



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**  
CENTRO BIOMÉDICO  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM -  
MESTRADO

**ARIÁDINA HERINGER**

**SENTIDOS E PRÁTICAS DE SAÚDE DOS ENFERMEIROS FRENTE  
AO HIV/AIDS NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**RIO DE JANEIRO**  
2007

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**ARIÁDINA HERINGER**

**SENTIDOS E PRÁTICAS DE SAÚDE DOS ENFERMEIROS FRENTE  
AO HIV/AIDS NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação submetida à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos indispensáveis para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sonia Acioli de Oliveira

**RIO DE JANEIRO  
2007**

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

H546 Heringer, Ariádina.  
Sentidos e práticas de saúde dos enfermeiros frente ao HIV/AIDS no Programa de Saúde da Família / Ariádina Heringer. - 2007.  
122f.

Orientadora: Sonia Acioli de Oliveira.  
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Enfermagem em saúde pública. 2. Enfermagem – Prática. 3. AIDS (Doença). 4. Programa Saúde da Família (Brasil). I. Oliveira, Sonia Acioli de. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU  
614.253.5

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação.

---

Ariádina Heringer

---

Data

**ARIÁDINA HERINGER**

**SENTIDOS E PRÁTICAS DE SAÚDE DOS ENFERMEIROS FRENTE  
AO HIV/AIDS NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação submetida à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos indispensáveis para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: \_\_\_\_\_

Banca examinadora: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Sonia Acioli de Oliveira  
Orientadora

\_\_\_\_\_  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Marilene Cabral do Nascimento  
1º Examinador

\_\_\_\_\_  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Roseni Pinheiro  
2º Examinador

\_\_\_\_\_  
Prof<sup>ª</sup> Dr Julio Alberto Wong Un  
1º Suplente

\_\_\_\_\_  
Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Helena Maria ScherlowsKi Leal David  
2º Suplente

**RIO DE JANEIRO  
2007**

## DEDICATÓRIA

*À minha família:*

*Minha mãe, Sonia Heringer, por me ensinar a acreditar em sonhos e por me ajudar a concretizá-los. Sem ela este, e todos os outros seriam inalcançáveis;*

*Meu pai, Joacyr (in memoriam), por me mostrar com humildade e sabedoria os verdadeiros e grandes valores da vida.*

*Minha irmã, Fernanda, pela admiração, pelo carinho e companheirismo que só quem tem uma irmã como ela é capaz de compreender.  
Eu amo vocês.*

## **AGRADECIMENTO ESPECIAL**

*A querida Sonia Acioli orientadora, professora e grande amiga:*

*Difícil expressar em palavras tudo o que eu poderia dizer sobre uma pessoa que se tornou para mim, a melhor professora, a eterna orientadora e uma grande amiga.*

*À professora, obrigada por me ensinar a compreender e a valorizar os diferentes saberes acadêmicos e populares no decorrer do processo de ensino.*

*À orientadora, obrigada por compartilhar de sua sabedoria e do seu modo ético de ver as várias questões acadêmicas e cotidianas da vida.*

*À amiga, obrigada pelas palavras afetuosas em momentos difíceis, pelos gestos de confiança, e por oportunidades inesquecíveis. Obrigada por me apresentar a este mundo acadêmico de forma doce, porém, firme, como só uma mãe saberia fazer.*

*Obrigada por tudo!*

## AGRADECIMENTOS

*A Deus, por me permitir mais esta vitória!*

*À minha querida mãe, por me apoiar em todos os meus projetos de vida e compreender, com muita serenidade, a minha ausência.*

*A meu pai, um dos meus maiores estímulos para o desenvolvimento deste estudo.*

*À minha querida irmãzinha Nanda, por compartilhar desta minha estrada e compreender os meus sentimentos nestes últimos períodos.*

*Aos professores do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem pela sabedoria e dedicação durante as aulas e fora delas, em especial a Prof<sup>a</sup> Lúcia Helena Penna e Prof Octávio Vargens.*

*A minha banca de mestrado pela enorme contribuição: Prof<sup>a</sup> Roseni Pinheiro, pelas palavras firmes e reflexivas sobre o processo de fazer pesquisa e agir em saúde; Prof<sup>a</sup> Marilene Cabral do Nascimento, pela suavidade nas correções e pela sensibilidade em identificar questões ainda não vistas.*

*Aos suplentes, Prof Julio Alberto Wong Un e Prof<sup>a</sup> Helena Maria Scherlowski Leal David, pela receptividade e adorável solicitude.*

*À Prof<sup>a</sup> Benedita Deusdará Rodrigues e a Prof<sup>a</sup> Luiza Mara Correa pelas carinhosas palavras de incentivo em momentos especiais.*

*Aos queridos companheiros do grupo de pesquisa “Promoção a Saúde de Grupos Populacionais”: Prof<sup>a</sup> Denize Cristina de Oliveira por permitir a minha participação nesse espaço de aprendizagem, Prof Marcos Tosoli, Mestrandos Raquel, Glaucia, Tadeu, Fernanda e Viviane, pelos nossos momentos de conversas; Bolsistas Ana Paula, Larissa e Carol, pela imensurável ajuda na transcrição dos dados; à querida Noráisa, por suas palavras serenas, e a todos que estiveram por ali e conviveram comigo no decorrer desses dois anos.*

*Ao meu querido José, por todo apoio, pelo carinho, companheirismo, pela paciência nos meus momentos de fúria e estresse, pelas inúmeras conversas sobre enfermeiros e PSF, e pelas palavras e gestos de admiração.*

*À Vanessa, minha amiga de longas conversas e ideais. Obrigada pela disponibilidade e pelas palavras de conforto nos momentos difíceis.*

*À Susana, amiga que conquistei durante esta jornada. Obrigada pelos momentos de aprendi-  
zagem pelas alegrias, pelas pizzas e hambúrgueres, pelas vezes que me ajudou a enxugar lágrima  
outras que me oportunizou a ajudá-la.*

