

ATENÇÃO À MULHER COM SOROPOSITIVIDADE PARA O HIV: UMA ANÁLISE NA PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE

Octavio Muniz da Costa Vargens¹
Samar Duarte dos Santos²
Tainara Serodio Amim Rangel³

RESUMO

Este artigo busca analisar o cuidado à mulher com HIV a partir do cuidado integral. Para isto utilizaremos uma revisão sistemática de literatura baseada em autores que sustentam e apoiam a ideia de uma assistência integral à mulher com HIV. O texto aborda a integralidade e suas conexões com a política/programas de saúde, diante do cuidado à mulher HIV sob a ótica da integralidade e a influência da formação profissional. Durante muito tempo a Aids foi considerada uma doença de homo e bissexuais masculinos, mas estudos apontam que a incidência em mulheres vem aumentando significativamente a cada ano. Conclui-se que para prestar um cuidado humanizado a esta cliente o profissional deve ser capaz de entender às suas necessidades. O grande passo para atingir a integralidade é conseguir alterar as formas e o modelo de ensino, que, apesar de muito discutidos, têm tido poucos avanços na prática. Além disso, é necessário compreender e respeitar as escolhas e a história de vida de cada mulher, com vista a oferecer-lhe uma assistência de qualidade.

Palavras-chave: Cuidados Integrais à Saúde. Saúde da Mulher. Aids.

INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos a mulher ganhou espaço, conquistou seus direitos, venceu obstáculos e rompeu paradigmas diante de uma sociedade que a via como uma boa dona de casa, perfeita no papel de mãe e uma esposa carinhosa e submissa. Estes papéis, que também fazem parte da concepção do que é “ser mulher” em nosso meio, quando isolados nem sempre trazem realização. Para realizar-se a mulher deve ser considerada como um ser com necessidades de afeto, de realização pessoal e profissional, e ainda, com desejos e necessidade de prazeres.

A negação de que a “mulher de família” é um ser capaz de sentir prazer e necessidade de ter relações sexuais por algum tempo excluiu as mulheres dos programas de governo voltados para a prevenção de DST/Aids. Quando soou o primeiro alarme, a maioria das mulheres infectadas com o HIV não pertencia aos grupos de risco conhecidos, ou seja, não eram prostitutas, nem usuárias de drogas injetáveis. Foi quando a investigação epidemiológica

concluiu que estas mulheres foram infectadas devido à prática bissexual de seus parceiros⁽¹⁾.

Durante longo tempo muitos autores consideraram a Aids uma doença de homo e bissexuais masculinos. Tomando-se para análise a transmissão sexual, na década de 80 ela ficou escamoteada pela transmissão homossexual masculina, sendo vista muito mais como consequência da bissexualidade masculina, ou da parceria com usuários de drogas ou hemofílicos. Somente na década de 90 os estudos apontaram o crescimento da Aids em mulheres por transmissão heterossexual. Começam, então, a surgir organizações não governamentais (ONGs) e grupos feministas quebrando a resistência e a timidez com que se tratava a questão mulher e Aids⁽¹⁻²⁾.

A mulher foi inserida nos programas de saúde do governo, surgindo na década de 80 os programas de saúde da mulher; mas apesar de terem conquistado o direito à saúde, ao voto e à educação e de serem vistas como “mulheres”, muitas ainda lutam contra o HIV.

Em pouco mais de 27 anos da epidemia, entre 1980 e junho de 2007, foram registrados no

¹Enfermeiro Obstetra. Doutor em Enfermagem. Professor Titular. Coordenador Adjunto do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem-Mestrado da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). E-mail: omcvargens@uol.com.br.

