> • Que níveis de apoio, confidencialidade e atitudes prevalecem no sistema de saúde em relação a mulheres que vivem com HIV e que são profissionais da saúde? • O que as lideranças em assistência à saúde estão fazendo atualmente com relação ao acesso a serviços para essas mulheres? • Qual é a prevalência da violência baseada em gênero (VBG), incluindo violência por parceiro íntimo (VPI) e VBG no âmbito do trabalho, vivenciada por profissionais da saúde e que também são mulheres que vivem com HIV?
Direitos humanos e saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Como podemos efetivamente integrar direitos humanos à assistência à saúde e nos sistemas de assistência à saúde? • Como podem ser usadas as técnicas de direitos humanos para melhorar os desfechos em saúde? • Quais são os atuais abusos de direitos humanos dentro do sistema de assistência à saúde e o que pode ser feito para evitá-los?
Serviços de tratamento de HIV	<ul style="list-style-type: none"> • Quais são os efeitos de longo prazo dos medicamentos antirretrovirais (TARV) sobre a qualidade de vida de mulheres que vivem com HIV? • Quais são as implicações para saúde mental, psicossocial, física, relacional, entre outras, do tratamento de longo prazo? • O quanto as mulheres conhecem o tratamento, e como, se for pouco, isso pode ser melhorado? • Como as novas guias de tratamento podem ser implementadas da melhor forma para apoiar a boa saúde geral, reconhecendo riscos como violência e outros desafios? • Como o acesso continuado a serviços de tratamento do HIV pode ser apoiado da melhor forma em transição de modelos de financiamento deste apoio, de doador externo para o apoio local, inclusive com uso de seguro de saúde?
Integração de SSRD e serviços de HIV	<ul style="list-style-type: none"> • Como o financiamento influencia a integração do serviço, particularmente quando as prioridades e padrões do doador diferem daquelas dos programas nacionais e outros doadores? • Quais são os efeitos da prestação integrada de serviços de assistência a HIV e SSR sobre a capacidade de prestação de serviço dos profissionais de saúde, e quais são os impactos sobre os clientes?
B. Intervenções de saúde	
Empoderamento e autoeficácia	<ul style="list-style-type: none"> • Qual é a melhor forma de promover igualdade e empoderamento de mulheres que vivem com HIV em favor de uma sexualidade saudável e prazerosa?
Revelação diagnóstica segura	<ul style="list-style-type: none"> • Quais são os melhores métodos para divulgação do estado sorológico de HIV? Opções que demandam pesquisas adicionais podem incluir: notificação assistida ao parceiro e outros métodos para apoiar a revelação; métodos de teste para o HIV e divulgação segura que poderiam explicar por que as pessoas preferem não revelar e abordar barreiras de forma inovadora; suporte funcional associado à revelação (como, por exemplo, casas de segurança), particularmente em ambientes com altos níveis de outras barreiras a uma boa SSR, tais como cenários de violência; e serviços abrangentes com apoio à divulgação.
Comunicação resumida de sexualidade	<ul style="list-style-type: none"> • Quais são as intervenções mais eficazes para se apoiar relações sexuais seguras e prazerosas para mulheres que vivem com HIV que escolhem ter tais relações com base em evidências sobre sexualidade saudável e disfunção sexual entre mulheres que vivem com HIV?

Tópico	Perguntas de pesquisa prioritárias para abordagem de lacunas
Cesariana	<ul style="list-style-type: none"> Quais são as morbidades associadas à cesariana para mulheres que vivem com HIV comparadas àquelas que não têm HIV?
B. Intervenções de saúde (continuação)	
Trabalho de parto e nascimento	<ul style="list-style-type: none"> Qual é o impacto de um diagnóstico de HIV durante a gestação? Como as mulheres que são diagnosticadas durante a gestação podem ser apoiadas da melhor forma a fim de manejar desfechos negativos associados? Qual é a proporção de mulheres que são testadas para o HIV fora da gestação? Como o teste para HIV e a assistência à gestação estão relacionados? Como lactantes podem ser mantidas na assistência ao HIV? Qual é a associação entre terapia antirretroviral (TARV) e pré-eclâmpsia? Deve-se observar que as recomendações de 2011 da OMS para a prevenção e o tratamento da pré-eclâmpsia e eclâmpsia não são específicas para mulheres que vivem com HIV (170).
Aborto seguro	<ul style="list-style-type: none"> Os desfechos de aborto farmacológico e cirúrgico entre mulheres que vivem com HIV são diferentes com o uso de mifepristona e misoprostol? Deve-se observar que uma importante lacuna de pesquisa é o fato de que os estudos incluídos verificaram apenas abortos com o uso de misoprostol, em vez do uso recomendado de mifepristona e misoprostol (32).
Saúde mental	<ul style="list-style-type: none"> Qual é a associação entre o transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) em mulheres que vivem com HIV e suas experiências com o diagnóstico de HIV, suas experiências de violência e outras experiências comuns relacionadas ao HIV?

6.2 Rumo a uma abordagem apropriada para pesquisa sobre SSRD

6.2.1 Mulheres que vivem com HIV como parceiras igualitárias em pesquisa

A pesquisa sobre mulheres que vivem com HIV deve ser conduzida com, por e para mulheres que vivem com HIV, como parceiras igualitárias de pesquisa. A pesquisa desenvolvida e financiada nesta área deve incluir uma justificativa sobre por que ela é importante para mulheres que vivem com HIV.

É necessário trabalhar para garantir que os direitos humanos sejam ativamente e eficazmente integrados ao planejamento do serviço de saúde e à prestação de assistência à saúde. De forma similar, pesquisadores que atuam em SSRD devem buscar incorporar considerações a respeito dos direitos humanos e medidas de desfechos associadas aos direitos humanos em seus projetos de estudo; além disso, devem garantir que a linguagem que utilizam é apropriada ao contexto de SSRD.

Pesquisas sobre questões de pesquisa mais abrangentes devem incluir mulheres que vivem com HIV na população de estudo, e devem apresentar análises de subgrupos para demonstrar como os achados podem ser específicos a este grupo. Por exemplo, uma agenda de pesquisa mais ampla sobre prevenção de violência, incluindo o estigma, poderia examinar o papel do HIV em populações marginalizadas, tais como trabalhadoras do sexo, sem focar-se exclusivamente no HIV. Tais ligações podem fornecer conhecimentos importantes sobre ações futuras para todas as mulheres, e não apenas para aquelas que vivem com HIV.

As pesquisas devem ser respeitadas quanto às situações únicas dos participantes. Por exemplo, considerações-chave para conduzir pesquisas com mulheres que vivenciaram violência estão resumidas na publicação de 2016, *Ethical and safety recommendations for intervention research on violence against women. Building on lessons from the WHO publication: Putting women first: ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women (Recomendações éticas e de segurança para pesquisa de intervenção sobre violência contra mulheres. Elaboração a partir de lições da publicação da OMS: Colocando as mulheres em primeiro lugar: recomendações éticas e de segurança para pesquisa sobre violência doméstica contra mulheres)* (171).

Uma abordagem de pesquisa potencialmente empoderadora e orientada à ação é uma pesquisa de ação participativa (PAR). Mulheres que são ativistas ligadas a questões sobre o HIV têm chamado isso de engajamento e aprendizado respeitosos com comunidades “MIWA” (envolvimento significativo de mulheres que vivem com HIV e AIDS). A abordagem tomada no desenvolvimento desta guia e o engajamento de comunidades de mulheres que vivem com HIV

reflete uma ampla variedade e profundidade de engajamento, com resultados de pesquisa amplos e avaliação positiva detalhada que reconheçam que é possível alcançar os princípios MIWA de participação, diversidade e ética (40). Quando devidamente facilitada, a PAR pode ajudar a mudar mentalidades e impulsionar mudanças (172). Uma ferramenta útil para o planejamento da PAR é a publicação de 2014, *Participatory action research in health systems: a methods reader (Pesquisa de ação participativa em sistemas de saúde: um leitor de métodos)* (172).

6.2.2 Delineamento do estudo

A fim de aumentar a base de evidências para fazer recomendações, os estudos devem utilizar o delineamento mais rigoroso possível para responder à pergunta de pesquisa. Para perguntas sobre a efetividade de intervenções em particular, devem ser usados estudos randomizados controlados (ERC) e outros projetos comparados. No entanto, é crucial observar que o contexto é necessário para compreender o que verdadeiramente está sendo testado em um ERC, para possibilitar uma interpretação precisa dos resultados e apoiar a potencial transferência dos achados para outras populações ou cenários. Portanto, a documentação do processo qualitativo e quantitativo deve acompanhar tais estudos.

Mais pesquisa de demonstração e ciência de implementação forneceriam informações sobre como – e como não – implementar práticas recomendadas efetivamente, além de abordar uma ampla gama de outras perguntas de pesquisa potencialmente relevantes (173). A pesquisa deve ser elaborada e implementada não apenas para responder a perguntas de pesquisa, mas também facilitar possíveis ações futuras com base nos achados de pesquisa. As perguntas de pesquisa e as discussões de achados devem levar em consideração futuros recursos, contextos e atores de implementação. A adoção da pesquisa de implementação como um método válido para fornecer resultados robustos é essencial para abordar essa questão (174).

Os pesquisadores devem contextualizar sua pesquisa dentro da gama de serviços, recursos e atores de saúde relevantes disponíveis, as relações entre os atores, assim como a variedade de influências em toda a estrutura ecológica social que podem precisar ser abordadas para facilitar desfechos benéficos (175). Embora nem todo estudo possa cobrir todos os elementos de um tópico, os estudos devem esforçar-se por considerar elementos tanto clínicos quanto comportamentais de SSRD e HIV e, no mínimo, considerar as limitações de seu trabalho na falta de algum deles. Ao escrever a pesquisa, os autores devem descrever totalmente as intervenções e o contexto no qual elas operam, de forma que possam ser transferidos para outros cenários, com adaptações apropriadas, conforme necessário, para garantir a mais alta probabilidade de sucesso.

Quando for mais apropriado usar delineamentos de estudo qualitativo ou não comparados para responder à pergunta da pesquisa, os pesquisadores devem ser explícitos a respeito de seus métodos para garantir a robustez de seus resultados. Por exemplo, a fundamentação teórica, as hipóteses usadas, o nível de engajamento do pesquisador, a abordagem da amostra e as técnicas de análise devem ser elucidados. Com isso, o rigor dos estudos aumentará e a transformação dos achados em ação será mais fácil.

É importante que a pesquisa identifique conquistas, pontos fortes e plataformas sobre as quais construir, assim como desafios (38). Abordagens e paradigmas baseados em fortalezas e oportunidades (abordagem baseada em ativos) devem ser usados no planejamento, na condução e na análise do estudo da pesquisa (150). A Pesquisa de Valores e Preferências Globais (GVPS), referenciada nesta guia, é um exemplo de uma abordagem positiva à compreensão de importantes tópicos em saúde, tanto por meio da liderança oriunda da comunidade afetada, quanto por meio de pesquisas que identificam práticas positivas a partir das quais se possam criar ações (37).

6.2.3 Financiamento

Um motivo subjacente que explica a base da evidência limitada sobre mulheres que vivem com HIV é que tais mulheres são frequentemente excluídas da participação na pesquisa. É importante para construção da base de evidência desencorajar o uso da condição sorológica positiva para HIV como critério de exclusão de participação no estudo. Os financiadores deveriam apoiar estudos que incluam mulheres que vivem com HIV e que concordem voluntariamente em participar. Eles devem garantir que tais mulheres sejam apoiadas na compreensão da pesquisa e que os resultados da pesquisa sejam compartilhados com essas participantes. Além disso, a precariedade financeira enfrentada por muitas mulheres que vivem com HIV precisa ser reconhecida e abordada quando se deseja envolver de forma significativa mulheres que vivem com HIV, uma vez que seu tempo e envolvimento geralmente não são compensados.