*Aos queridos amigos Sandra e Aroldo e filhas, Pietra e Louise, pelo carinho e cuidado com  
mãe nos momentos em que não estive presente.*

*À querida Tia Elza, Tio Dermeval (in memoriam) primas Cristina e Alice pelos almoços de domingo  
nos meus finais de semana em casa.*



*Aos enfermeiros que participaram desta pesquisa, disponibilizando e apresentando o seu dia-a-dia no PSF.*

*Aos Grupos de Apoio Técnico das CAPs 1.0, 2.1, 2.2 e 3.1 da Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro, pela imensurável ajuda no trabalho de campo.*

*Aos funcionários do Programa de Pós-graduação Fabíola, Renan, e Marcelo pela dedicação aos mestrandos e as palavras de incentivo.*

*A CAPES, pelo auxílio com a bolsa de estudos.*

*E a todos que direta ou indiretamente contribuíram para o alcance deste objetivo.  
Muito Obrigada!*

*De tudo, ficaram três coisas:  
a certeza de que estamos sempre começando...  
a certeza de que é preciso continuar  
a certeza de que seremos interrompidos antes de terminar  
PORTANDO DEV.  
fazer da interrupção, um caminho  
da queda, um passo de a  
do medo, uma es  
do sonho, uma p  
da procura... um encontro.  
Fernando Sabino*

## RESUMO

Heringer, Ariádina. Sentidos e práticas de saúde dos enfermeiros frente ao HIV/AIDS no programa de saúde da família. Dissertação de Mestrado em Enfermagem - Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2007. 122f

Este estudo é fruto de uma pesquisa de mestrado do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FENF/UERJ). Teve como objetivo geral analisar as práticas de saúde dos enfermeiros frente à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS) no Programa de Saúde da Família (PSF) no município do Rio de Janeiro. A associação da temática AIDS ao PSF se deu pelo reconhecimento da necessidade de construção de trabalhos que fortaleçam essa temática na Atenção Básica em Saúde. Entende-se ainda, a potencialidade da Estratégia da Saúde da Família como locus de discussão e de atividades voltadas para o campo de educação em saúde e prevenção devido as suas particularidades, como a proximidade da comunidade, dos saberes e culturas populares, ou seja, o modo de vida de determinados grupos populacionais. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa que privilegiou a utilização de abordagens socioantropológicas. A pesquisa foi desenvolvida no período de 2006 a 2007, sendo o trabalho de campo desenvolvido através de observações e entrevistas semi-estruturadas. Os sujeitos consistiram em 18 enfermeiros que trabalham no PSF. Os dados das observações foram submetidos à análise de Síntese de Conversa, e as entrevistas a análise de Práticas Discursivas. Através das análises dos dados foi possível identificar quatro categorias denominadas em: Cotidiano das Práticas de Saúde dos Enfermeiros em Unidades de Saúde da Família; Mapeando as práticas e definindo seus significados; Desenvolvimento e Implementação das Práticas de Saúde voltadas ao HIV/AIDS no Programa de Saúde da Família; e Aspectos que interferem no desenvolvimento de Práticas de Saúde voltadas para prevenção e cuidado aos portadores de HIV/AIDS. No decorrer da análise das observações e das entrevistas foi possível verificar a variedade de práticas de saúde desenvolvidas por enfermeiros voltadas para o HIV/AIDS no PSF, e, a influência do cotidiano das unidades de saúde no desenvolvimento de práticas voltadas para a saúde e cuidado dos portadores de HIV/AIDS e para a prevenção da doença. Entretanto, nota-se uma dificuldade por parte dos enfermeiros em nomear as suas ações e com isso atribuir sentidos as suas práticas de saúde. Em relação ao seu desenvolvimento, notou-se que a maioria das práticas acontece de forma integrada a outros tipos de ações na unidade de saúde, tendo como principal público alvo, as mulheres em idade fértil, e o principal tipo de práticas, as de prevenção de HIV/AIDS. Além disso, foi presente a interferência de determinadas questões, como a violência associada ao narcotráfico, no desenvolvimento dessas ações na unidade de saúde. De um modo geral, pode-se perceber o PSF como um local promissor de práticas de saúde frente ao HIV/AIDS bastante eficazes. Entretanto, a forma como ele é desenvolvido em alguns locais do Rio de Janeiro, pautado em um modelo centrado na doença, impossibilita a transformação das práticas voltadas às necessidades de saúde dos usuários.

Palavras-Chave: Conhecimento, Atitude e Prática de Saúde. Enfermagem em Saúde Pública. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Programa de Saúde da Família.

## **ABSTRACT**

This study came from a master searching in the Post-Graduate Program at Nursing College of Rio de Janeiro State University (FENF/UERJ). It had as general objective to analyze nurse's health practices in view of the Acquired Immunodeficiency Syndrome (HIV/AIDS), in the Family Health Program (PSF) in Rio de Janeiro city. This association between AIDS and PSF was done because it has been needed to make some studies which can become stronger this theme in Basic Health Attention Units. Thus, there is an ability of the Family Health Strategy as a focal point to discussion and activities to prevention and education in health, due to its peculiarities, like to be closer with communities, knowledge, popular cultures and the life way of some people groups. This is a qualitative study which privileged a using of social – anthropological approach. It was developed from 2006 to 2007, and done through observations and half-structured interviews. The participants of the study were 18 nurses which work in PSF. The data from observations and interviews were analyzed through Conversation Synthesis and Discursive Practices respectively. Through this analysis it was possible to identify four categories, named as : Nurses Daily Health Practices in Family Health Units ; Defining the Practices and its Significance ; Developing and Implementing Health Practices to HIV/AIDS in Family Health Program; and Interfering Subjects in the Development of Health Practices done in Prevention and Care with HIV/AIDS bearers . During the observations and interviews analysis was possible to check the variety of health practices developed by nurses to HIV/AIDS care in PSF, and how daily influences in health practices development done to health and care of HIV/AIDS bearers, and to prevent the disease. Meanwhile, it was seen that nurses have difficulties to name their actions and assign senses o the health practices. In relation to the development, the majority of the practices happens integrated to other kinds of actions in health unit, and it has as target women in fragile age, and the main practice is HIV/AIDS prevention. Moreover, there are an interference of some questions, as violence and drug trafficking in the development of these actions in the health units. Generally speaking, it could realize PSF as a very effective program to health practices with HIV/AIDS. Meanwhile, the way how it is developed in certain areas in Rio de Janeiro, based in a model focused in disease, becomes impossible new practices which goes with users health needing.