²Enfermeira. Mestranda em Enfermagem na UERJ. Professora Substituta do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiatria da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC/UFF). E-mail: sadutos@yahoo.com.br

³Enfermeira. Mestranda em Enfermagem na UERJ. Professora Substituta do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiatria da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC/UFF). E-mail: tataserodio@yahoo.com.br

Brasil 474.273 casos de Aids. Desse total, 314.294 casos foram registrados em homens e 159.793 em mulheres. Apesar de, historicamente, a Aids estar relacionada ao sexo masculino, pode-se observar uma inversão dos números, visto que, em 1985, para cada 267 homens com Aids havia dez mulheres, e em 2005 para cada dez desses homens havia dez mulheres. Além disso, enquanto no homem se observa uma pequena queda na taxa de incidência, nas mulheres esta taxa aumenta espantosamente. Em 1996, a taxa de incidência em mulheres era de 9,1 casos por cem mil habitantes e, em 2005, passou para 15,7 casos por cem mil habitantes, o que caracteriza um aumento de 72,5% na taxa de incidência. O número médio estimado de novos casos de Aids diagnosticados no Brasil a cada ano é 33 mil⁽³⁾.

Diante desse contexto, este trabalho busca apresentar e discutir o cuidado à mulher com soropositividade para o HIV a partir do cuidado integral, e para isto utilizaremos uma revisão sistemática baseada em autores que acompanharam a evolução da AIDS e naqueles que sustentam e apoiam a ideia de uma assistência integral à mulher com HIV.

METODOLOGIA

O presente artigo constitui-se de revisão sistemática de literatura. Os estudos classificados como de revisão sistemática caracterizam-se por buscarem sistematizar o conhecimento de determinada área a partir de uma questão de pesquisa dirigida às publicações sobre a temática em questão que inclui a identificação, seleção e avaliação crítica dos estudos⁽⁴⁾. Em nosso estudo a questão orientadora foi como a problemática da atenção à mulher soropositivo para o Hiv tem sido abordada pela literatura, considerando-se sua relação com o conceito de integralidade. Para tal, realizou-se a busca de textos nas bases eletrônicas de dados: LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde), MEDLINE (*Medical Literature end Retrieval System on Line*), SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*) e BVS (Biblioteca Virtual em Saúde). O período de abrangência da busca situou-se entre 2004 e 2009 (cinco anos).

Para esta busca foram empregados os termos:

Hiv/Aids, Integralidade, Saúde da mulher e Formação profissional, de início, isoladamente, e depois em combinações de dois em dois ou três em três.

Na etapa seguinte foram analisados os títulos e resumos dos artigos identificados buscando-se selecionar aqueles que atendessem ao seguinte critério de inclusão: serem artigos de pesquisa publicados em periódicos qualificados que abordassem a temática da epidemia do HIV entre mulheres, considerando o cuidado a estas mulheres, a humanização, a integralidade e/ou a formação profissional nesta área específica do conhecimento. Nesta busca verificou-se que muitos artigos encontrados na base Scielo repetiam-se em outras bases, e em função disto, a análise concentrou-se nos textos extraídos desta base.

Desse modo, de um total inicial de 57 artigos identificados, trabalhou-se no presente estudo com cinco textos, os quais atendiam integralmente ao critério de inclusão adotado.

MARCO TEÓRICO

A integralidade e seus sentidos

O Sistema Único de Saúde (SUS) traz como princípios fundamentais a universalidade, equidade e a integralidade, com o objetivo de assistir todo cidadão no que ele necessitar⁽⁵⁻⁶⁾. Isto implica vê-lo como um todo, um ser humano, às vezes num momento de fragilidade, às vezes não, podendo estar com dor, com medo, ansioso, muitas vezes precisando ser avaliado e medicado e tantas outras precisando ser ouvido, orientado, entendido.

Nos dias atuais, na busca por uma melhor assistência à saúde faz-se necessário o cumprimento das diretrizes e princípios do SUS, particularmente dos referentes ao atendimento integral ao cliente, tendo-se em vista sua implicação numa prática de qualidade que desenvolva capacidade de análise crítica de conceitos. A ação integral pressupõe mudanças nas relações de poder dos profissionais de saúde entre si e do profissional de saúde com o usuário⁽⁷⁾.

A integralidade, defendida no setor da saúde há algumas décadas, é concretizada na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica de Saúde, e assume certa variedade de

significados. Podem-lhe ser atribuídos três sentidos: a integralidade como traço da boa medicina, como modo de organizar as práticas de saúde e como resposta governamental a problemas de saúde de populações específicas⁽⁸⁾.