Capítulo 7. Disseminação, aplicabilidade e atualização da guia e recomendações

7.1 Disseminação

Esta guia estará disponível online para download e também como publicação impressa. As versões online estarão disponíveis nos sites do Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisas Conexas - RHR, Departamento de HIV/AIDS e através da Biblioteca de Saúde Reprodutiva - RHL).⁵ Versões impressas serão distribuídas para os escritórios da OMS regionais e em diferentes países, assim como em ministérios de saúde e parceiros nacionais no controle da AIDS, centros que colaboram com a OMS, ONGs parceiras e associações profissionais, além de comunidades de pessoas que vivem com HIV. Encontros técnicos serão organizados em conjunto pelos departamentos RHR e HIV da OMS para compartilhar recomendações e produtos derivados, que incluirão ferramentas para as implementações de novas recomendações e declarações de boas práticas. Para a recomendação sobre revelação diagnóstica segura da condição de soropositividade para HIV, por exemplo, a OMS está desenvolvendo um módulo destinado a provedores de assistência de saúde, particularmente prestadores de serviços de testagem e aconselhamento de HIV, para auxiliar mulheres em risco de experimentar violência de parceiro íntimo a tomarem decisões sobre a revelação que levem em conta a segurança. Este módulo terá de ser usado em conjunto com o guia clínico da OMS *Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence (Cuidados de saúde para mulheres vítimas de violência perpetrada por parceiro íntimo ou violência sexual)*, que oferece orientação geral do tipo “como fazer” para prestadores de assistência à saúde que cuidam de mulheres que vivenciam violência, incluindo dicas práticas e ferramentas de serviço (176). Dois conjuntos de sínteses de evidências também serão desenvolvidos – um conjunto para formuladores de políticas e gerenciadores de programas e outro para profissionais de assistência à saúde – destacando as questões contextuais relacionadas a recomendações e implementações.

Se os recursos financeiros permitirem, os planos de disseminação vão incluir também workshops e palestras com diferentes partes interessadas nos níveis global e regional. Espera-se que planos detalhados para a produção das sínteses de evidências e das ferramentas de implementação, assim como para disseminação e implementação da guia, sejam formulados em colaboração com os parceiros implementadores, partes interessadas nacionais e comunidades nacionais de mulheres que vivem com HIV, e tudo isto deve permitir que produtos derivados sejam feitos sob medida para as necessidades nos diferentes contextos nacionais.

O sumário executivo e as recomendações desta publicação devem ser traduzidos para as seis línguas das Nações Unidas de modo a disseminá-las em escritórios regionais da OMS durante encontros organizados ou acompanhados pelas equipes dos departamentos RHR e HIV da OMS, entre outros.

A guia será lançada no site do departamento RHR bem como em “HRP News”, sua newsletter eletrônica mensal⁶. HRP News tem atualmente mais de 3 mil assinantes, incluindo clínicos, gerenciadores de programas, formuladores de políticas e usuários de serviços de saúde em todo o mundo. Esta guia também será compartilhada através de várias plataformas de compartilhamento de conhecimento, incluindo a iniciativa Implementing Best Practices (IBP)⁷ e o site do Interagency Working Group on SRR & HIV Linkages⁸; both groups reach key partners working in the field of SRHR and HIV. In addition, a number of articles will be published presenting the systematic and literature reviews that were conducted for the development of this guideline (see Annex 4) ambos alcançam parceiros-chave em ação no campo de SSRD e HIV. Somando-se a isto, um certo número de artigos será publicado apresentando as revisões sistemática

5. Available at: <http://apps.who.int/rhl/en/>

6. Please see the “What’s new?” page of the RHR/HRP website, which includes a link to subscribe to HRP News: <http://www.who.int/reproductivehealth/news/en/>

7. For further information, see: <http://www.ibpinitiative.org/>

8. For further information, see: <http://srhhivlinkages.org/>

e de literatura empreendidas para o desenvolvimento desta guia (veja Anexo 4) e apresentando também as recomendações e considerações-chave em implementação, de acordo com as políticas de acesso aberto de copyright da OMS.

Em um esforço para aumentar a disseminação de guias da OMS em SSRD, uma função de busca com capacidade de pesquisar a base de dados de guias e recomendações da OMS foi recentemente criada e lançada pelo Departamento de RHR. As recomendações destas guias estarão assim disponibilizadas através desta nova função de busca.⁹

7.2 Aplicabilidade

7.2.1 Impacto antecipado da guia

A implementação efetiva das recomendações e declarações de boas práticas nesta guia possivelmente vai requerer reorganização de assistência e redistribuição de recursos de assistência à saúde, particularmente em países de baixa e média rendas (PBMRs). As barreiras potenciais à implementação incluem o seguinte:

- falta de recursos humanos com especialização necessária para implementar, supervisionar e dar suporte a práticas recomendadas, incluindo aconselhamento de paciente;
- falta de infraestrutura para apoiar a intervenção;
- falta de espaço físico para executar o aconselhamento individual ou de grupo;
- falta de recursos físicos, tais como equipamentos, kits de testagem, medicamentos e suplementos nutricionais;
- falta de mecanismos efetivos de encaminhamento e serviços integrados de SRR/HIV e canais de assistência para mulheres identificadas como necessitadas de assistência adicional (p. ex. para TB ou malária);
- falta de entendimento do valor das novas intervenções recomendadas entre provedores de assistência à saúde e gerentes de sistemas de saúde;
- falta de sistemas de informação de gerenciamento de saúde (HMIS) projetados para documentar e monitorar práticas recomendadas (p. ex., prontuários de pacientes e registros).

Dadas as barreiras potenciais observadas acima, uma abordagem por fases ou gradual para adoção, adaptação e implementação das recomendações da guia pode ser uma medida prudente. Várias estratégias para garantir a abordagem baseada na mulher e os princípios orientadores de direitos humanos e igualdade de gênero que sustentam esta guia, além de maneiras de tratar barreiras e facilitar implementação, foram sugeridos na lista de considerações no Capítulo 5, seção 5.1.

7.2.2 Monitoramento e avaliação do impacto da guia

É crucial que sistemas de monitoramento e avaliação (M&A) sejam práticos, não demasiadamente complicados e coletem informação atualizada, útil e que possa ser rapidamente aplicada. A implementação e impacto destas recomendações vai ser monitorada nos níveis regional e nacional do serviço de saúde, baseados em critérios e indicadores claramente definidos que estão associados a alvos acordados localmente e, quando possível, com o envolvimento de mulheres que vivem com HIV.

As agências parceiras da ONU e da OMS desenvolveram modelos de trabalho para monitorar os cuidados de saúde e as respostas do sistema de saúde ao HIV e SSRD na população em geral e entre as pessoas que vivem com HIV. Exemplos selecionados desses modelos estão listados no Quadro 7.1 e cada um recomenda um conjunto de indicadores ou ações de nível nacional. Alguns também oferecem indicadores ou ações recomendadas nos níveis global, subnacional e comunitário. Esses indicadores analisam fatores-chave relacionados ao ambiente favorável, medem a disponibilidade, cobertura e qualidade de intervenções específicas e examinam os resultados e impactos das intervenções. Além disso, o Interagency Working Group on SRH & HIV Linkages e vários especialistas em M&A, incluindo representantes de países, doadores, agências da ONU e da sociedade civil, empreenderam um processo colaborativo para identificar e analisar indicadores e ferramentas existentes e fornecer recomendações para um compêndio de indicadores que podem ser usados para medir a integração e ligações entre SSR e HIV nos níveis de sistema e de fornecimento de serviços, assim como em níveis de rendimento, resultado e impacto. Os resultados deste processo foram publicados sob o título *SRH and HIV linkages compendium: indicators and related assessment tools (Compêndio de Ligações entre SSR e HIV: indicadores e ferramentas de avaliação relacionadas) (177)* em 2014.

9. Available at: search.optimizemnh.org

Tendo isto por base, foi desenvolvido o *SRHR and HIV Linkages Index (Índice de Ligações entre SSR e HIV)*, cuja publicação está prevista para 2017;¹⁰ este Index oferece o primeiríssimo índice composto para medição do progresso dos países em direção à ligação de SSRD e HIV em 60 países, usando 30 indicadores. O Index pode ser usado para apoiar campanhas para melhorar as ligações entre SSRD e HIV, para subsidiar a tomada de decisões para programas focais e para medir o progresso em ligações SSRD e HIV. Juntos, os indicadores medem a qualidade do processo de ligação/integração entre SSRD e HIV, inclusive para pessoas que vivem com HIV.

Em colaboração com as equipes de M&A dos departamentos RHR e HIV da OMS, dados sobre a implementação das recomendações em níveis de país e de região serão coletados para avaliar seus impactos de médio e curto prazo em políticas nacionais de estados membros da OMS, tomados individualmente.

Quadro 7.1: Modelos de trabalho selecionados para monitoramento da resposta de cuidados de saúde e sistema de saúde ao HIV e SSRD

Modelos de trabalho e informações adicionais, incluindo indicadores e ações recomendados, podem ser encontrados nas seguintes publicações:

- *Tool to set and monitor targets for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations (Ferramenta para implementar e monitorar metas para prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados do HIV para populações-chave)*, 2015 (178)
- *Consolidated strategic information guidelines for HIV in the health sector*, (Guias consolidadas de informação estratégica para o HIV no setor de saúde), 2015 (179)
- *Monitoring & evaluation framework for antiretroviral treatment for pregnant and breastfeeding women living with HIV and their infants (IATT Option B/B+ M&E Framework)*, 2015 (Modelo de monitoramento e avaliação de tratamento antirretroviral para mulheres grávidas e lactantes vivendo com HIV e para seus recém-nascidos (Opção B/B+ (180)
- *A tool for strengthening gender-sensitive national HIV and sexual and reproductive health (SRH) monitoring and evaluation systems*, 2016 (Uma ferramenta para fortalecer sistemas nacionais sensíveis à questões de gênero de monitoramento e avaliação do HIV e da saúde sexual e reprodutiva SSR (181)
- *Ensuring human rights within contraceptive service delivery: implementation guide*, 2015 (Assegurar perspectiva de direitos humanos no serviço de fornecimento de contraceptivos: guia de implementação) (30).

7.3 Atualização da guia

De acordo com o conceito GREAT Network (Guideline-driven, Research priorities, Evidence synthesis, Application of evidence, and Transfer of knowledge - conduzido por guias, prioridades de pesquisa, síntese de evidências, aplicação de evidências e transferência de conhecimento - Rede GREAT), que emprega um processo sistemático e contínuo de identificação e preenchimento de lacunas subsequentes à implementação de guias (182), esta guia será atualizada cinco anos após a publicação, a não ser que apareçam evidências novas significativas que exijam revisão antecipada. O Grupo Orientador da OMS continuará a acompanhar desenvolvimentos de pesquisa na área de SSRD de mulheres que vivem com HIV, particularmente por haver muitas áreas para as quais não foi encontrada evidência ou que são baseadas em evidências de baixa qualidade, onde novas recomendações ou uma mudança na recomendação publicada, respectivamente, podem ser necessárias. Qualquer preocupação sobre a validade de uma recomendação será comunicada prontamente e serão tomadas as devidas providências para atualizar a recomendação conforme necessário. À medida em que a guia se aproximar do final dos cinco anos de período de validade proposto, o encarregado técnico responsável (ou outra pessoa da equipe da OMS designada), em conjunto com o Grupo Orientador da OMS, vai analisar a vigência das recomendações e a necessidade de nova orientação naquele tópico. Isto será conseguido através da execução de um exercício de definição entre as pessoas que vivem com HIV, especialistas técnicos, profissionais e pesquisadores de assistência à saúde para identificar áreas controversas ou prioritárias onde orientação suplementar baseada em evidência possa ser necessária.

Todos os produtos técnicos desenvolvidos durante o processo de desenvolvimento desta guia – incluindo relatórios completos de revisões sistemáticas, estratégias de busca correspondentes e datas de busca – serão arquivados no arquivo departamental compartilhado para futuras referências e uso. Onde houver questões sobre a validade de uma

10. Information will be available soon at: toolkit.srhivlinkages.org

recomendação particular baseada em novas evidências, uma revisão sistemática que trate da questão primária será atualizada. Para atualizar a revisão, a estratégia de busca usada para a revisão inicial será aplicada, seja pela mesma equipe de revisão sistemática ou por outra equipe, se a primeira não estiver mais disponível. Quaisquer novas questões identificadas no acompanhamento do exercício de definição ao final dos cinco anos serão submetidas a um processo similar de recuperação de evidência, síntese e graduação, de acordo com padrões do *WHO handbook for guideline development (Manual para desenvolvimento de guias da OMS)* (39).