**Key-words:** Knowledge, Attitudes and Practices in Health. Public Health Nursing. Acquired Immunodeficiency Syndrome. Family Health Program.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>1. REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>18</b>
<b>1.1 Sentidos e práticas de saúde dos enfermeiros em Saúde Pública.....</b>	<b>18</b>
<b>1.2 Modelos de atenção à saúde: formas de fazer e pensar a prática.....</b>	<b>22</b>
<b>1.3 Programa de Saúde da Família: uma estratégia de reorientação da Atenção Básica.....</b>	<b>24</b>
<b>1.4 Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.....</b>	<b>31</b>
<b>1.5 Promoção da Saúde e Prevenção de doenças: alguns conceitos relacionados à prática de saúde e a AIDS na Saúde Pública.....</b>	<b>34</b>
<b>2. ABORDAGEM TEÓRICA-METODOLÓGICA .....</b>	<b>40</b>
<b>2.1 A concepção teórica e as escolhas do método de estudo.....</b>	<b>41</b>
<b>2.2 Campo de estudo.....</b>	<b>44</b>
<b>2.2.1 Histórias das Comunidades.....</b>	<b>46</b>
<b>2.3 Instrumentos metodológicos e a coleta de dados.....</b>	<b>55</b>
<b>2.4 Análise dos dados.....</b>	<b>61</b>
<b>2.5 Caracterização dos sujeitos.....</b>	<b>64</b>
<b>3. RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS.....</b>	<b>66</b>
<b>3.1 Cotidiano das Práticas de Saúde dos Enfermeiros em Unidades de Saúde da Família.....</b>	<b>67</b>
<b>3.2 Mapeando as práticas e definindo seus significados.....</b>	<b>77</b>
<b>3.2.1 Práticas de prevenção ao HIV/AIDS .....</b>	<b>80</b>
<b>3.2.2 Práticas de Promoção da Saúde dos portadores de HIV/AIDS .....</b>	<b>83</b>
<b>3.2.3 Práticas de acompanhamento aos portadores de HIV/AIDS e familiares.....</b>	<b>85</b>
<b>3.3 Implementação das Práticas de saúde dos enfermeiros voltadas para o HIV/AIDS no PSF.....</b>	<b>88</b>
<b>3.4 Aspectos que interferem no desenvolvimento de Práticas de Saúde voltadas para prevenção e cuidado aos portadores de HIV/AIDS.....</b>	<b>94</b>
<b>3.4.1 Fatores negativos para o desenvolvimento das práticas dos enfermeiros Voltadas para o HIV/AIDS no PSF.....</b>	<b>96</b>
<b>3.4.2 Fatores positivos para o desenvolvimento das práticas dos enfermeiros Voltadas para o HIV/AIDS no PSF.....</b>	<b>100</b>
<b>4. CONCLUSÃO .....</b>	<b>105</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>108</b>
<b>APÊNDICE A - Quadro de Distribuição de PSF e enfermeiros no Município do Rio de Janeiro.....</b>	<b>115</b>
<b>APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>116</b>
<b>APÊNDICE C – Ficha de identificação dos sujeitos.....</b>	<b>117</b>
<b>APÊNDICE D – Roteiro das entrevistas.....</b>	<b>118</b>
<b>APÊNDICE E – Roteiro das observações.....</b>	<b>119</b>
<b>APÊNDICE F – Carta ao Comitê de Ética.....</b>	<b>120</b>
<b>ANEXO A – Divisão dos bairros da cidade do Rio de Janeiro .....</b>	<b>121</b>

## INTRODUÇÃO

O presente estudo refere-se à dissertação de Mestrado, inserida na Linha de Pesquisa: Políticas e Práticas em Saúde Coletiva e Enfermagem, do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Tem como objeto as práticas de saúde dos enfermeiros frente à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e / ou a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) no Programa de Saúde da Família (PSF).

O mesmo estudo encontra-se inserido em um Projeto de Pesquisa dessa mesma instituição denominado “Papel dos enfermeiros frente à AIDS na Atenção Básica de Saúde no Município do Rio de Janeiro: Sentidos e Práticas” que está articulado ao grupo de pesquisa “A Promoção da Saúde de Grupos Populacionais” e ao projeto de pesquisa interinstitucional denominado: “Representações e Memória Profissional da AIDS das enfermeiras no Brasil: Estudo Bicêntrico Rio de Janeiro / Florianópolis”, do qual participam o *Institut National de la Santé et de la Reserche Médicale* / INSERM, o Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração em Enfermagem e Saúde / GEPADES da Universidade Federal de Santa Catarina e do Núcleo de Estudos e Pesquisas Enfermagem, Mulher, Saúde e Sociedade / NEPEN – MUSAS da Faculdade de Enfermagem da UERJ.

Bourdieu (1997, p. 19) define prática como “produto da relação dialética entre uma situação e um *habitus*, isto é, o *hábitus*, enquanto sistema de disposição duráveis, é matriz de percepção, de apreciação e de ação, que se realiza em determinadas condições sociais”.