O primeiro sentido relaciona-se à atitude do profissional de saúde em relação aos sujeitos, criticando e se opondo a uma visão reducionista que utiliza o sujeito como objeto, ou seja, como uma doença, um aparelho fisiológico ou uma queixa pontual. Defende uma visão ampliada e integral do cuidado à saúde dos sujeitos assistidos, que considere os seus modos de viver e de enfrentar os problemas de saúde. O segundo sentido refere-se aos atributos da organização dos serviços de saúde, e corresponde a uma crítica da dissociação entre as práticas de saúde pública e as práticas assistenciais. O último grande sentido da integralidade aplica-se às respostas aos problemas de saúde por parte das autoridades governamentais, que, no desempenho de suas políticas assistenciais, devem ter a capacidade de buscar abarcar os diversos grupos atingidos por um problema, respeitando suas especificidades⁽⁸⁾.

Em que pese às diferenças entre esses sentidos acerca da integralidade, é possível sugerir que há pontos de convergência e que, em todos os sentidos, a integralidade “implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos, e talvez, uma afirmação de abertura ao diálogo”^(8:40).

Entendemos como cuidado integral de pessoas, grupos e coletividade aquele que percebe o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere. Neste cenário, se evidencia a importância de articular ações de educação em saúde como elemento produtor de saber coletivo que traduz no indivíduo sua autonomia e emancipação para o cuidado de si, da família e do seu entorno^(7,9).

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e a doença por ele provocada, a Aids, têm sido estudadas, intensa e amplamente, desde o aparecimento dos primeiros casos, na década de 70, ocupando um lugar cada vez mais destacado entre os principais problemas de saúde pública no país. Conquanto a ciência tenha avançado no conhecimento da doença e nas estratégias para enfrentá-la, especialistas alertam

que a Aids ainda permanece incurável e que a epidemia se mantém em expansão, principalmente em regiões menos desenvolvidas e entre as mulheres⁽⁷⁾.

O modelo assistencial no Brasil, da maneira como vem sendo implementado a partir da chamada Reforma Sanitária, iniciada nos anos 80, contempla a assistência integral à saúde e a unificação das ações curativas e preventivas, incluindo as ações relativas à assistência em HIV/Aids^(5,10).

Segundo o art. 198 da Constituição Federal de 1988, o atendimento integral à saúde é uma das diretrizes do SUS, que deve dar prioridade às ações preventivas, mas sem prejuízo das ações assistenciais. A Lei n.º 8080, no cap. II - Princípios e diretrizes do SUS - traz o princípio da integralidade de assistência como “um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”^(10:45).

A integralidade não pode ser definida apenas como uma diretriz básica do SUS, mas deve ser percebida como um conjunto de noções pertinentes a uma assistência livre de reducionismos, que tenha uma visão abrangente do ser humano e o trate não somente como alguém doente, mas como pessoa dotada de sentimentos, desejos e aflições^(6,9,11).

RESULTADOS

Atenção à mulher com soropositividade para o HIV na perspectiva da integralidade

Como dito anteriormente, por muitos anos a mulher foi excluída dos programas de prevenção do HIV/Aids, e ainda, por um longo tempo o SUS não planejou programas voltados especificamente para a saúde da mulher, e os aspectos abordados pelo SUS eram sempre direcionados à saúde materno-infantil. O programa que representa o marco da trajetória dos programas de saúde da mulher é o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Este representa ainda hoje um marco na saúde da mulher, pois foi a partir de sua elaboração que os serviços de saúde passaram a atuar proporcionando medidas de prevenção e promoção da saúde do feminino como MULHER e não apenas como mãe.

O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização,

hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do SUS^(10,12-13).

A integralidade do cuidado é o principal objetivo do PAISM, que trouxe grandes inovações e busca ir além de um programa materno-infantil. Sua meta é assegurar a apropriação, pela clientela, dos conhecimentos necessários a um maior controle sobre sua saúde, a uma nova postura e, conseqüentemente, a uma nova abordagem da equipe de saúde no desenvolvimento dos programas de capacitação de recursos humanos. O PAISM busca ainda assistir a mulher em todas as fases de sua vida, tendo o enfermeiro como um profissional atuante, integrante de uma equipe multiprofissional e disposto a lutar em prol valores preconizados pelo SUS e pela concretização da integralidade no cuidado de mulheres com sorologia positiva para o HIV⁽¹²⁾.