O processo de desenvolvimento da guia identificou um número significativo de lacunas de conhecimento, que estão destacadas no Capítulo 6 (Tabela 6.1). A OMS almeja desenvolver orientações adicionais em torno de tópicos voltados para a promoção da equidade, viáveis de serem implementados e que contribuam para melhorias de SSRD de mulheres que vivem com HIV, de modo que recomendações adequadas possam ser incluídas em uma futura atualização desta guia.

Referências

1. Facts and figures: HIV and AIDS prevalence and new infections. In: UN Women [website]. 2017 (<http://www.unwomen.org/en/what-we-do/hiv-and-aids/facts-and-figures>, acesso: 3 Fevereiro 2017).
2. Addressing violence against women and HIV/AIDS: what works? Geneva: World Health Organization, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2010 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44378/1/9789241599863_eng.pdf, acesso 3 Março 2017).
3. Together we will end AIDS. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2012 (http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/JC2296_UNAIDS_TogetherReport_2012_en.pdf, acesso 3 Março 2017).
4. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. General Comment No. 22 (2016) on the Right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights). New York (NY): United Nations Economic and Social Council; 2016 (E/C.12/GC/22; <https://www.escri-net.org/resources/general-comment-no-22-2016-right-sexual-and-reproductive-health>, acesso 6 Março 2017).
5. Loutfy M, Khosla R, Narasimhan M. Advancing the sexual and reproductive health and human rights of women living with HIV. *J Int AIDS Soc.* 2015;18(Suppl 5):20760. doi:10.7448/IAS.18.6.20760.
6. World Health Organization (WHO), United Nations Population Fund. 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. Geneva: WHO; 2006 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/sexualreproductivehealth.pdf>, acesso 6 Março 2017).
7. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach, second edition. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208825/1/9789241549684_eng.pdf, acesso 6 Março 2017).
8. Bras M, Narasimhan M, Loutfy M, Khosla R (editors). Sexual and reproductive health and human rights of women living with HIV. *J Int AIDS Soc.* 2015;18(Suppl 5) (<http://www.jiasociety.org/index.php/jias/article/view/20834/pdf>, acesso 6 Março 2017).
9. GRADE [website]. The GRADE Working Group; 2016 (<http://gradeworkinggroup.org/>, acesso 6 Março 2017).
10. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations – 2016 update. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246200/1/9789241511124-eng.pdf>, acesso 3 Março 2017).
11. Consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/en/>, acesso 6 Março 2017).
12. Carter AJ, Bourgeois S, O'Brien N, Abelsohn K, Tharao W, Greene S et al.; CHIWOS Research Team. Women-specific HIV/AIDS services: identifying and defining the components of holistic service delivery for women living with HIV/AIDS. *J Int AIDS Soc.* 2013;16:17433. doi:10.7448/IAS.16.1.17433.
13. Dilmitis S, Edwards O, Hull B, Margolese S, Mason N, Namiba A et al. Language, identity and HIV: why do we keep talking about the responsible and responsive use of language? *Language matters.* *J Int AIDS Soc.* 2012;15(Suppl 2):17990. doi:10.7448/IAS.15.4.17990.
14. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. United Nations, Treaty Series. United Nations General Assembly; 1966;993:3 (<http://www.refworld.org/docid/3ae6b36c0.html>, acesso 20 Fevereiro 2017).
15. General recommendations made by the Committee on the Elimination of Discrimination against Women on the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW). New York (NY): United Nations; 2000–2009 (<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm>, acesso 2 Março 2017).

16. Universal Declaration of Human Rights. New York (NY): United Nations General Assembly; 1948 (<http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>, acesso 20 Fevereiro 2017).
17. Programme of Action of the International Conference on Population and Development. In: Report of the International Conference on Population and Development (Cairo, 5–13 September 1994). United Nations Population Information Network (POPIN), Population Division, Department of Economic and Social Affairs; 1994 (A/CONF.171/13; <http://www.un.org/popin/icpd/conference/offeng/poa.html>, acesso 4 Janeiro 2017).
18. Sustainable development goals. In: United Nations Sustainable Development Knowledge Platform [website]. New York (NY): United Nations Department of Economic and Social Affairs; 2016 (<https://sustainabledevelopment.un.org/sdgs>, acesso 5 Janeiro 2017).
19. Global Strategy for Women's, Children's and Adolescent's Health (2016–2030): Survive, Thrive, Transform. New York (NY): Every Woman Every Child; 2015 (http://globalstrategy.everywomaneverychild.org/pdf/EWEC_globalstrategyreport_200915_FINAL_WEB.pdf, acesso 6 Março 2017).
20. Khosla R, Van Belle N, Temmerman M. Advancing the sexual and reproductive health and human rights of women living with HIV: a review of UN, regional and national human rights norms and standards. *J Int AIDS Soc.* 2015;18(Suppl 5):20280. doi:10.7448/IAS.18.6.20280.
21. Kumar S, Gruskin S, Khosla R, Narasimhan M. Human rights and the sexual and reproductive health of women living with HIV – a literature review. *J Int AIDS Soc.* 2015;18(Suppl 5):20290. doi:10.7448/IAS.18.6.20290.
22. Framework for ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/133327/1/9789241507745_eng.pdf, acesso 6 Março 2017).
23. Sexual health, human rights and the law. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/175556/1/9789241564984_eng.pdf, acesso 6 Março 2017).
24. Temmerman M, Khosla R, Say L. Sexual and reproductive health and rights: a global development, health, and human rights priority. *Lancet.* 2014;384(9941):e30–e31. doi:10.1016/S0140-6736(14)61190-9.
25. Brief sexuality-related communication: recommendations for a public health approach. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170251/1/9789241549004_eng.pdf, acesso 6 Março 2017).
26. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth: WHO statement. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/1/WHO_RHR_14.23_eng.pdf, acesso 6 Março 2017).
27. Reproductive, maternal, newborn and child health and human rights: a toolbox for examining laws, regulations and policies. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/126383/1/9789241507424_eng.pdf, acesso 6 Março 2017).
28. Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization: an interagency statement, OHCHR, UN Women, UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF and WHO. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112848/1/9789241507325_eng.pdf, acesso 6 Março 2017).
29. Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services: guidance and recommendations. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102539/1/9789241506748_eng.pdf, acesso 6 Março 2017).
30. World Health Organization (WHO). Ensuring human rights within contraceptive service delivery: implementation guide. Geneva: United Nations Population Fund (UNFPA) and WHO; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/158866/1/9789241549103_eng.pdf, acesso 6 Março 2017).
31. Ensuring human rights within contraceptive programmes: a human rights analysis of existing quantitative indicators. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/126799/1/9789241507493_eng.pdf, acesso 6 Março 2017).

32. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems, second edition. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/1/9789241548434_eng.pdf, acesso 28 Fevereiro 2017).
33. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems: legal and policy considerations. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/173586/1/WHO_RHR_15.04_eng.pdf, acesso 6 Março 2017).
34. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR), Harvard FXB Center for Health and Human Rights, the Partnership for Maternal, Newborn and Child Health (PMNCH), the United Nations Population Fund (UNFPA), World Health Organization (WHO). Summary reflection guide on a human rights-based approach to health: application to sexual and reproductive health, maternal health and under-5 child health: health workers. United Nations; 2016 (http://hrbaportal.org/wp-content/files/RGuide_HealthWorkers_WEB.pdf, acesso 6 Março 2017).
35. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR), Harvard FXB Center for Health and Human Rights, the Partnership for Maternal, Newborn and Child Health (PMNCH), the United Nations Population Fund (UNFPA), World Health Organization (WHO). Summary reflection guide on a human rights-based approach to health: application to sexual and reproductive health, maternal health and under-5 child health: health policy makers. United Nations; 2015 (http://hrbaportal.org/wp-content/files/RGuide_HealthPolicyMakers.pdf, acesso 6 Março 2017).
36. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR), Harvard FXB Center for Health and Human Rights, the Partnership for Maternal, Newborn and Child Health (PMNCH), the United Nations Population Fund (UNFPA), World Health Organization (WHO). Summary reflection guide on a human rights-based approach to health: application to sexual and reproductive health, maternal health and under-5 child health: national human rights institutions. United Nations; 2015 (http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/Health/RGuide_NHRInsts.pdf, acesso 6 Março 2017).
37. Orza L, Welbourn A, Bewley S, Crone ET, Vazquez M; Salamander Trust. Building a safe house on firm ground: key findings from a global values and preferences survey regarding the sexual and reproductive health and human rights of women living with HIV. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://salamandertrust.net/wp-content/uploads/2016/09/BuildingASafeHouseOnFirmGroundFINALreport190115.pdf>, acesso 6 Março 2017).
38. Narasimhan M, Orza L, Welbourn A, Bewley S, Crone T, Vazquez M. Sexual and reproductive health and human rights of women living with HIV: a global community survey. *Bull World Health Organ*. 2016;94(4):243–9. doi:10.2471/BLT.14.150912.
39. WHO handbook for guideline development. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/145714/1/9789241548960_eng.pdf, acesso 6 Março 2017).
40. Namiba A, Orza L, Bewley S, Crone ET, Vazquez M, Welbourn A. Ethical, strategic and meaningful involvement of women living with HIV starts at the beginning. *J Virus Erad*. 2016;2(2):110–1. PMID:PMC4965241.
41. Atkins D, Best D, Briss PA, Eccles M, Falck-Ytter Y, Flottorp S et al.; GRADE Working Group. Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*. 2004;328(7454):1490. doi:10.1136/bmj.328.7454.1490.
42. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, Schünemann HJ; GRADE Working Group. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*. 2008;336(7650):924–6. doi:10.1136/bmj.39489.470347.AD.
43. Andrews JC, Schünemann HJ, Oxman AD, Pottie K, Meerpohl JJ, Coello PA et al. GRADE guidelines: 15. Going from evidence to recommendation—determinants of a recommendation’s direction and strength. *J Clin Epidemiol*. 2013;66(7):726–35. doi:10.1016/j.jclinepi.2013.02.003.