Acioli (2003, p. 67) refere que “as práticas possuem sentidos e valores ligados ao conjunto de relações socioculturais, que vinculam pessoas e grupos entre si, envolvidas em um mesmo campo e referidas ao mesmo ‘espaço de possíveis’”. No sentido proposto por Acioli, as práticas são fruto de uma série de condições relacionadas ao contexto social, político, econômico e a aspectos da ordem do desejo e da convivência dos grupos envolvidos.

Sendo assim, neste trabalho entendem-se como práticas as ações e atividades desenvolvidas por sujeitos em determinado local, individualmente ou coletivamente, baseada em saberes populares e/ou científicos. As práticas de saúde dos enfermeiros podem ser compreendidas como as várias formas de se fazer saúde no cotidiano da vida profissional. Sendo assim, são vistas como um conjunto de ações pautadas em saberes diversificados com distintos objetivos.

Luz (2005) e Acioli (2003) ao refletirem sobre a prática relacionam as práticas de determinados grupos à identidade adotada pelos mesmos. Além disso, ressaltam a influência de poder estabelecida através das forças de interação simbólica dos sujeitos e do campo que ocupam. Sendo assim, parece que a predominância de uma prática tecnicista pode representar a hegemonia de um modelo de atenção à saúde, focado no profissional médico e na doença.

Para Franco & Merhy (2006), esse modelo também conhecido como “médico procedimento centrado”<sup>1</sup> tem a consulta médica como centro do desenvolvimento do trabalho na unidade de saúde. Sendo assim, complementa a idéia ao afirmar que:

A partir dela é ofertado um cardápio de serviços a serem executados pelos outros profissionais. O processo de trabalho realizado por estes é estruturado e comandado pelos saberes e atos do médico, ficando claro que os profissionais não médicos não tem nenhuma autonomia para o trabalho assistencial, nem mesmo para exercer o que lhe é facultado como competência profissional (FRANCO & MERHY, 2006, p.87).

O interesse por este estudo surgiu no decorrer da prática profissional da autora enquanto residente de enfermagem em Saúde Pública, ao perceber que o enfermeiro desenvolvia suas ações em diferentes espaços, com distintas atuações no campo da Saúde Pública. No entanto, a sua prática parecia estar calcada nas ações de outros profissionais, tornando-se difusa e pouco visível para os enfermeiros e também para os usuários.

Poucos são os trabalhos publicados que se destinam a delimitar a prática do profissional enfermeiro, os quais parecem não se preocupar em avaliar como são desenvolvidas as mesmas. Percebe-se a necessidade de construção de um campo teórico e de investigação da prática do enfermeiro a fim de compreender o processo de formação e interação das ações desse profissional em diversos espaços de atuação, com o propósito de melhoria da qualidade de atenção e a promoção da visibilidade das ações do mesmo no sistema de saúde.

Ao realizar-se um levantamento bibliográfico em torno da prática de enfermagem na Saúde Pública nota-se a presença de poucos trabalhos referentes ao tema, e quando abordado o é de forma superficial e pouco reflexiva. Dentre os quarenta e cinco trabalhos compreendidos em teses, dissertações e artigos apresentados a partir dos anos 90, a maior

---

<sup>1</sup> Franco & Merhy (2006) trazem a idéia de modelos de atenção dividida em dois grupos, médico procedimento centrado e usuário centrado. A primeira tem como norte a atuação e o saber do profissional médico, a segunda, que seria o ideal, tem como base o usuário e não é norteada por um único saber. Envolve uma equipe multiprofissional a fim de atender as necessidades do usuário.

parte se preocupou em descrever a prática do enfermeiro sem realizar uma análise sobre o impacto da mesma nas ações de saúde de outros profissionais e no atendimento à população<sup>2</sup>.

Um estudo realizado nos serviços de Saúde Pública de São Paulo reafirma esse fato, fazendo um recorte das fontes históricas de atuação das enfermeiras e analisando a atuação das mesmas a fim de entender os seus processos de trabalho. Dentre os pontos abordados ressalta-se a dificuldade das enfermeiras em se adequarem ao modelo de programação em saúde, ao processo de divisão do trabalho em enfermagem, expressando um conflito mediante o acúmulo de funções administrativas e assistenciais, e a nova perspectiva de atuação em programas de saúde com ampliação do campo de trabalho (VILA *et al.*, 1997).

Esse mesmo estudo aponta para a tendência da prática de enfermagem centrar-se na organização de procedimentos técnicos de caráter interno aos serviços, para viabilizar a assistência médica individual.

Outro trabalho realizado na Rede Básica de São Paulo na década de 1990 aponta a Enfermagem de Saúde Pública como uma área que acompanha os modelos de atenção a saúde. Para alcançar uma prática em Saúde Coletiva o trabalho em saúde tem se diversificado, indo desde o cuidar individual ao de grupos e famílias, perpassando atividades educativas, administrativas e de planejamento em saúde. (ALMEIDA *et al.*, 1997).

Em relação aos estudos nota-se uma dificuldade em dar visibilidade à atuação do enfermeiro, tanto no campo da prática como no campo da enfermagem enquanto área de conhecimento. Constata-se a presença do profissional enfermeiro em diferentes espaços e com distintas atuações, porém, parece não haver estudos que delimitem essa prática.

Ressaltando este fato, em 1991 o Conselho Internacional de Enfermeiras percebeu a necessidade de elaborar um projeto que viesse a classificar internacionalmente a prática de enfermagem, conhecido como Projeto de Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC). E em 1994 a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN) assumiu o compromisso de executar um Projeto no país voltado para as ações em Saúde Coletiva. Atualmente o trabalho encontra-se em fase de implementação e inclusive alguns resultados publicados principalmente no que se refere à validação de termos e definições técnicas de enfermagem. No entanto, parece que foram poucas as publicações desses estudos em relação à temática e parece que ainda não foi possível identificar propostas futuras (GARCIA *et al.*, 2002).