No que tange à área da saúde da mulher, para que haja maior aproximação às diretrizes da integralidade, é necessária a transformação da tradicional abordagem fundamentada em aspectos ligados exclusivamente às questões anatomofisiológicas numa outra, direcionada às peculiaridades de gênero, às condições sociais e culturais, às necessidades individuais e comunitárias, à qualidade de vida.

Sabidamente, a Aids sempre foi uma doença impregnada de tabus e preconceitos, principalmente quando se fala em mulher com Aids, pois, historicamente, esta doença está relacionada à promiscuidade sexual e ao uso de drogas e era quase exclusiva do sexo masculino^(1,11). As estatísticas, porém, mostram-nos o oposto: por volta de 1989 começou-se a observar que as mulheres com Hiv não eram prostitutas, mas mulheres de “família”. Elas tinham entre 15 e 40 anos de idade e, na maioria dos casos, tinham filhos; e o maior índice de mulheres infectadas passou a ocorrer entre as de comportamento monogâmico⁽²⁾. Atualmente se fala em feminização do HIV/Aids, devido ao espantoso aumento do número de mulheres infectadas pelo HIV no Brasil. Isto pode estar associado a dois fatores. O primeiro é a falta de diálogo, tanto dentro de casa, com os pais - que

temem estar estimulando o início precoce da vida sexual ativa -, como com seus parceiros, que se negavam a usar o preservativo, alegando diminuição do prazer, falta de confiança da mulher nele e ainda, a desconfiança do comportamento sexual e da fidelidade da mulher, além de não ver o ato como uma proteção para ambos. O segundo fator recai sobre o Ministério da Saúde, que até pouco tempo elaborava propagandas de incentivo ao uso de preservativos voltadas para o público masculino, mais uma vez excluindo as mulheres das políticas de prevenção de DST/ Aids⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Sendo o HIV um vírus que carrega consigo tanto preconceito da sociedade, é normal que a mulher portadora deste vírus tenha receio de ser rejeitada, julgada, isolada, abandonada pelos amigos, família e companheiro. Ademais, o tratamento medicamentoso, por si, só trata a doença, auxilia na diminuição da carga viral, mas não atende a todas as necessidades desta mulher. Para que haja “cuidado”, nestes casos, é necessário acompanhar esta mulher durante os testes e tratamento, saber ouvi-la, ser capaz de desenvolver um diálogo com ela. É necessário também ouvir sua história, tanto de vida como clínica. Nesta situação é importante mostrar que não haverá julgamentos e que o profissional existe para cuidar, acompanhar e apoiar. Isto exige um profissional especialmente capacitado.

A formação profissional para a atenção à mulher com HIV na perspectiva da integralidade

Outra questão importante no cuidado integral à mulher é a forma como este cuidado é prestado pelos profissionais, pois a formação de muitos ainda está voltada para a compartimentalização do corpo e da mente. Sendo assim, não é possível prestar o cuidado integral, uma vez que o tipo de assistência que hoje predomina tem o paradigma biomédico como norteador, e o modelo biomédico reduz o indivíduo ao organismo biológico⁽¹⁶⁻¹⁸⁾, gerando uma visão fragmentada e distanciada do ser humano, o que se contrapõe ao princípio da integralidade.

A mudança na formação do enfermeiro requer atuação com uma equipe multiprofissional e com executantes capazes de atuar as políticas públicas de modo a superar os desafios e criar oportunidades de melhoria na

qualidade do ensino. Entre os pressupostos defendidos para a formação do enfermeiro destaca-se a orientação da formação para reconhecer a saúde como direito, caracterizada pelas condições dignas de vida, de modo que ele atue de forma a garantir a integralidade da assistência⁽¹⁹⁾.