44. Balshem H, Helfand M, Schünemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *J Clin Epidemiol*. 2011;64(4):401–6. doi:10.1016/j.jclinepi.2010.07.015.
45. Schünemann H, Bro ek J, Guyatt G, Oxman A. GRADE handbook: handbook for grading the quality of evidence and the strength of recommendations using the GRADE approach. Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation (GRADE) Working Group; 2013 (<http://gdt.guidelinedevelopment.org/app/handbook/handbook.html>, acesso 31 Janeiro 2017).
46. The WHO Health Systems Framework. In: Health services development [website]. Manila: World Health Organization Western Pacific Region; 2017 (http://www.wpro.who.int/health_services/health_systems_framework/en/, acesso 6 Março 2017).
47. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization; 2007 (http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf, acesso 4 Janeiro 2017).
48. Larson HJ, Bertozzi S, Piot P. Redesigning the AIDS response for long-term impact. *Bull World Health Organ*. 2011;89(11):846–52. doi:10.2471/BLT.11.087114.
49. Lowther K, Harding R, Ahmed A, Gikaara N, Ali Z, Kariuki H et al. Conducting experimental research in marginalised populations: clinical and methodological implications from a mixed-methods randomised controlled trial in Kenya. *AIDS Care*. 2016;28(Suppl 1):60–3. doi:10.1080/09540121.2016.1146214.
50. Niu L, Luo D, Liu Y, Silenzio VM, Xiao S. The mental health of people living with HIV in China, 1998–2014: a systematic review. *PLoS One*. 2016;11(4):e0153489. doi:10.1371/journal.pone.0153489.
51. Vo QT, Hoffman S, Nash D, El-Sadr WM, Tymejczyk OA, Gadisa T et al. Gender differences and psychosocial factors associated with quality of life among ART initiators in Oromia, Ethiopia. *AIDS Behav*. 2016;20:1682. doi:10.1007/s10461-016-1396-8.
52. Orza L, Bewley S, Logie CH, Crone ET, Moroz S, Strachan S, et al. How does living with HIV impact on women's mental health? Voices from a global survey. *J Int AIDS Soc*. 2015;18(Suppl 5):20289. doi:10.7448/IAS.18.6.20289.
53. Psychosocial support. In: HIV/AIDS topics [website]. Geneva: World Health Organization; undated (<http://www.who.int/hiv/topics/psychosocial/support/en/>, acesso 4 Janeiro 2017).
54. Malarly M, Khani S, Pourasghar M, Moosazadeh M, Hamzehgardeshi Z. Biopsychosocial determinants of hypoactive sexual desire in women: a narrative review. *Mater Sociomed*. 2015;27(6):383–9. doi:10.5455/msm.2015.27.383-389.
55. EngenderHealth, GNP+, ICW, IPPF, UNAIDS, Young Positives. Advancing the sexual and reproductive health and human rights of people living with HIV: a guidance package. Amsterdam: The Global Network of People Living with HIV/AIDS (GNP+); 2009 (https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/guidance_package.pdf, acesso 6 Março 2017).
56. Paudel V, Baral KP. Women living with HIV/AIDS (WLHA), battling stigma, discrimination and denial and the role of support groups as a coping strategy: a review of literature. *Reprod Health*. 2015;12:53. doi:10.1186/s12978-015-0032-9.
57. Beres LK, Narasimhan M, Robinson JL, Welbourn A, Kennedy CE. Non-specialist psychosocial support interventions with women living with HIV: a systematic review. *AIDS Care*. 2017 (under review).
58. WHO recommendations: optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77764/1/9789241504843_eng.pdf, acesso 6 Março 2017).

59. Mental health action plan 2013–2020. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf, acesso 6 Março 2017).
60. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/1/9241545615_eng.pdf, acesso 6 Março 2017).
61. Chandra-Mouli V, Armstrong A, Amin A, Ferguson J. A pressing need to respond to the needs and sexual and reproductive health problems of adolescent girls living with HIV in low- and middle-income countries. *J Int AIDS Soc.* 2015;18(Suppl 5):20297. doi:10.7448/IAS.18.6.20297.
62. Svanemyr J, Amin A, Robles OJ, Greene ME. Creating an enabling environment for adolescent sexual and reproductive health: a framework and promising approaches. *J Adolesc Health.* 2015;56(1 Suppl):S7–14. doi:10.1016/j.jadohealth.2014.09.011.
63. Klein JD, Wilson KM, McNulty M, Kappahn C, Collins KS. Access to medical care for adolescents: results from the 1997 Commonwealth Fund Survey of the Health of Adolescent Girls. *J Adolesc Health.* 1999;25(2):120–30.
64. HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV: recommendations for a public health approach and considerations for policy-makers and managers. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94334/1/9789241506168_eng.pdf, acesso 6 Março 2017).
65. Reproductive health strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets. Global Strategy adopted by the 57th World Health Assembly. Geneva: World Health Organization; 2004 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/68754/1/WHO_RHR_04.8.pdf, acesso 6 Março 2017).
66. Additional sources of support. In: Adolescent HIV testing, counselling and care: implementation guidance for health providers and planners [website]. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/adolescent/hiv-testing-treatment/page/Additional_sources_of_support, acesso 6 Março 2017).
67. Adolescent HIV testing, counselling and care: implementation guidance for health providers and planners [online interactive tool]. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://apps.who.int/adolescent/hiv-testing-treatment/>, acesso 6 Março 2017).
68. WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://www.who.int/immunization/hpv/target/preventing_early_pregnancy_and_poor_reproductive_outcomes_who_2006.pdf, acesso 6 Março 2017).
69. Narasimhan M, Payne C, Caldas S, Beard JR, Kennedy CE. Ageing and healthy sexuality among women living with HIV. *Reprod Health Matters.* 2016;24(48):43–51. doi:10.1016/j.rhm.2016.11.001.
70. Chop E, Duggaraju A, Flignor A, Burke V, Caldas S, Yeh PT et al. Food insecurity, sexual risk behaviour and adherence to antiretroviral therapy among women living with HIV: a systematic review. *Health Care Women Int.* 2017 (under review).
71. HIV and social protection: guidance note. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS); 2014 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2014unaidsguidancenote_HIVandsocialprotection_en.pdf, acesso 6 Março 2017).
72. Thematic segment: sexual and reproductive health services with HIV interventions in practice: background paper. 26th Meeting of the UNAIDS Programme Coordinating Board, 22–24 Junho. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2010 (http://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/SRH_background_paper.pdf, acesso 6 Março 2017).

73. Rapid assessment tool for sexual and reproductive health and HIV linkages: a generic guide. London: International Planned Parenthood Federation, United Nations Population Fund, World Health Organization, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, Global Network of People Living with HIV/AIDS (GNP+), International Community of Women Living with HIV/AIDS (ICW), Young Positives; 2009 (https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/rapidassessmenttoolsrhlinkages_2009_en.pdf, acesso 6 Março 2017).
74. Preventing HIV and unintended pregnancies: strategic framework 2011–2015. The Inter-agency Task Team for Prevention and Treatment of HIV Infection in Pregnant Women, Mothers, and their Children; 2012 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/linkages/HIV_and_unintended_pregnancies_SF_2011_2015.pdf, acesso 6 Março 2017).
75. Haberlen S, Narasimhan M, Beres LK, Kennedy CE. Integration of family planning services into HIV care and treatment services: a systematic review. *Stud Family Plann.* 2017. doi:10.1111/sifp.12018.
76. Kennedy CE, Haberlen SA, Narasimhan M. Integration of sexually transmitted infection (STI) services into HIV care and treatment services for women living with HIV: a systematic review. *BMJ Open.* 2017 (in press).
77. Matheson R, Moses-Burton S, Hsieh AC, Dilmitis S, Happy M, Sinyemu E et al. Fundamental concerns of women living with HIV around the implementation of Option B+. *J Int AIDS Soc.* 2015;18(Suppl 5):20286. doi:10.7448/IAS.18.6.20286.
78. HIV and young people who inject drugs: technical brief. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179865/1/WHO_HIV_2015.10_eng.pdf, acesso 6 Março 2017).
79. Thorne C, Semenenko I, Malyuta R. Prevention of mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus among pregnant women using injecting drugs in Ukraine, 2000–10. *Addiction.* 2012;107:118–28.
80. United Nations Convention on the Rights of the Child. Adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly resolution 44/25 of 20 Novembro 1989 entry into force 2 Setembro 1990, in accordance with article 49. New York (NY): United Nations; 1989 (A/Res/44/25; <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>, acesso 6 Março 2017).
81. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85240/1/9789241548595_eng.pdf, acesso 6 Março 2017).
82. Orza L, Bewley S, Chung C, Crone ET, Nagadya H, Vazquez M et al. “Violence. Enough already”: findings from a global participatory survey among women living with HIV. *J Int AIDS Soc.* 2015;18(Suppl 5):20285. doi:10.7448/IAS.18.6.20285.
83. Deering KN, Amin A, Shoveller J, Nesbitt A, García-Moreno C, Duff P et al. A systematic review of the correlates of violence against sex workers. *Am J Public Health.* 2014;104(5):e42–54. doi:10.2105/AJPH.2014.301909.
84. 16 ideas for addressing violence against women in the context of HIV epidemic: a programming tool. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95156/1/9789241506533_eng.pdf, acesso 6 Março 2017).
85. World Health Organization (WHO), United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Strengthening the medico-legal response to sexual violence. Geneva: WHO; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/197498/1/WHO_RHR_15.24_eng.pdf, acesso 6 Março 2017).
86. Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2003 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42788/1/924154628X.pdf>, acesso 6 Março 2017).
87. mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings, version 2.0. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250239/1/9789241549790-eng.pdf>, acesso 6 Março 2017).

88. Sprague L, Voinova J, Ankiersztejn-Bartczak M, Chilcevschii I, Karatas S, Polyantsev P, Hows J. HIV-related stigma: late testing, late treatment: a cross analysis of findings from the People Living with HIV Stigma Index in Estonia, Moldova, Poland, Turkey, and Ukraine. Copenhagen: HIV in Europe; 2011 (<http://www.stigmaindex.org/sites/default/files/reports/Late%20Testing%20Late%20%20Treatment.pdf>, acesso 6 Março 2017).
89. Stangl AL, Lloyd JK, Brady LM, Hollan CE, Baral S. A systematic review of interventions to reduce HIV-related stigma and discrimination from 2002 to 2013: have far have we come? *J Int AIDS Soc.* 2013;16(3 Suppl 2):18734. doi:10.7448/IAS.16.3.18734.
90. World Health Organization (WHO), United Nations Population Fund, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, Global Network of Sex Work Projects, The World Bank. Implementing comprehensive HIV/STI programmes with sex workers: practical approaches from collaborative interventions. Geneva: WHO; 2013 (http://www.who.int/hiv/pub/sti/sex_worker_implementation/en/, acesso 6 Março 2017).
91. Katz IT, Ryu AE, Onuegbu AG, Psaros C, Weiser SD, Bangsberg DR et al. Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis. *J Int AIDS Soc.* 2013;16(3 Suppl 2):18640. doi:10.7448/IAS.16.3.18640.
92. Joint WHO/ILO policy guidelines on improving health worker access to prevention, treatment and care services for HIV and TB. Geneva: World Health Organization; 2010 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44467/1/9789241500692_eng.pdf, acesso 6 Março 2017).
93. UNFPA operational guidance for comprehensive sexuality education: a focus on human rights and gender. New York (NY): United Nations Population Fund (UNFPA); 2014 (http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_OperationalGuidance_WEB3.pdf, acesso 31 Janeiro 2017).
94. Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections for sex workers in low- and middle-income countries: recommendations for a public health approach. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://www.who.int/iris/bitstream/10665/77745/1/9789241504744_eng.pdf, acesso 6 Março 2017).
95. Key programmes to reduce stigma and discrimination and increase access to justice in national HIV responses: guidance note. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2012 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/Key_Human_Rights_Programmes_en_Maio2012.pdf, acesso 6 Março 2017).
96. Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2013 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_en_1.pdf, acesso 6 Março 2017).
97. Criminalisation of HIV non-disclosure, exposure and transmission: background and current landscape: prepared as background for the Expert Meeting on the Science and Law of Criminalisation of HIV Non-Disclosure, Exposure and Transmission, Geneva, Switzerland, 31 Agosto – 2 Setembro 2011. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2012 (http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/BackgroundCurrentLandscapeCriminalisationHIV_Final.pdf, acesso 2 Março 2017).
98. General Comment No. 20: Non-discrimination in economic, social and cultural rights (art. 2, para. 2, of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights). New York (NY): United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights; 2009 (E/C.12/GC/20).
99. Addressing sex work, MSM and transgender people in the context of the HIV epidemic: information note. Geneva: The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria; 2015 (<http://www.theglobalfund.org/en/applying/funding/resources/>, acesso 6 Março 2017).
100. Integrating gender into HIV/AIDS programmes in the health sector: tool to improve responsiveness to women's needs. Geneva: World Health Organization; 2009 (http://www.who.int/gender/documents/gender_hiv_guidelines_en.pdf, acesso 4 Janeiro 2017).