---

<sup>2</sup> Pesquisa bibliográfica realizada no período de abril a dezembro de 2006 nas bases de dados online: “Centro de Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde” (LILACS); e “Scientific Electronic Library Online” (SCIELO), “Biblioteca Regional de Medicina” (BIREME) e “Biblioteca Virtual em Saúde – Enfermagem” (BVS Enfermagem). Como descritores para seleção dos resumos foram utilizados: “prática de enfermagem” and “saúde pública”.



Antecedendo essas idéias, no início dos anos 50 nos Estados Unidos e posteriormente no Brasil, surgiram trabalhos que originaram as Teorias de Enfermagem, que tinham como objetivo a proposta de construção de um conhecimento que tivesse uma aplicabilidade e oferecesse um suporte teórico pautado no cuidado humano (SANTIAGO *et al.*, 2001). Dentre as teorias, várias poderiam ser aqui destacadas, no entanto, não cabe neste momento uma discussão mais profunda sobre o tema e sim uma reflexão a respeito da complexidade do campo da prática.

Aliado ao interesse de estudo da enfermagem em Saúde Pública, há um grave problema de saúde pública que chama a atenção do mundo que é a epidemia da AIDS representando a sua nova face vinculada a pobreza e conseqüentemente às classes sociais menos favorecidas (PARKER, GALVÃO, BESSA, 1999). A AIDS após um pouco mais de duas décadas de descoberta continua tão complexa quanto no início. Avanços na medicina, principalmente com a chegada dos anti-retrovirais possibilitaram o aumento de tempo de vida dos portadores da doença, no entanto pouco se avançou no que se refere a prevenção, estigma e preconceito.

Estudos relatam o impacto da doença e do seu desenvolvimento epidemiológico nas práticas e atitudes dos profissionais de saúde, inclusive na do enfermeiro. Pesquisas relatam que as representações dos enfermeiros a respeito da AIDS influenciam nas práticas e nas relações interpessoais com os pacientes (GIAMI, 1997). No entanto, poucos trabalhos identificam as práticas dos enfermeiros em relação à AIDS, principalmente na atenção básica de saúde. Estudos voltados para essa área parecem ter se limitado a avaliar o comportamento e a descrever as atividades com os grupos ditos vulneráveis à contaminação<sup>3</sup>.

Levantamentos bibliográficos realizados nessa mesma área mostram que apesar da evolução do entendimento das questões relativas à AIDS, os enfermeiros desenvolvem poucos trabalhos científicos no campo da prevenção, e quando o fazem se limitam a estudar jovens e adolescentes em ambientes escolares (ACIOLI, *et al.*, 2006; OLIVEIRA, *et al.*, 2006).

---

<sup>3</sup> Levantamentos bibliográficos realizados no período de março a abril de 2006. As bases *on-line* utilizadas foram as da “Universidade Estadual de São Paulo” (USP), “Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior” (CAPES), “Centro de Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde” (LILACS); e “Scientific Eletronic Library Online” (SCIELO), “Biblioteca Regional de Medicina” (BIREME) e “Biblioteca Virtual em Saúde – Enfermagem” (BVS Enfermagem), e em CD-ROM utilizamos a do “Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem” (CEPEN), organizado pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN). Como descritores para seleção dos resumos foram utilizados “AIDS or HIV and Enfermagem” para as bases da USP, CAPES, SCIELO e BIREME. Para o CEPEN e BVS Enfermagem, por se tratar de bases exclusivas de enfermagem, utilizamos como descritores: “AIDS or HIV”, pois gostaríamos de selecionar todas as pesquisas realizadas por enfermeiros voltadas para o HIV/AIDS e não somente as que tinham como objeto de estudos a enfermagem. O resultado da busca está apresentado sob forma de dois artigos (ACIOLI *et al.*, 2006; OLIVEIRA *et al.*, 2006).

Outro ponto observado refere-se ao fato das temáticas dessas pesquisas acompanharem o desenvolvimento epidemiológico da doença. No início da epidemia, parecia haver uma maior preocupação com os enfermeiros que cuidavam e não com os doentes. Com a contaminação de pessoas que não pertenciam aos grupos de riscos e o aumento do tempo de vida dos portadores de HIV/AIDS devido ao uso de anti-retrovirais, as pesquisas voltaram-se a mulheres, crianças portadoras e ao convívio dos mesmos em sociedade. No entanto, entre esses estudos poucos se referem à avaliação e reflexão das práticas de saúde.

Dentre os estudos encontrados, foi possível observar trabalhos que ressaltaram ações de prevenção ao HIV/AIDS em Unidades de Saúde da Família (SILVA, 2004). Os profissionais de saúde da família participam do dia-a-dia dos moradores da comunidade, e acabam de alguma forma entrando em contato com diferentes grupos e espaços sociais: associação de moradores, igrejas locais, dentre outros. Com isto, têm a oportunidade de atuarem em realidades locais e em espaços de saúde não institucionalizados, facilitando assim a construção de diferentes práticas de saúde mais eficazes (FERNANDES, 2004).

Sendo assim, acredita-se que as ações voltadas ao HIV/AIDS podem e devem deixar de restringir-se a profissionais do programa DST/AIDS e perpassar diversos espaços e atores sociais (FERNANDES, *et al*, 2004).

Nesse sentido, entende-se o Programa de Saúde da Família (PSF) como um poderoso espaço de desenvolvimento de atividades frente ao HIV/AIDS que ultrapassem a mera descrição do perfil comportamental do grupo visto que, devido às particularidades do programa, é possível desenvolver ações voltadas para a realidade local. Outro ponto favorável é a construção do vínculo que pode facilitar na discussão de assuntos que permeiam o campo da AIDS como a sexualidade e o gênero.

Monteiro (2002) ressalta a importância de trabalhos em comunidades, principalmente no que se refere à prevenção do HIV/AIDS, pois enquanto não há cura, uma das formas de minimizar o impacto da síndrome é através da construção de práticas preventivas eficazes. No entanto, a mesma ressalta a necessidade da avaliação crítica nos trabalhos desenvolvidos nessa área.