Isto se verifica também na assistência à mulher com HIV, pois esta se volta para a compartimentalização e medicalização, o que está associado a um fator dificultador de adesão ao tratamento. Segundo as Diretrizes para o Fortalecimento das Ações de Adesão ao Tratamento para Pessoas que Vivem com HIV/Aids, esses princípios são: universalidade no acesso a insumos, serviços e ações de saúde; integralidade do cuidado; equidade e superação de vulnerabilidades específicas; valorização da autonomia e da garantia de participação das pessoas vivendo com HIV/Aids na construção de estratégias que promovam a adesão ao tratamento; trabalho em redes articuladas e complementares entre os diferentes níveis de atenção à saúde; articulação intra e intersetorial buscando superar obstáculos, particularmente os sociais⁽¹⁸⁾.

Assim, a formação profissional não pode ter como referência apenas a doença, o processo diagnóstico e o tratamento, mas deve possibilitar uma compreensão ampliada das necessidades de saúde, com vistas a desenvolver ações voltadas à integralidade do cuidado à saúde da mulher⁽¹⁸⁾.

Atuar sobre a realidade concreta significa também ter o trabalho como princípio educativo. Neste sentido, formar profissionais em conformidade com a realidade do mundo de trabalho e as reais necessidades de saúde da sociedade tem sido alvo de discussões sobre as transformações nos processos de ensino. Essas discussões sustentam-se na premissa de que o trabalho e a prática sobre problemas reais são elementos potenciais para provocar mudanças⁽¹⁸⁾.

Na construção da integralidade no cuidado à saúde é preciso oferecer, em cada caso, a abordagem que melhor atenda às necessidades de cada mulher. Neste sentido, a enfermagem enfrenta, no conjunto das práticas de saúde, o desafio de formar e capacitar profissionais para uma nova forma de produzir serviços de saúde e cuidado com resolutividade e qualidade.

Essa premissa exige reconstruir novos

referenciais para a formação de profissionais de saúde, mesmo que ancorados na interdisciplinaridade e no trabalho em equipe. O trabalho interdisciplinar supõe atitudes e métodos que implicam integração de conteúdos, passagem de uma concepção fragmentária para uma concepção unitária do conhecimento, superação da dicotomia ensino e pesquisa e ensino e aprendizagem centrados na visão de educação permanente. A adoção do enfoque interdisciplinar na concepção do conhecimento orienta a síntese dos saberes de modo a ver a realidade globalmente e, sobretudo, pela associação dialética entre dimensões polares como teoria e prática, ação e reflexão, generalização e especialização, ensino e avaliação, meios e fins, conteúdos e processos^(9,11,19-20).

A educação em saúde para a mulher como estratégia de autonomia e cidadania frente ao HIV

A Aids é uma doença impregnada de tabus, estigma e preconceitos acarretados pelo seu histórico. Sua transmissão é razão de julgamentos e sua simbologia é a imagem de uma pessoa caquética, mesmo com o avanço do tratamento da doença, que permitiu grandes mudanças nos portadores do vírus. Esta é a imagem que têm muitas pessoas, inclusive os próprios soropositivos, os quais sempre acreditam que um dia ficarão com os olhos fundos e sem força sequer para se manter de pé.

O preconceito e a estigmatização trazem importantes questões sociais que devem estar em constante discussão e ser objeto de projetos governamentais que visem diminuir os impactos sociais, psicológicos e econômicos acarretados. A estigmatização é um processo social que desempenha um importante papel na ampliação da desigualdade e legitima a violação dos direitos humanos das pessoas que vivem com HIV, com repercussões sobre sua integridade e bem-estar.

A possibilidade de mudanças referentes ao preconceito, à estigmatização e à melhoria no atendimento à saúde da mulher com soropositividade para o HIV está ligada à educação, e não só à educação em saúde, mas também ao que diz respeito a seus direitos e seus conhecimentos sobre o HIV/Aids. A mulher com soropositividade para o HIV, quando bem

orientada pelo profissional acerca da doença, da transmissão, do tratamento correto e dos seus direitos como mulher e ainda como portadora do vírus, tem a chance de desconstruir em si mesma o preconceito e, acreditando-se igual às outras mulheres em questões de gênero e de direito, tem sua autonomia e cidadania exigidas perante as autoridades e a sociedade.