101. Forsyth AD, Carey MP. Measuring self-efficacy in the context of HIV risk reduction: research challenges and recommendations. *Health Psychol.* 1998;17(6):559–68.
102. Overview: what is empowerment? In: PovertyNet [website]. Washington (DC): World Bank; 2016 (<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTPOVERTY/EXTEMPOWERMENT/0,contentMDK:20244572~pagePK:210058~piPK:210062~theSitePK:486411,00.html>, acesso 6 Março 2017).
103. Robinson JL, Narasimhan M, Amin A, Morse S, Beres LK, Yeh PT, Kennedy CE. Interventions to address unequal gender and power relations and improve self-efficacy and empowerment around sexual and reproductive health decision-making for women living with HIV: a systematic review. *PLoS One.* 2017 (under review).
104. mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: Mental Health Gap Action Programme (mhGAP). Geneva: World Health Organization; 2010 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44406/1/9789241548069_eng.pdf, acesso 6 Fevereiro 2017).
105. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/107130/1/9789241548731_eng.pdf, 6 Março 2017).
106. Guidance on couples HIV testing and counselling including antiretroviral therapy for treatment and prevention in serodiscordant couples: recommendations for a public health approach. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44646/1/9789241501972_eng.pdf, acesso 6 Março 2017).
107. Guideline on HIV disclosure counselling for children up to 12 years of age. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44777/1/9789241502863_eng.pdf, acesso 6 Março 2017).
108. Maman S, Medley A. Gender dimensions of HIV status disclosure to sexual partners: rates barriers and outcomes: a review paper. Geneva: World Health Organization; 2003 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42717/1/9241590734.pdf>, acesso 4 Janeiro 2017).
109. Smith R, Rossetto K, Peterson BL. A meta-analysis of disclosure of one's HIV-positive status, stigma and social support. *AIDS Care.* 2008;20(10):1266–75. doi:10.1080/09540120801926977.
110. Medley A, García-Moreno C, McGill S, Maman S. Rates, barriers and outcomes of HIV serostatus disclosure among women in developing countries: implications for prevention of mother-to-child transmission programmes. *Bull World Health Organ.* 2004;82(4):299–307. PMID:PMC2585956.
111. Kennedy CE, Haberlen S, Amin A, Baggaley R, Narasimhan M. Safer disclosure of HIV serostatus for women living with HIV who experience or fear violence: a systematic review. *J Int AIDS Soc.* 2015;18(6 Suppl 5):20292. doi:10.7448/IAS.18.6.20292.
112. Colombini M, James C, Ndwiga C, Maiohew SH. The risks of partner violence following HIV status disclosure, and health service responses: narratives of women attending reproductive health services in Kenya. *J Int AIDS Soc.* 2016;19(1):20766. doi:10.7448/IAS.19.1.20766.
113. Timberlake S, Heywood M. Opening up the HIV/AIDS epidemic: guidance on encouraging beneficial disclosure, ethical partner counselling and appropriate use of HIV case-reporting. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS); 2000 (<http://www.who.int/hiv/pub/vct/en/Opening-E%5b1%5d.pdf>, acesso 6 Março 2017).
114. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf, acesso 6 Março 2017).

115. Guidance on oral pre-exposure prophylaxis (PrEP) for serodiscordant couples, men and transgender women who have sex with men at high risk of HIV: recommendations for use in the context of demonstration projects. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://www.who.int/hiv/pub/guidance_prep/en/, acesso 5 Janeiro 2017).
116. Reproductive choices and family planning for people living with HIV: counselling tool. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43609/1/9241595132_eng.pdf, acesso 6 Março 2017).
117. Heffron R, Davies N, Cooke I, Kaida A, Mergler R, van der Poel S et al. A discussion of key values to inform the design and delivery of services for HIV-affected women and couples attempting pregnancy in resource-constrained settings. *J Int AIDS Soc.* 2015;18(Suppl 5):20272. doi:10.7448/IAS.18.6.20272.
118. Medical eligibility criteria for contraceptive use, fifth edition. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181468/1/9789241549158_eng.pdf, acesso 6 Março 2017).
119. Selected practice recommendations for contraceptive use, third edition. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/SPR-3/en/, acesso 5 Janeiro 2017).
120. UNFPA, WHO and UNAIDS: Position statement on condoms and the prevention of HIV, other sexually transmitted infections and unintended pregnancy. In: UNAIDS Press centre [website]. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS); 2015 (http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2015/Julho/20150702_condoms_prevention, acesso 5 Janeiro 2017).
121. Male latex condom: specification, prequalification and guidelines for procurement, 2010. World Health Organization, United Nations Population Fund, Family Health International; 2010, updated Abril 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44383/1/9789241599900_eng.pdf, acesso 6 Março 2017).
122. ISO 4074:2014 Natural rubber latex male condoms: requirements and test methods. In: ISO Standards [website]. Geneva: International Organisation for Standardisation; 2014 (http://www.iso.org/iso/catalogue_detail.htm?csnumber=59718, acesso 6 Março 2017).
123. Medical eligibility criteria wheel for contraceptive use – 2015 update. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/WHO_MEC-wheel.pdf, acesso 6 Março 2017).
124. WHO statement on caesarean section rates. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO_RHR_15.02_eng.pdf, acesso 6 Março 2017).
125. Kennedy CE, Yeh PT, Pandey S, Betrán AP, Narasimhan M. Elective caesarean section for women living with HIV: a systematic review of risks and benefits. *AIDS Care* (under review).
126. Bowser D, Hill K. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: report of a landscape analysis. USAID-TRAction Project. Boston (MA) and Bethesda (MD): Harvard School of Public Health and University Research Co., LLC; 2010 (<http://www.urc-chs.com/resources/exploring-evidence-disrespect-and-abuse-facility-based-childbirth>, acesso 6 Março 2017).
127. Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice – third edition. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249580/1/9789241549356-eng.pdf>, acesso 3 Março 2017).
128. WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186171/1/9789241549363_eng.pdf, acesso 6 Março 2017).
129. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/1/9789241548502_eng.pdf, acesso 28 Fevereiro 2017).

130. Guideline: updates on HIV and infant feeding: the duration of breastfeeding, and support from health services to improve feeding practices among mothers living with HIV. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246260/1/9789241549707-eng.pdf>, acesso 6 Março 2017).
131. WHO recommendations for augmentation of labour. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf, acesso 6 Março 2017).
132. Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112858/1/9789241505888_eng.pdf, acesso 6 Março 2017).
133. Male involvement in the prevention of mother-to-child transmission of HIV. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70917/3/9789241503679_eng.pdf, acesso 6 Março 2017).
134. Toolkit: expanding and simplifying treatment for pregnant women living with HIV: managing the transition to Option B/B+. Interagency Task Team on the Prevention and Treatment of HIV Infection in Pregnant Women, Mothers and Children (IATT), United Nations Children's Fund, World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/hiv/pub/mtct/iatt_optionBplus_toolkit/en/, acesso 6 Março 2017).
135. Clinical practice handbook for safe abortion. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97415/1/9789241548717_eng.pdf, acesso 6 Março 2017).
136. Health worker roles in safe abortion care and post-abortion contraception. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181041/1/9789241549264_eng.pdf, acesso 6 Março 2017).
137. Manski R, Dennis A, Blanchard K, Lince N, Grossman D. Bolstering the evidence base for integrating abortion and HIV care: a literature review. *AIDS Res Treat.* 2012;802389. doi:10.1155/2012/802389.
138. Saleem H, Kennedy CE, Ganatra B, Narasimhan M. Medical and surgical abortion for women living with HIV: a systematic review. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017 (in press).
139. Guidelines for the management of sexually transmitted infections. Geneva: World Health Organization; 2003 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42782/1/9241546263_eng.pdf, acesso 6 Março 2017).
140. Sexually transmitted and other reproductive tract infections: a guide to essential practice. Geneva: World Health Organization; 2005 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43116/1/9241592656.pdf>, acesso 6 Março 2017).
141. WHO guidelines for the treatment of *Chlamydia trachomatis*. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246165/1/9789241549714-eng.pdf>, acesso 6 Março 2017).
142. WHO guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (syphilis). Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249572/1/9789241549806-eng.pdf>, acesso 6 Março 2017).
143. WHO guidelines for the treatment of *Neisseria gonorrhoeae*. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246114/1/9789241549691-eng.pdf>, acesso 6 Março 2017).
144. WHO guidelines for the treatment of genital herpes simplex virus. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250693/1/9789241549875-eng.pdf>, acesso 6 Março 2017).
145. World Health Organization (WHO). Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, Outubro 2014. *Wkly Epidemiol Rec.* 2014; 89(43):465–92 (<http://www.who.int/wer/2014/wer8943.pdf>, acesso 27 Fevereiro 2017).
146. Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/144785/1/9789241548953_eng.pdf, acesso 6 Março 2017).
147. Rao Gupta G, Whelan D, Allendorf K; International Center for Research on Women (ICRW). Integrating gender into HIV/AIDS programmes: a review paper. Geneva: World Health Organization; 2003 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42599/1/9241590394.pdf>, acesso 6 Março 2017).

148. Framework on integrated people-centred health services: report by the Secretariat. Sixty Ninth World Health Assembly. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf, acesso 6 Março 2017).
149. HIV, universal health coverage and the post-2015 development agenda: a discussion paper. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128120/1/9789241507530_eng.pdf, acesso 27 Fevereiro 2017).
150. WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report. Geneva: World Health Organization; 2015 (WHO/HIS/SDS/2015.6; http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/155002/1/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf, acesso 6 Março 2017).
151. Sexual and reproductive health & HIV/AIDS: a framework for priority linkages. Geneva and New York (NY): World Health Organization, United Nations Population Fund, International Planned Parenthood Federation, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2005 (https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/priority_linkages_0.pdf, acesso 6 Março 2017).
152. Integrated EMTCT commodities framework. Interagency Task Team on the Prevention and Treatment of HIV infection in Pregnant Women, Mothers and Children (IATT); 2017 (under review).
153. Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186275/1/9789241509565_eng.pdf, acesso 6 Março 2017).
154. SRH & HIV linkages resource pack. Inter-Agency Working Group on SRH and HIV Linkages; 2012 (<http://srhivlinkages.org/>, acesso 6 Março 2017).
155. Integrating HIV voluntary counselling and testing services into reproductive health settings: stepwise guidelines for programme planners, managers and services providers. New Delhi and New York (NY): International Planned Parenthood Federation (IPPF) South Asia Regional Office, United Nations Population Fund (UNFPA); 2004 (http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/integrating_hiv.pdf, acesso 6 Março 2017).
156. Community-based distribution of contraceptives: a guide for programme managers. Geneva: World Health Organization; 1995 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41694/1/9241544759_eng.pdf, acesso 6 Março 2017).
157. Framework on integrated people-centred health services: an overview. World Health Organization; 2016 (<http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/fullframe.pdf>, acesso 5 Janeiro 2017).
158. General Comment No. 4: Adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child. New York (NY): United Nations Committee on the Rights of the Child; 2003 (CRC/GC/2003/4).
159. Discriminatory laws and practices and acts of violence against individuals based on their sexual orientation and gender identity. Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights. New York (NY): United Nations General Assembly; 2011.
160. HIV and young transgender people: a technical brief. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179866/1/WHO_HIV_2015.9_eng.pdf, acesso 6 Março 2017).
161. Schneiders M. Values and preferences of transgender people: a qualitative study. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128119/1/WHO_HIV_2014.21_eng.pdf, acesso 4 Janeiro 2017).
162. Baral SD, Poteat T, Strömdahl S, Wirtz AL, Guadamuz TE, Beyrer C. Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis.* 2013;13:214–22. doi:10.1016/S1473-3099(12)70315-8.