Sendo assim, justificam-se estudos relativos à AIDS no PSF com enfermeiros, visto que esse é o espaço de atuação profissional onde estes se encontram mais próximos do usuário e possuem um papel importante na prevenção de doenças e informações para a população. E, o enfermeiro, junto a outros profissionais, exerce nessa instância a função primordial de elo entre os usuários e o serviço de saúde de forma a proporcionar ações educativas e de assistência voltadas para a temática.

Outro aspecto relevante é que nenhum dos estudos encontrados relativos à temática AIDS com enfermeiros no PSF, referiu nos resumos a cidade do Rio de Janeiro como campo exploratório. Foi possível identificar pesquisas realizadas no Nordeste, em maior parte, seguido de São Paulo, Minas Gerais e Vitória.

Esse dado mais uma vez ressalta a importância da realização de estudos voltados a AIDS no Município do Rio de Janeiro, visto que a região sudeste foi a primeira a ser afetada pela epidemia e o Estado do Rio de Janeiro apresentou no ano de 2004 a mais alta taxa de incidência do país e se mantém como o segundo Estado mais afetado (BRASIL, 2005a).

Conforme as pesquisas indicam, aumenta-se o número de pessoas vivendo com HIV/AIDS e torna-se cada vez mais necessário ampliar a compreensão de como acontecem as práticas dos profissionais de saúde envolvidos no PSF que é o lócus onde pode acontecer o primeiro contato dos profissionais de saúde com o processo de adoecimento.

Tendo em vista o exposto, e entendendo a necessidade de estudos voltados para a prática do enfermeiro no campo da Saúde Pública, aliado a AIDS, vê-se a necessidade de ao estudar as práticas de saúde procurar compreender os sentidos que lhe são atribuídos, de forma a facilitar a reflexão sobre a construção e o significado das mesmas.

Portanto, neste trabalho consideram-se os estudos das práticas indissociáveis de seus sentidos, visto que se entende como sentidos as formas como os sujeitos percebem as suas práticas, ou seja, a forma como significam as ações e as atividades que desenvolvem.

Sendo assim, este trabalho tem como objetivo geral:

- Analisar as práticas de saúde dos enfermeiros frente ao HIV/AIDS no PSF no município do Rio de Janeiro.

E objetivos Específicos:

- Identificar as práticas de saúde desenvolvidas por enfermeiros voltadas ao HIV/AIDS no PSF

- Conhecer os fatores que influenciam na construção das práticas de saúde dos enfermeiros voltadas ao HIV/AIDS no PSF.

- Refletir sobre os sentidos das práticas de saúde dos enfermeiros voltadas ao HIV/AIDS no PSF.

Acredita-se que o resultado deste estudo contribuirá para o entendimento sobre o processo de realização das práticas de saúde dos enfermeiros no cotidiano do PSF. Além disso, cabe ressaltar que este estudo não tem a pretensão de exaltar a prática do enfermeiro em relação aos demais profissionais de saúde. Parte-se do princípio que a análise das práticas de

saúde dos enfermeiros e o conhecimento da identidade desse profissional possam favorecer o desenvolvimento de práticas interdisciplinares e com isso, integrais.

Sendo assim, a fim de contemplar o objeto proposto, a apresentação deste estudo foi dividida em seis partes, incluindo as considerações iniciais, onde se explicita o tema da pesquisa, o objeto, objetivos, a motivação para realização do estudo e sua relevância e justificativa.

Na segunda parte, é apresentado o referencial teórico no qual foram abordadas as discussões teóricas de acordo com diversos autores em relação às seguintes temáticas: práticas de saúde e enfermagem; modelos de atenção à saúde; Programa de Saúde da Família; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; e na última parte do referencial teórico, a discussão sobre promoção da saúde, prevenção de doenças e vulnerabilidade ao HIV/AIDS.

A terceira parte é referente à apresentação da abordagem teórico-metodológica utilizada para desenvolvimento deste estudo, que incluem algumas reflexões sobre a opção metodológica, as técnicas e os instrumentos utilizados, além de uma breve descrição do cenário de estudo e do PSF no Município do Rio de Janeiro.

A quarta parte refere-se à apresentação dos dados coletados e discutidos com autores que ajudam no entendimento sobre as questões identificadas. Foram construídas quatro categorias, sendo elas: Cotidiano das Práticas de Saúde dos Enfermeiros em Unidades de Saúde da Família; Sentidos e Práticas de Saúde dos Enfermeiros voltados aos Portadores de HIV/AIDS e a Prevenção da Doença; Desenvolvimento e Implementação das Práticas de Saúde voltadas ao HIV/AIDS no Programa de Saúde da Família; e Aspectos que interferem no desenvolvimento de Práticas de Saúde voltadas para prevenção e cuidado aos portadores de HIV/AIDS.

A quinta parte refere-se às considerações finais do trabalho, que não tem como pretensão encerrar o debate acerca das questões relacionadas às práticas de saúde dos enfermeiros frente à complexidade da temática AIDS, no campo da Saúde Coletiva. Mas sim, que os resultados deste estudo possam contribuir para a ampliação das ações do enfermeiro, e com isso, o reconhecimento dos diversos fatores que influenciam no desenvolvimento de práticas nos serviços de saúde.

E, finalmente, a última parte corresponde às referências utilizadas, os anexos e os apêndices construídos para o estudo.

## 1. REFERENCIAL TEÓRICO

A articulação teórica proposta neste trabalho tem como objetivo embasar o processo de análise da construção de práticas de saúde dos enfermeiros em espaços institucionalizados no campo da Saúde Pública. Sendo assim, foram utilizados autores dos campos das Ciências da Saúde, da Sociologia e da Antropologia como ferramentas para estruturação deste estudo sobre sentidos e práticas de saúde dos enfermeiros frente ao HIV/AIDS no PSF.