CONCLUSÃO

O cuidado à mulher com HIV não se limita ao tratamento medicamentoso, mas requer uma assistência que vai além do uso de coquetéis e controle da carga viral, devendo se caracterizar por uma atuação do profissional que considere esta mulher como um ser que necessita de cuidados, compreensão e afeto; uma mulher que necessita ser ouvida, amparada e orientada, devendo estas orientações ser voltadas não só a prevenir complicações decorrentes do HIV, mas também a ajudá-la a ver a si mesma como mulher, filha, profissional, e em muitos casos mãe e esposa. A condição de portadora deste vírus não pode levá-la a ser excluída ou a se excluir do convívio social; e para que a mulher acredite nisto, é necessário que o profissional mostre que ele acredita, obviamente, entendendo as dificuldades que serão encontradas neste

processo.

A formação na perspectiva da integralidade inclui como eixos norteadores para a sua construção: promoção, prevenção e reabilitação e tratamento, concepção integral do ser humano, abordagem multidisciplinar, atenção integral, inclusão do domínio afetivo da aprendizagem, desenvolvimento da capacidade de diálogo, visão generalista, saberes da assistência individual e da saúde coletiva, campos de prática encarados como espaços de ensino-aprendizagem, educação permanente, conhecimentos acerca do SUS e das políticas de saúde.

Entendemos que a melhor forma de prestar um cuidado humanizado à mulher com sorologia positiva para o HIV seja trabalhar em equipe, com o objetivo de alcançar uma assistência integral, além de os profissionais envolvidos serem capazes de entender as necessidades dessa mulher. O grande passo para atingir a integralidade é conseguir alterar as formas e o modelo de ensino que vem sendo muito discutido, porém com poucos avanços na prática; além disso, é necessário compreender e respeitar as escolhas e a história de vida de cada mulher, sem discriminação, com o propósito de prestar uma assistência de qualidade com respeito, atenção e ética.

ATTENTION TO HIV SERUM POSITIVE WOMAN: AN ANALYSIS FROM THE PERSPECTIVE OF THE INTEGRALITY

ABSTRACT

This article intends to analyze HIV serum positive from the woman integral care point of view. For that we are going to look into a systematic literature review, based on authors whom support the idea of integral care to HIV serum positive woman. The text addresses the integral care and its connections with health care politics/programs, before HIV serum positive woman care, under integral care perspective and professional formation influence. AIDS was, for a long time, considered a homo and bisexual male disease. However studies show the expressive increase of contaminated women every year. It is concluded that the professional has to be able to understand the patient's needs in order to give him a humanized care. To reach integral care a great step is to change the established teaching models, which, despite been exhaustively discussed, has presented little advance in the practice. Beside that, it is necessary to understand and respect every women life's choice and history, in order to offer a quality, respectful, thoughtful and ethical care.

Key words: Comprehensive Health Care. Women's Health. Aids.

ATENCIÓN A LA MUJER COM SEROPOSITIVIDAD PARA EL SIDA: UN ANÁLISIS EN LA PERSPECTIVA DE LA INTEGRALIDAD

RESUMEN

Este artículo busca analizar el cuidado a la mujer con SIDA a partir del cuidado integral. Para esto utilizaremos una revisión sistemática de literatura basada en autores que defienden y apoyan la idea de una asistencia integral a la mujer con SIDA. El texto abarca la integralidad y sus conexiones con la política/programas de salud, delante del cuidado a la mujer con SIDA, bajo la visión de la integralidad y la influencia de la formación profesional. Durante mucho tiempo, el SIDA fue considerado una enfermedad de homo y bisexuales masculinos, pero estudios muestran que la incidencia en mujeres ha aumentado considerablemente a cada año. Se concluye

que para prestar un cuidado humanizado a esta clienta o profesional debe ser capaz de comprender sus necesidades. El gran paso para alcanzar la integralidad es conseguir alterar las formas y el modelo de enseñanza, que, a pesar de ampliamente debatido, ha tenido pocos avances en la práctica. Además, es necesario comprender y respetar las decisiones y la historia de vida de cada mujer, con el propósito de ofrecerle una asistencia de calidad.

Palabras clave: Atención Integral de Salud. Salud de la Mujer. Sida.