163. Feinberg L. Trans health crisis: for us it's life or death. *Am J Pub Health*. 2001;91(6):897–900.
164. Nemoto T, Operario D, Keatley J. Health and social services for male-to-female transgender persons of color in San Francisco. *Int J Transgenderism*. 2005;8(2–3):5–19.
165. Garofalo R, Deleon J, Osmer E, Doll M, Harper GW. Overlooked, misunderstood and at-risk: exploring the lives and HIV risk of ethnic minority male-to-female transgender adolescents. *J Adolesc Health*. 2006;38:230–6.
166. Van Devanter N, Duncan A, Raveis VH, Birnbaum J, Burrell-Piggott T, Siegel K. Continued sexual risk behavior in African American and Latino male-to-female transgender adolescents living with HIV/AIDS: a case study. *J AIDS Clin Res*. 2011;(0):002 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3478681>, acesso 6 Março 2017).
167. Policy brief: Self-stigma among young men who have sex with men and transgender women and the linkages with HIV in Asia. Bangkok: Youth Voices Count; 2013.
168. Herbst JH, Jacobs ED, Finlayson TJ, McKleroy VS, Neumann MS, Crepaz N. Estimating HIV prevalence and risk behaviors of transgender persons in the United States: a systematic review. *AIDS Behav*. 2008;12(1):1–17. doi:10.1007/s10461-007-9299-3.
169. Siegfried N, Narasimhan M, Kennedy C, Welbourn A, Yuvaraj A. Using GRADE as a framework to guide research on the sexual and reproductive health and rights of women living with HIV – a methodological paper. *AIDS Care*. 2017 (in press).
170. WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44703/1/9789241548335_eng.pdf, acesso 6 Março 2017).
171. Ethical and safety recommendations for intervention research on violence against women. Building on lessons from the WHO publication Putting women first: ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/251759/1/9789241510189-eng.pdf>, acesso 20 Fevereiro 2017).
172. Loewenson R, Laurell A, Hogstedt C, D'Ambruso L, Shroff Z. Participatory action research in health systems: a methods reader. Harare: Training and Research Support Centre (TARSC), Alliance for Health Policy and Systems Research (AHPSR), World Health Organization, International Development Research Centre (IDRC) Canada, Regional Network for Equity in Health in East and Southern Africa (EQUINET); 2014 (<http://www.equinet africa.org/sites/default/files/uploads/documents/PAR%20Methods%20Reader2014%20for%20web.pdf>, acesso 6 Março 2017).
173. Peters DH, Tran NT, Adam T; Alliance for Health Policy and Systems Research, World Health Organization (WHO). Implementation research in health: a practical guide. Geneva: WHO; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/91758/1/9789241506212_eng.pdf, acesso 6 Março 2017).
174. Implementation Research in HRP: Operationalizing the United Nations Secretary-General's Global Strategy for Women's and Children's Health. Briefing note. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75193/1/WHO_RHR_HRP_11.23_eng.pdf, acesso 6 Janeiro 2017).
175. Saleem H, Narasimhan M, Denison JA, Kennedy CE. Achieving pregnancy safely for HIV-serodiscordant couples: a social ecological approach. *J Int AIDS Soc*. 2017;20(Suppl 1):21331. doi:10.7448/IAS.20.2.21331.
176. Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence: a clinical handbook (field testing version) Geneva: World Health Organization; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136101/1/WHO_RHR_14.26_eng.pdf, acesso 4 Janeiro 2017).
177. The Inter-Agency Working Group on SRH and HIV Linkages. SRH and HIV linkages compendium: indicators and related assessment tools. International Planned Parenthood Federation, United Nations Population Fund, World Health Organization; 2014 (http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SRH%20HIV%20Linkages%20Compendium_rev.pdf, acesso 6 Março 2017).

178. Tool to set and monitor targets for HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/177992/1/9789241508995_eng.pdf, acesso 6 Março 2017).
179. Consolidated strategic information guidelines for HIV in the health sector. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/164716/1/9789241508759_eng.pdf, acesso 6 Março 2017).
180. Inter-agency Task Team (IATT) on the Prevention and Treatment of HIV Infection in Pregnant Women, Mothers and Children. Monitoring & evaluation framework for antiretroviral treatment for pregnant and breastfeeding women living with HIV and their infants (IATT Option B/B+ M&E Framework). New York (NY): United States Centres for Disease Control and Prevention (CDC), World Health Organization (WHO), United Nations Children's Fund (UNICEF); 2015 (<http://www.emtct-iatt.org/wp-content/uploads/2015/05/IATT-Framework-Maio-2015.pdf>, acesso 22 Fevereiro 2017).
181. A tool for strengthening gender-sensitive national HIV and sexual and reproductive health (SRH) monitoring and evaluation systems. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/251903/1/9789241510370-eng.pdf>, acesso 5 Janeiro 2017).
182. GREAT Network [website]. GREAT Network; 2017 (<http://greatnetworkglobal.org/>, acesso 6 Março 2017).

Anexo 1. Especialistas externos e equipe da OMS envolvida na preparação desta guia

Grupo Orientador de Guias da OMS

RHR Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisas Conexas da OMS (Genebra, Suíça)

Ian Askew

Director

Avni Amin

Technical Officer

Ana Pilar Betrán Lazaga

Medical Officer

Nathalie Broutet

Medical Officer

Mario Festin

Medical Officer

Bela Ganatra

Scientist

Claudia García Moreno

Medical Officer

Rajat Khosla

Human Rights Adviser

James Kiarie

Coordinator

Natalie Maurer

Assistant

Manjulaa Narasimhan

Scientist

Responsible technical officer and coordinator of guideline development process

Sheryl van der Poel

Medical Officer

WHO Department of Ageing and Life Course (Departamento de Envelhecimento e Curso de Vida - ALC) (Genebra, Suíça)

John Beard

Director

WHO Gender, Equity and Human Rights Team (Equipe de Gênero, Igualdade e Direitos Humanos - GER) (Genebra, Suíça)

Rebekah Thomas Bosco

Technical Officer

MCA Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health (Departamento de Saúde Materna, Neonatal, Crianças e Adolescentes da OMS) (Genebra, Suíça)

Joanna Vogel

Technical Adviser

WHO Department of Evidence, Research, Action on Mental and Brain Disorders (Departamento de Evidências, Pesquisa e Ação em Transtornos Mentais e do Cérebro - MER) (Genebra, Suíça)

Tarun Dua

Coordinator

Fahmy Hanna

Medical Officer

Departamento de HIV/AIDS da OMS (Genebra, Suíça)

Rachael Baggeley

Coordinator

Shaffiq Essajee

Medical Officer

WHO Regional Office for Africa (Brazzaville, Congo)

Francoise Bigirimana

Medical Officer – Prevention of mother-to-child transmission (PMTCT)

Léopold Ouedraogo

Reproductive Health Advisor

**WHO Regional Office for the Americas/
Pan American Health Organization (PAHO)
(Washington, DC, EUA)**

Sonja Caffè

Regional Adolescent Health Advisor

**WHO Regional Office for the Eastern
Mediterranean (Cairo, Egito)**

Ramez Mahaini

Regional Advisor for Reproductive Health

**WHO Regional Office for Europe (Copenhagen,
Dinamarca)**

Gunta Lazdane

Programme Manager, Sexual and Reproductive Health
Division of Noncommunicable Diseases and Promoting
Health through the Life-course

**WHO Regional Office for South-East Asia
(Nova Deli, Índia)**

Razia Pendse

HIV Regional Advisor

**Grupo de Desenvolvimento
da Guia (GDG)**

Co-Chairs: **Elizabeth Bukusi** and **Paul Van Look**

Pascale Allotey

Professor of Public Health
Head of Global Public Health
Monash University Malaysia
School of Medicine and Health Sciences
Bandar Sunway, Malásia

Elham Atalla

Doctor-in-Charge, Al Hoora Health Center
Senior Lecturer, Royal College of Surgeons in Ireland
(RCSI) – Medical University of Bahrain
Consultant Family Physician & Clinical Sexologist, Arad
Health Center
Ministry of Health
Primary and Public Health Directorate
Juffair, Kingdom of Bahrain

Susan Bewley

Professor of Complex Obstetrics
Division of Women's Health
King's College London
Women's Health Academic Centre
King's Health Partners (KHP)
Londres, Reino Unido

Shalini Bharat

School of Health Systems Studies
Tata Institute of Social Sciences
Mumbai, Índia

Elizabeth Bukusi (CO-CHAIR)

Chief Research Office and Deputy Director (Research
and Training), Kenya Medical Research Institute (KEMRI)
Co-Director, Research Care Training Program (RCTP)
Center for Microbiology Research
Nairobi, Quênia

Caroline Phiri Chibawe

Director, Mother and Child Health
Ministry of Health
Lusaka, Zâmbia

Sophie Dilmitis

Consultant
International Community of Women Living with HIV
Harare, Zimbábue

Raoul Fransen-dos Santos

Senior Policy Adviser
International Civil Society Support
Amsterdam, Holanda

Selma Hajri

Consultant
African Network for Medical Abortion (ANMA)
Túnis, Tunísia

Maurice Hiza

National Family Planning Coordinator
Reproductive and Child Health Section
Ministry of Health and Social Welfare
Dar es Salaam, República Unida da Tanzânia

Mona Loutfy

Women's College Research Institute
Women's College Hospital
University of Toronto
Toronto, Canadá

Chisale Mhango

Senior Lecturer
Royal College of Obstetrics and Gynaecology
College of Medicine
Blantyre, Malawi

Glen Mola

Health Systems Specialist
School of Medicine and Health Services
Boroko, Papua New Guinea

Rejoice Nkambule

Deputy Director
Public Health Services
Ministry of Health
Mbabane, Suazilândia

Vera Paiva

Professor of Infectious Diseases
University of São Paulo
Psychology Institute (PST) & Interdisciplinary Group for
AIDS Prevention (NEPAIDS)
São Paulo, Brasil

Quach Thi Thu Trang

Senior Researcher
GBV Program Coordinator
Center for Creative Initiatives in Health and Population
(CCIHP)
Hanói, Vietnã

Paul Van Look (CO-CHAIR)

Independent Consultant
Val d'Illeiez, Suíça

Alice Welbourn

Founding Director
Salamander Trust
Londres, Reino Unido

Anandi Yuvaraj

Independent Consultant
Community health activist – gender, SRH and HIV
Nova Deli, Índia

Systematic Review Team**Caitlin Kennedy**

Associate Professor
Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health
Johns Hopkins University
Baltimore, EUA

Methodologist**Nandi Siegfried**

Clinical Epidemiologist
Cidade do Cabo, África do Sul

External Review Group (ERG)**Georgina Caswell**

Regional Programme Advisor: Link Up (Africa)
International HIV/AIDS Alliance
Brighton, Reino Unido

Eli Coleman

Director, Program in Human Sexuality
University of Minnesota
Minneapolis, EUA

Tyler Crone

Co-Founder and Director
ATHENA Network
Seattle, EUA

Cecilia Chung

Co-Director
Global Network of People Living with HIV
São Francisco, EUA

Faysal El-Kak

Executive Board Member, International Federation of
Gynecology and Obstetrics (FIGO)
American University of Beirut
Beirute, Líbano

Asha George

South African Research Chair in Health Systems,
Complexity and Social Change
University of the Western Cape
Cidade do Cabo, África do Sul

Quarraisha Abdool Karim

Professor in Clinical Epidemiology
Associate Scientific Director
Center for AIDS Research in South Africa (CAPRISA)
Durban, África do Sul

Robert Leke

President of FIGO Cameroon Society
University of Yaoundé
Yaoundé, Camarões

Svetlana Moroz

Director
Eurasian Women's Network on AIDS
Kiev, Ucrânia

Nelly Mugo

Assistant Director
Department of Obstetrics and Gynaecology
Kenyatta National Hospital
Kenya Medical Research Institute (KEMRI)
Nairobi, Quênia

Wanjiru Mukoma

Project Lead
LVCT Health
Nairobi, Quênia

Hajjarah Nagadya

Director
International Community of Women Living with HIV
Eastern Africa (ICWEA)
Entebe, Uganda

Francis Ndowa

Consultant
Harare Central Hospital Management Board
Harare, Zimbábue

L'Orangelis Thomas Negrón

Director
Latin America and Caribbean Positive Youth Network
Cidade do Panamá, Panamá

Eugene Ngoga

President of FIGO Rwanda Society
College of Medicine and Health Sciences
School of Public Health
University of Rwanda
Kigali, Ruanda

Hiromi Obara

Health Policy Advisor
National Center for Global Health and Medicine
Tóquio, Japão

Hamid Rushwan

Chief Executive
FIGO
Cartum, Sudão

Aditi Sharma

Director
International Community of Women Living with HIV
Nova Deli, Índia

Martha Tholanah

Director
International Community of Women Living with HIV
Harare, Zimbábue

Ruth Morgan Thomas

Co-Chair of the UNAIDS Advisory Group on HIV and Sex
Work
Global Network of Sex Work Projects (NSWP)
Londres, Reino Unido

Rita Wahab

Director
Women living with HIV in the Middle East (MENA Rosa)
Beirute, Líbano

Parceiros Externos

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)