### 1.1 Sentidos e Práticas de Saúde dos Enfermeiros em Saúde Pública

Em sua origem, em torno da década de 20, a Saúde Pública era entendida como ações intervencionistas junto a grupos populacionais pobres, os quais representavam para a minoria dominante uma ameaça à economia e à saúde do país. Essas ações eram voltadas para a prevenção de doenças e redução de epidemias (CZERESNIA, 2003).

Aos poucos, considerando os contextos históricos, sociais e políticos, a Saúde Pública constituiu novos conceitos e práticas. Estes passaram a ter um enfoque mais amplo sobre o processo saúde-doença, não apenas limitado aos fatores fisiopatológicos, enfatizados pelo modelo biomédico.

Contextualizando a Enfermagem na Saúde Pública, percebe-se uma evolução que acompanha as transformações políticas do sistema de saúde do Brasil, e uma vasta atuação do enfermeiro neste campo. Inicialmente o enfermeiro desenvolvia práticas educativas e de prevenção de doenças transmissíveis influenciadas pela visão higienista, e nos dias atuais, nota-se a presença desse profissional em diversos espaços com diferentes ações (VILA *et al* 1997).

Sabroza *apud* Czeresnia (2003) define Saúde Pública como um campo de saberes e práticas, organizado e voltado à promoção da saúde das populações. Para atuação nesse campo, são exigidas dos profissionais de saúde em geral, habilidades técnicas, políticas e pedagógicas para identificar as necessidades de saúde da população e nelas basearem o planejamento e a implantação das práticas nos serviços públicos de saúde.

Devido aos inúmeros debates em torno dos sentidos do campo Saúde Pública e Saúde Coletiva, neste trabalho, a expressão Saúde Coletiva é entendida como um campo dinâmico

onde se articulam saberes interdisciplinares e práticas desenvolvidas por vários agentes e instituições, dentro e fora do setor saúde. No entanto, o campo de estudo será denominado Saúde Pública por representar o espaço onde se desenvolvem os programas de saúde. Em consequência, ao estudar práticas dos enfermeiros é necessário compreendê-las como ações diferenciadas que incorporam diversos conhecimentos e compartilham saberes e experiências entre grupos, profissionais e a população envolvida. Isso implica o desenvolvimento de práticas que valorizem a dimensão subjetiva das vivências dos usuários e dos profissionais de saúde, proporcionando o diálogo e a ação reflexiva (ACIOLI, 2003).

Acioli (2003) se apropria de definições de autores como Bourdieu (1997; 1988), Certeau (1994) e Luz (1993) dentre outros, para subsidiar seu trabalho voltado a práticas de saúde de grupos populares. Acredita-se que trabalhos voltados para a análise de práticas de saúde requerem uma leitura ampla de autores de diversos campos de conhecimento.

Ao estudar essa temática, faz-se necessário pensar as práticas dos profissionais de saúde, inclusive as do enfermeiro, como práticas flexíveis que incorporem o conhecimento/saberes e experiências que vão além dos espaços institucionais. Isto implica no desenvolvimento de práticas que reconheçam as experiências dos outros profissionais e de grupos populares e a existência de uma sabedoria prática, que possa ser incorporada ao saber técnico (ACIOLI, 2003).

De acordo com Luz (2005) os profissionais de saúde devem considerar as práticas de saúde da sociedade e os sentidos que as pessoas atribuem a elas. Segundo a mesma:

A proliferação dessas práticas é fruto da busca por cuidado e atenção de parcelas crescentes da população, em face não só de adoecimentos objetivos (presença de patologias identificáveis pela biomedicina), como as situações de estresse, isolamento e sofrimento psíquico que as coloca em situação de grande vulnerabilidade... (LUZ 2005, p.155)

Complementando essa idéia, Acioli (2001; 2003) afirma que as percepções de determinados grupos populares com relação às suas práticas cotidianas indicam concepções e valores diferenciados, os quais estão relacionados aos contextos e redes sociais de que fazem parte. Além disso, o sentido da prática depende da identidade que o grupo assume em determinado ambiente. Portanto, pode-se definir a partir da forma como os sujeitos se movem e desenvolvem táticas e estratégias de enfrentamento dos problemas e convívio entre as pessoas.

Para Acioli (2003), as táticas e estratégias de determinados grupos para a resolução de problemas de saúde estão intimamente relacionadas aos espaços em que acontecem as práticas de saúde. Em seu trabalho Acioli apropria-se da definição de Certaud (1994) e define táticas como práticas capazes de alterar os processos dominantes, já as estratégias, estariam relacionadas à lógica de realização das ações articuladas a uma estrutura de poder.

Sendo assim, ao pensar em sentidos e práticas, faz-se necessário definir o que se entende neste trabalho por cotidiano e estruturas de poder. O cotidiano pode ser compreendido como o *locus* onde se expressam não somente as experiências de vida, mas contextos de relações distintas, que envolvem tanto pessoas, como coletividades e instituições, em espaços e tempos determinados (PINHEIRO, 2001). Com isto, para compreender as práticas é preciso conhecer o cotidiano em que elas acontecem e os poderes simbólicos que as influenciam.

O poder simbólico representa um poder de construção da realidade que tenta estabelecer uma ordem baseada em formas de conhecimento ou por uma classe dominante. Para Bourdieu (1998), “um poder subordinado é uma forma transformada, quer dizer irreconhecível, transfigurada e legitimada das outras formas de poder” (BOURDIEU, 1998, p.15).

Para a Enfermagem muitos fatores ou acontecimentos da vida cotidiana, aqui denominados como forças simbólicas podem influenciar na construção dos sentidos e práticas de saúde dos enfermeiros. A relação com a equipe, com a chefia, o processo de trabalho baseado em modelos rígidos pautados na valorização de um único profissional em detrimento dos outros, e as condições de trabalho, dentre outros.