REFERÊNCIAS

1. Paiva M.S. *Vivenciando a gravidez e experienciando a soropositividade para o HIV*. [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo (USP), 2000. 170 p.
2. Parker R, Galvão J. *Quebrando o Silêncio: Mulheres e AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumara, 1996.
3. Brasil, Ministério da Saúde. Resposta Positiva 2008: A experiência do programa brasileiro de DST e AIDS. 2008. 56p.
4. Berwanger O, Suzumura EA, Buehler AM, Oliveira JB. Como avaliar criticamente revisões sistemáticas e metanálises?. *Rev. bras. ter. intensiva* [periódico na Internet]. 2007 Dez [citado 2009 Nov 17]; 19(4): 475-480. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2007000400012&lng=pt. doi: 10.1590/S0103-507X2007000400012.
5. Brasil. SUS: O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde. v.01. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.
6. Reis CB, Andrade SMO. Representações sociais das enfermeiras sobre a integralidade na assistência à saúde da mulher na rede básica. *Ciênc. saúde coletiva* [periódico na Internet]. 2008 Fev [citado 2009 Fev 15]; 13(1): 61-70. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100011&lng=pt. doi: 10.1590/S1413-81232008000100011.
7. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciênc. saúde coletiva* [periódico na Internet]. 2007 Abr [citado 2009 Fev 12]; 12(2): 335-342. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200009&lng=pt. doi: 10.1590/S1413-81232007000200009.
8. Mattos RA. Os Sentidos da integralidade : algumas reflexões dos valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA.(Org.). Os sentidos da integralidade na atuação e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p. 39-64.
9. Silva KL, Sena RR de. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, 2008; 42(1).
10. Brasil. Ministério da Saúde. *2004 ano da mulher / Ministério da Saúde*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 186 p.
11. Shima H, Souza M de, Takahashi RF. Mulher e Aids: perfil de uma população infectada e reflexões sobre suas implicações sociais. *Rev. latino-am. enfermagem*. 1998; 6(5):59-65.
12. Brasil, Ministério da Saúde. *Assistência Integral à Saúde da Mulher*. Bases de Ação programática. Brasília. Centro de Documentação. Ministério da Saúde, 1984.
13. Brasil. Ministério da Saúde. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde*, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82p.
14. Alves VH, Pereira AV, Rangel TSA. O papel do enfermeiro no pré-natal de gestantes soropositivo para o HIV. *Rev. Enfermagem Brasil*. Março/Abril 2008; 7(2)79-85.
15. Maliska I, Padilha M, Silva D. Práticas sexuais e o uso do preservativo. *Cienc Cuid Saude*. [periódico na Internet]. 2008 Mai [citado 2009 Abr 26]; 6(4): 471-478. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/3683/2685>.
16. Vargens OMC, Progianti JM. O processo de desmedicalização da assistência à mulher no ensino de enfermagem. *Rev. esc. enferm. USP* [periódico na Internet]. 2004 Mar [citado 2009 Fev 15]; 38(1): 46-50. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342004000100006&lng=pt. doi: 10.1590/S0080-62342004000100006.
17. Seibert SL, Barbosa JLS, Santos JM dos, Vargens OMC. Medicalização X Humanização: O cuidado ao parto na história. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2005; 13(2): 245-251.
18. Brasil, Ministério da Saúde. *Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids / Ministério da Saúde*, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 130 p.
19. Souza ACC de, Muniz FMJM, Silva LFda, Monteiro ARM, Fialho AVM. Formação do enfermeiro para o cuidado: reflexões da prática profissional. *Rev. bras. enferm.* [serial on the Internet]. 2006 Dec [citado 2009 Fev 15]; 59(6): 805-807. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000600016&lng=en. doi: 10.1590/S0034-71672006000600016.
20. Alves AST. A questão da mulher e a AIDS: novos olhares e tecnologias de prevenção. *Saude soc.* [periódico na Internet]. 2005 Ago [citado 2009 Fev 20]; 14(2): 89-99. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902005000200010&lng=pt. doi: 10.1590/S0104-12902005000200010.

Endereço para correspondência: Octavio Vargens. Rua Constante Ramos 136/503, Copacabana, CEP: 22051-012, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. E-mail: omcvargens@uol.com.br

Data de recebimento: 14/04/2009

Data da aprovação: 16/12/2009