Luisa Cabal

Chief, Human Rights and Law
Genebra, Suíça

Malayah Harper

Chief, Gender Equality and Diversity Division
Genebra, Suíça

Karusa Kiragu

Senior Advisor
Genebra, Suíça

Chris Mallouris

Community Mobilization Adviser
Genebra, Suíça

Hege Wagan

Gender Advisor
Genebra, Suíça

Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA)

Lynn Collins

Technical Adviser HIV
Nova York, EUA

Petra ten Hoope-Bender

Technical Adviser, Sexual and Reproductive Health
Genebra, Suíça

Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID), Global Health Bureau, Office of Population and Reproductive Health

Shawn Malarcher

Senior Best Practices Utilization Advisor
Washington, DC, EUA

Nithya Mani

Public Health and HIV Advisor
Washington, DC, EUA

Jennifer Mason

Senior Family Planning/HIV Integration Advisor
Washington, DC, EUA

Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR)

Lucinda O'Hanlon

Adviser on Women's Rights
Women's Rights and Gender Section
Genebra, Suíça

The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria

Kate Thomson

Head, Community, Rights and Gender and Civil Society Hub
Genebra, Suíça

Equipe e consultores da OMS

Consultores da OMS (pesquisa, redação e coordenação)

Laura Beres

Johns Hopkins University
Baltimore, EUA

Elizabeth McGrory

Independent Consultant
Nova York, EUA

Luisa Orza

ATHENA Network
Brighton, Reino Unido

Sofia Gruskin and Shubha Kumar

Institute for Global Health
University of Southern California
Los Angeles, EUA

WHO Guidelines Review Committee (Comitê de Revisão de Guias - GRC) Secretariat

Philippa Easterbrook

Susan Norris

Charles Penn
Genebra, Suíça

Apoio administrativo e de comunicações da OMS

Catherine Hamill

Natalie Maurer

Christine Meynent

Lizzy Noble

Jane Werunga-Ndanareh
Genebra, Suíça

Apoio externo de comunicações

Christel Chater, design e leiaute

Jane Patten, edição técnica e revisão
Green Ink, Reino Unido (www.greenink.co.uk)

Anexo 2. Resumo de declarações de interesse de membros do Grupo de Desenvolvimento da Guia (GDG) e como elas foram gerenciadas

Nome	Especialidade	Revelação de interesse	Conflito de interesse e gerenciamento
Membros do GDG			
Prof. Pascale Allotey	Obstetrícia, fornecimento de assistência, implementação de ciência, saúde sexual e reprodutiva e direitos (SSRD), HIV, migração, conflito e saúde, pesquisa de implementação, sistemas de saúde, pesquisa, gênero e igualdade	Não declarado	Não aplicável
Dr Elham Atalla	Sexologista clínico, saúde sexual, saúde da mulher, políticas, transtornos mentais e comportamentais entre populações vulneráveis, incluindo mulheres com HIV	Não declarado	Não aplicável
Dr Susan Bewley	Acadêmica, obstetrícia, orientação normativa, pesquisa, violência durante a gravidez, saúde materna, HIV, fornecimento de assistência	Ofereceu aconselhamento no desenvolvimento da Pesquisa de Valores e Preferências Global (GVPS).	O conflito não foi considerado sério o suficiente para afetar a afiliação ao GDG ou a participação na Consulta Técnica.
Prof. Shalini Bharat	Pesquisa em ciências sociais, HIV/AIDS, estigma, discriminação, fatores sociais do HIV, saúde da mulher, vulnerabilidades de saúde	Não declarado	Não aplicável
Prof. Elizabeth Bukusi	Infecções sexualmente transmissíveis (IST), saúde reprodutiva, prevenção de HIV, programas para juventude, treinamento, pesquisa sociocomportamental, biomédica e de implementação	Não declarado	Não aplicável
Dr Caroline Phiri Chibawe	Especialista em saúde pública, saúde materna e infantil, clínica HIV, pesquisa de implementação, comunicações e ativismo, planejamento familiar	Não declarado	Não aplicável
Sra. Sophie Dilmitis	Mulher que vive com HIV, ativismo, SSRD/HIV, treinamento comunitário, educação sexual abrangente, programas para a juventude	Financiada pelo Women4Global Fund, UN Women Global treatment access review Group; financiada através da UNAIDS no GBV/HIV Working Group.	O conflito não foi considerado sério o suficiente para afetar a afiliação ao GDG ou a participação na Consulta Técnica.

Nome	Especialidade	Revelação de interesse	Conflito de interesse e gerenciamento
Dr Raoul Fransen- dos Santos	Consultor de políticas, sociedade civil, pessoa que vive com HIV, HIV/SSRD, saúde pública, terapia antirretroviral (TARV), ativismo	Não declarado	Não aplicável
Dr Selma Hajri	Contracepção/planejamento familiar, aborto, envelhecimento/saúde feminina pós-menopausa, orientação normativa, política nacional, SSRD, ativismo	Não declarado	Não aplicável
Dr Maurice Hiza	Política, saúde materna, planejamento familiar, HIV/AIDS, pesquisa de implementação	Não declarado	Não aplicável
Dr Mona Loutfy	SSR, estigma e acesso a assistência para mulheres que vivem com HIV, clínica em HIV, trabalho com comunidades de mulheres subatendidas, incluindo mulheres que vivem com HIV em populações rurais e indígenas, política nacional	Não declarado	Não aplicável
Dr Chisale Mhango	Obstetrícia e ginecologia, SSRD, saúde materna	Não declarado	Não aplicável
Prof. Glen Mola	Obstetrícia e ginecologia, sistemas de saúde, violência contra a mulher, HIV	Não declarado	Não aplicável
Dr Rejoice Nkambule	Política nacional, cuidados primários de saúde, HIV/AIDS, incluindo prevenção ao HIV, prevenção de transmissão vertical, programas TARV, educação, treinamento e aconselhamento, ligações SSRD/HIV e tuberculose (TB)	Não declarado	Não aplicável
Prof. Vera Paiva	SSRD/HIV, saúde mental, psicologia, pesquisadora, consultora política, intervenções comunitárias, programas para juventude, ciência da implementação	Não declarado	Não aplicável
Sra. Quach Thi Thu Trang	Violência baseada em gênero (VBG), gênero, sexualidade, saúde reprodutiva, pesquisa, monitoramento e avaliação (M&A), fornecimento de treinamento, clínico, trabalho com minorias e populações vulneráveis, incluindo pessoas lésbicas, gays, bissexuais e transgênero (LGBT) que vivem com HIV	Não declarado	Não aplicável
Prof. Paul Van Look	Pesquisa, SSRD, políticas, ligações SRR/ HIV, diretor de programas	Não declarado	Não aplicável
Prof. Alice Welbourn	Mulheres que vivem com HIV, SSRD, HIV, participação comunitária, violência de parceiro íntimo, comunicação, ativismo, pesquisa	Recebeu financiamento através do Salamander Trust para liderar a GVPS, mas não recebeu honorários pessoais para este trabalho	O conflito não foi considerado sério o suficiente para afetar a afiliação ao GDG ou a participação na Consulta Técnica.

Nome	Especialidade	Revelação de interesse	Conflito de interesse e gerenciamento
Dr Anandi Yuvaraj	Mulheres que vivem com HIV, VBG, prevenção de HIV, saúde comunitária e pública, ativismo e comunicação, recursos humanos e financeiros para a saúde	Não declarado	Não aplicável
Consultores que participaram do encontro do GDG			
Caitlin Kennedy	Revisões sistemáticas, evidências qualitativas, SSR e HIV	Direção das revisões sistemáticas	
Sra. Laura Beres	Revisões sistemáticas, evidências qualitativas, SSR, HIV, saúde comunitária	Assistência para revisões sistemáticas	
Dr Nandi Siegfried	Metodologista, epidemiologista clínico	Metodologista da guia	

Anexo 3. Perguntas e resultados prioritários para as intervenções identificadas para esta guia

PICO: P = População; I = Intervenção; C = Comparação; O = Desfechos

Perguntas PICO (P–I–C)	Desfechos prioritários (O)
<p>PICO pergunta 1 Que intervenções melhoram a autoeficácia e empoderamento em torno do sexo seguro e tomada de decisão sobre reprodução para mulheres que vivem com HIV?</p> <p>P: Mulheres que vivem com HIV (WLHIV)</p> <p>I: Intervenções para tratar de desequilíbrios de gênero e poder e aumentar a autoeficácia e o empoderamento em torno de sexo seguro e tomada de decisão reprodutiva.</p> <p>C: Sem intervenção ou padrão de assistência</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Autoeficácia, empoderamento ou outra medida de capacidade para tomar decisão própria em torno de sexo seguro, gravidez, interrupção, intervalo entre gestações, fertilidade e outros aspectos da saúde sexual e reprodutiva 2. Comportamentos sexuais ou reprodutivos (uso de preservativo, contraceptivos, etc.) 3. Desfechos de saúde sexual ou reprodutiva (infecções sexualmente transmissíveis [IST], gravidez, etc.)
<p>PICO pergunta 2 Que intervenções facilitam a revelação segura da condição de HIV para mulheres que vivem com HIV que temem violência ou que revelam que estão atualmente vivenciando violência?</p> <p>P: WLHIV que temem violência ou que revelam que estão atualmente vivenciando violência</p> <p>I: Intervenções para facilitar revelação segura da condição HIV</p> <p>C: Sem intervenção</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revelação 2. Violência (física, sexual, emocional) 3. Medo de violência 4. Outros eventos adversos (fim da relação, abandono, perda de emprego, perda de filhos, perda de acesso a serviços, etc.) 5. Desfechos positivos (sentimentos de empoderamento individual, segurança, envolvimento com parceiro, melhor saúde sexual, assistência de HIV e participação no tratamento, adesão à terapia antirretroviral, etc)
<p>PICO pergunta 3 Que tipos de parto resultam nas melhores soluções maternas e perinatais para mulheres que vivem com HIV?</p> <p>P: WLHIV e seus filhos</p> <p>I: Escolha de cirurgia cesariana</p> <p>C: Outros modos de parto (cirurgia cesariana não escolhida, parto vaginal)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Infecção em crianças nascidas de WLHIV (eficácia da prevenção de transmissão vertical) 2. Morbidade e mortalidade entre WLHIV (incluindo morbidade febril, endometriose, hemorragia ou anemia severa, pneumonia e infecções do trato urinário) 3. Morbidade e mortalidade entre crianças nascidas de WLHIV (morbidades respiratórias [síndrome da angústia respiratória e taquipneia transitória de recém-nascido] e lacerações cutâneas) 4. Amamentação (sucesso ou sincronização de iniciação e continuação)
<p>PICO pergunta 4 Os desfechos de abortos farmacológicos e cirúrgicos entre mulheres que vivem com HIV diferem dos desfechos entre mulheres não infectadas com o HIV?</p> <p>P: Mulheres que buscam aborto</p> <p>I: Aborto farmacológico entre WLHIV</p> <p>C: Aborto farmacológico entre mulheres não infectadas com HIV</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Eficácia (aborto completo) 2. Eventos adversos graves (morte, hospitalização, transfusão de sangue, etc.) 3. Outros desfechos adversos e colaterais (hemorragia sem necessidade de transfusão de sangue, vômito, etc.) 4. Satisfação do paciente

Anexo 4. Revisões sistemáticas e de literatura

Para cada revisão, o líder da equipe está indicado com um *

Revisões sistemáticas conduzidas para o desenvolvimento das novas declarações de boas práticas (RBPs)

Suporte psicossocial (NOVA RBP A.1)

Beres LK, Narasimhan M, Robinson JL, Welbourn A, Kennedy CE*. Non-specialist psychosocial support interventions with women living with HIV: a systematic review. *AIDS Care*. 2017 (sob revisão).

Sexualidade saudável ao longo do curso de vida (NOVA RBP A.2)

Narasimhan M*, Payne C, Caldas S, Beard JR, Kennedy CE. Ageing and healthy sexuality among women living with HIV. *Reprod Health Matters*. 2016;24(48):43–51. doi:10.1016/j.rhm.2016.11.001.

Empoderamento econômico e acesso a recursos (NOVA RBP A.3)

Chop E, Duggaraju A, Flignor A, Burke V, Caldas S, Yeh PT, Narasimhan M, Amin A, Kennedy C*. Food insecurity, sexual risk behaviour and adherence to antiretroviral therapy among women living with HIV: a systematic review. *Health Care Women Int*. 2017 (sob revisão).

Integração de serviços SSRD e HIV (NOVAS RBPs A.4 e A.5)

Kennedy CE, Haberlen SA, Narasimhan M*. Integration of sexually transmitted infection (STI) services into HIV care and treatment services for women living with HIV: a systematic review. *BMJ Open*. 2017 (em processo de publicação).

Haberlen S, Narasimhan M, Beres LK, Kennedy CE*. Integration of family planning services into HIV care and treatment services: a systematic review. *Stud Family Plann*. 2017. doi:10.1111/sifp.12018.

Revisões sistemáticas conduzidas para o desenvolvimento das novas recomendações (RECs)

Empoderamento e autoeficácia (NOVA REC B.1)

Robinson JL, Narasimhan M, Amin A, Morse S, Beres LK, Yeh PT, Kennedy CE*. Interventions to address unequal gender and power relations and improve self-efficacy and empowerment around sexual and reproductive health decision-making for women living with HIV: a systematic review. *PLoS One*. 2017 (sob revisão).

Revelação diagnóstica segura (NOVAS RECs B.4 e B.5)

Kennedy CE, Haberlen S, Amin A, Baggaley R, Narasimhan M*. Safer disclosure of HIV serostatus for women living with HIV who experience or fear violence: a systematic review. *J Int AIDS Soc*. 2015;18(6 Suppl 5):20292. doi:10.7448/IAS.18.6.20292.

Cesariana (NOVA REC B.22)

Kennedy CE*, Yeh PT, Pandey S, Betrán AP, Narasimhan M. Elective caesarean section for women living with HIV: a systematic review of risks and benefits. *AIDS Care*. 2017 (sob revisão).

Assistência clínica para mulheres que vivem com HIV que abortam (NOVAS RECs B.30 e B.31)

Saleem H, Kennedy CE*, Ganatra B, Narasimhan M. Medical and surgical abortion for women living with HIV: a systematic review. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 (em processo de publicação).

Revisão de literatura e outros artigos preparados no desenvolvimento da guia

Revisão de literatura sobre direitos humanos:

Kumar S, Gruskin S*, Khosla R, Narasimhan M. Human rights and the sexual and reproductive health of women living with HIV – a literature review. *J Int AIDS Soc.* 2015;18(Suppl 5):20290. doi:10.7448/IAS.18.6.20290.

Khosla R*, Van Belle N, Temmerman M. Advancing the sexual and reproductive health and human rights of women living with HIV: a review of UN, regional and national human rights norms and standards. *J Int AIDS Soc.* 2015;18(Suppl 5):20280. doi:10.7448/IAS.18.6.20280.

Revisão de literatura sobre abordagem socioecológica:

Saleem H, Narasimhan M*, Denison JA, Kennedy CE. Achieving pregnancy safely for HIV-serodiscordant couples: a social ecological approach. *J Int AIDS Soc.* 2017;20(Suppl 1):21331. doi:10.7448/IAS.20.2.21331.

Artigo metodológico sobre o uso de GRADE:

Siegfried N*, Narasimhan M, Kennedy C, Welbourn A, Yuvaraj A. Using GRADE as a framework to guide research on the sexual and reproductive health and rights of women living with HIV – a methodological paper. *AIDS Care.* 2017 (em processo de publicação).

Anexo 5. Julgamentos do Grupo de Desenvolvimento da Guia (GDG) relacionados às novas recomendações)

Recomendação	REC B.1:	REC B.4:	REC B.5:
Intervenção	Empoderamento e autoeficácia	Revelação diagnóstica segura	Revelação diagnóstica segura
Certeza da evidência	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input checked="" type="checkbox"/> Baixa <input type="checkbox"/> Muito baixa	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input checked="" type="checkbox"/> Baixa <input type="checkbox"/> Muito baixa	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input checked="" type="checkbox"/> Baixa <input type="checkbox"/> Muito baixa
Valores e preferências de mulheres que vivem com HIV	<input checked="" type="checkbox"/> Prefere esta opção <input type="checkbox"/> Não prefere esta opção nem outras <input type="checkbox"/> Prefere outras opções	<input checked="" type="checkbox"/> Prefere esta opção <input type="checkbox"/> Não prefere esta opção nem outras <input type="checkbox"/> Prefere outras opções	<input checked="" type="checkbox"/> Prefere esta opção <input type="checkbox"/> Não prefere esta opção nem outras <input type="checkbox"/> Prefere outras opções
Uso de recursos	<input checked="" type="checkbox"/> Prefere esta opção <input type="checkbox"/> Não prefere esta opção nem outras <input type="checkbox"/> Prefere outras opções	<input checked="" type="checkbox"/> Prefere esta opção <input type="checkbox"/> Não prefere esta opção nem outras <input type="checkbox"/> Prefere outras opções	<input checked="" type="checkbox"/> Prefere esta opção <input type="checkbox"/> Não prefere esta opção nem outras <input type="checkbox"/> Prefere outras opções
Equidade	<input checked="" type="checkbox"/> Prefere esta opção <input type="checkbox"/> Não prefere esta opção nem outras <input type="checkbox"/> Prefere outras opções	<input type="checkbox"/> Prefere esta opção <input checked="" type="checkbox"/> Não prefere esta opção nem outras <input type="checkbox"/> Prefere outras opções	<input checked="" type="checkbox"/> Prefere esta opção <input type="checkbox"/> Não prefere esta opção nem outras <input type="checkbox"/> Prefere outras opções
Aceitabilidade	<input checked="" type="checkbox"/> Prefere esta opção <input type="checkbox"/> Não prefere esta opção nem outras <input type="checkbox"/> Prefere outras opções	<input checked="" type="checkbox"/> Prefere esta opção <input type="checkbox"/> Não prefere esta opção nem outras <input type="checkbox"/> Prefere outras opções	<input checked="" type="checkbox"/> Prefere esta opção <input type="checkbox"/> Não prefere esta opção nem outras <input type="checkbox"/> Prefere outras opções
Viabilidade	<input type="checkbox"/> Prefere esta opção <input checked="" type="checkbox"/> Não prefere esta opção nem outras <input type="checkbox"/> Prefere outras opções	<input checked="" type="checkbox"/> Prefere esta opção <input type="checkbox"/> Não prefere esta opção nem outras <input type="checkbox"/> Prefere outras opções	<input checked="" type="checkbox"/> Prefere esta opção <input type="checkbox"/> Não prefere esta opção nem outras <input type="checkbox"/> Prefere outras opções
Balanço entre riscos e benefícios	<input checked="" type="checkbox"/> Benefícios superam desvantagens <input type="checkbox"/> Benefícios e desvantagens se equivalem <input type="checkbox"/> Desvantagens superam benefícios	<input checked="" type="checkbox"/> Benefícios superam desvantagens <input type="checkbox"/> Benefícios e desvantagens se equivalem <input type="checkbox"/> Desvantagens superam benefícios	<input checked="" type="checkbox"/> Benefícios superam desvantagens <input type="checkbox"/> Benefícios e desvantagens se equivalem <input type="checkbox"/> Desvantagens superam benefícios
Decisão do GDG	<input checked="" type="checkbox"/> Recomendado <input type="checkbox"/> Condicional <input type="checkbox"/> Não recomendado	<input checked="" type="checkbox"/> Recomendado <input type="checkbox"/> Condicional <input type="checkbox"/> Não recomendado	<input checked="" type="checkbox"/> Recomendado <input type="checkbox"/> Condicional <input type="checkbox"/> Não recomendado

Recomendação	REC B.1:	REC B.4:	REC B.5:
Intervenção	Empoderamento e autoeficácia	Revelação diagnóstica segura	Revelação diagnóstica segura
Certeza da evidência	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input checked="" type="checkbox"/> Low <input type="checkbox"/> Muito baixa	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Low <input checked="" type="checkbox"/> Muito baixa	<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Low <input checked="" type="checkbox"/> Muito baixa
Valores e preferências de mulheres que vivem com HIV	<input checked="" type="checkbox"/> Prefere esta opção <input type="checkbox"/> Não prefere esta opção nem outras <input type="checkbox"/> Prefere outras opções	<input checked="" type="checkbox"/> Prefere esta opção <input type="checkbox"/> Não prefere esta opção nem outras <input type="checkbox"/> Prefere outras opções	<input checked="" type="checkbox"/> Prefere esta opção <input type="checkbox"/> Não prefere esta opção nem outras <input type="checkbox"/> Prefere outras opções
Uso de recursos	<input type="checkbox"/> Prefere esta opção <input checked="" type="checkbox"/> Não prefere esta opção nem outras <input type="checkbox"/> Prefere outras opções	<input checked="" type="checkbox"/> Prefere esta opção <input type="checkbox"/> Não prefere esta opção nem outras <input type="checkbox"/> Prefere outras opções	<input checked="" type="checkbox"/> Prefere esta opção <input type="checkbox"/> Não prefere esta opção nem outras <input type="checkbox"/> Prefere outras opções
Equidade	<input checked="" type="checkbox"/> Prefere esta opção <input type="checkbox"/> Não prefere esta opção nem outras <input type="checkbox"/> Prefere outras opções	<input checked="" type="checkbox"/> Prefere esta opção <input type="checkbox"/> Não prefere esta opção nem outras <input type="checkbox"/> Prefere outras opções	<input checked="" type="checkbox"/> Prefere esta opção <input type="checkbox"/> Não prefere esta opção nem outras <input type="checkbox"/> Prefere outras opções
Aceitabilidade	<input checked="" type="checkbox"/> Prefere esta opção <input type="checkbox"/> Não prefere esta opção nem outras <input type="checkbox"/> Prefere outras opções	<input checked="" type="checkbox"/> Prefere esta opção <input type="checkbox"/> Não prefere esta opção nem outras <input type="checkbox"/> Prefere outras opções	<input checked="" type="checkbox"/> Prefere esta opção <input type="checkbox"/> Não prefere esta opção nem outras <input type="checkbox"/> Prefere outras opções
Viabilidade	<input type="checkbox"/> Prefere esta opção <input checked="" type="checkbox"/> Não prefere esta opção nem outras <input type="checkbox"/> Prefere outras opções	<input checked="" type="checkbox"/> Prefere esta opção <input type="checkbox"/> Não prefere esta opção nem outras <input type="checkbox"/> Prefere outras opções	<input checked="" type="checkbox"/> Prefere esta opção <input type="checkbox"/> Não prefere esta opção nem outras <input type="checkbox"/> Prefere outras opções
Balanço entre riscos e benefícios	<input checked="" type="checkbox"/> Benefícios superam desvantagens <input type="checkbox"/> Benefícios e desvantagens se equivalem <input type="checkbox"/> Desvantagens superam benefícios	<input checked="" type="checkbox"/> Benefícios superam desvantagens <input type="checkbox"/> Benefícios e desvantagens se equivalem <input type="checkbox"/> Desvantagens superam benefícios	<input checked="" type="checkbox"/> Benefícios superam desvantagens <input type="checkbox"/> Benefícios e desvantagens se equivalem <input type="checkbox"/> Desvantagens superam benefícios
Decisão do GDG	<input checked="" type="checkbox"/> Recomendado <input type="checkbox"/> Condicional <input type="checkbox"/> Não recomendado	<input checked="" type="checkbox"/> Recomendado <input type="checkbox"/> Condicional <input type="checkbox"/> Não recomendado	<input type="checkbox"/> Recomendado <input checked="" type="checkbox"/> Condicional <input type="checkbox"/> Não recomendado

Para mais informações, por favor contate:
Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa

Organização Mundial de Saúde
20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27
Suíça

Fax: +41 22 791 4171

Email: reproductivehealth@who.int

Website: www.who.int/reproductivehealth

ISBN 978 92 4 854999 1



9 789248 549991