Portanto de acordo com Pinheiro (2001):

Estudar os atores, seus discursos e práticas no cotidiano das instituições é fundamental, pois possibilita a localização de elementos objetivos e subjetivos, por meio dos quais os atores sociais constroem as suas percepções referentes à vida social, que inclui a vida institucional. No caso das instituições de saúde, o cotidiano dos atores representa um espaço de lutas, de exercício de poder, aqui entendido *não como objeto natural, uma coisa*, mas como prática social influenciada pelas práticas sanitárias e políticas. (PINHEIRO, 2001, p.66)

No entanto, para entender a prática e seus sentidos é necessário compreender as estruturas que constituem socialmente as relações de poder e o modo como elas podem influenciar na construção das mesmas.

Para Bourdieu (1998), o poder simbólico é derivado de instrumentos simbólicos presentes no *campo*, sendo possível identificá-los em: estruturas - estruturantes - instrumentos de conhecimento e de construção do mundo objetivo, apresentados sob a forma simbólica de estruturas subjetivas; estruturas estruturadas - apresentadas sob a forma de objetos simbólicos e que representam os meios de comunicação, o discurso e a conduta; poder simbólico - o próprio instrumento de dominação, o poder, que pode estar presente nas divisões de trabalho e nas classes sociais.

De acordo com esse mesmo autor, essas estruturas fazem parte de diferentes relações sociais e são construídas e desenvolvidas nos *campos*, caracterizado como um espaço que não se restringe ao plano físico.

Para Bourdieu, (1998, p. 12) “O campo de produção simbólica é um microcosmos de luta simbólica entre as classes”.

De acordo com Acioli (2003) o campo refere-se ao espaço socialmente determinado e estruturado, onde os agentes se encontram predefinidos e expressam suas relações de poder.

Essas estruturas de poder influenciam na construção das práticas sociais de um modo geral e, estão relacionadas a dois conceitos importantes: prática e práxis (ACIOLI, 2001).

Entende-se como práxis:

A ação voluntária voltada para uma razão prática, um agir prático. O materialismo dialético concebe a práxis como uma ação transformadora das condições concretas da existência. A *práxis* engloba tanto uma ação objetiva do homem quanto suas produções subjetivas, articulando ações e intenções. (ACIOLI, 2001, p. 158)

Sendo assim, não deve ser entendida como uma ação mecânica, e sim uma prática pautada em um ato reflexivo.

A prática de acordo com Bourdieu (1997, p.9): “é produto de uma relação dialética ente uma situação e um *habitus*” que para esse mesmo autor, configura as ações e, sendo produto das relações sociais, tende a reproduzir as relações objetivas nas quais se originaram.

Parece que a realização da prática do enfermeiro, entendida como uma prática social, incorpora conceitos técnicos do campo científico, objetivos, aliados às idéias e valores subjetivos. Além disso, a construção da prática do enfermeiro e a sua expressão no espaço coletivo são decisivas no aspecto da criação da identidade do grupo nesse espaço e constituem *habitus*.



Portanto, nesta pesquisa que objetivou estudar práticas de saúde dos enfermeiros frente ao HIV/AIDS na Saúde Pública pretendeu-se utilizar esses conceitos e teorias para fundamentar a interpretação e reflexão sobre as práticas. Nota-se na Saúde Pública pouca visibilidade da prática do enfermeiro nos espaços institucionais, o que talvez possa significar o reflexo das lutas de poder travadas no campo entre os sujeitos, e/ou reflexo de políticas públicas nos espaços institucionais.

## **1.2 Modelos de Atenção à Saúde: Formas de Fazer e Pensar a Prática**

Ao longo da história da Saúde Pública no Brasil pode-se identificar a predominância de diversos modelos de atenção à saúde, sendo que muitas vezes um sobressai sobre o outro, e em alguns momentos é possível verificar a pluralidade de modelos em um mesmo período de tempo, como é o caso dos dias atuais.

De acordo com Paim (2003), modelos de atenção à saúde ou modelos assistenciais podem ser definidos como um conjunto de combinações de tecnologias e técnicas utilizadas pelos serviços, de modo a resolver problemas de saúde de determinada população. Sendo assim, não se trata de uma norma, nem apenas de uma forma de administrar serviços.

Os modelos de atenção à saúde servem para compreender determinados processos históricos, sociais e culturais da sociedade. Portanto, sua análise pode ser utilizada para o entendimento dos saberes envolvidos nesses processos, além de apoiar a operacionalização das ações de saúde.

Ressalta-se ainda, que não existe um modelo certo ou errado. Existem sim, modelos que representam o contexto histórico dominante e que podem ou não atender as necessidades de saúde da população.

Segundo Mendes (1999), na história da Saúde Pública brasileira identificam-se quatro principais fases nas políticas de saúde, sendo elas denominadas de: “Sanitarismo Campanhista”, “Período de Transição”, “Modelo Médico Assistencial” e por último o chamado modelo “Plural”.

Paim (2003), no entanto divide o período da história da saúde Pública do Brasil em três momentos que considera os mais marcantes, são eles: o modelo “Assistencial Sanitarista” que corresponde ao modelo “Campanhista” de Mendes (1999), o “Modelo Médico

Assistencial Privatista” e por último um modelo, ou melhor, vários modelos que compreendem as propostas “Alternativas”.

Neste estudo será utilizada a denominação usada por Paim (2003) incorporando, no entanto, as discussões dos diversos autores que discorrem sobre o assunto, tais como: Mendes (1993), Silva Jr (2006), Paim (2003b), Smeke e Oliveira, (2001) dentre outros.

O modelo conhecido como “Assistencial Sanitarista” ou “Campanhista” surge no final do século XIX e ainda se faz presente na forma de organização da atenção básica à saúde. Nesse período, o país vivenciava um desordenado crescimento populacional nos grandes centros urbanos, e momentos de grandes epidemias que ameaçavam a economia agro-exportadora do país (BERTOLLI FILHO, 1996).

Com isso nasce um modelo de atenção que tem como principal objetivo sanear os espaços públicos e erradicar as epidemias que tanto ameaçavam as exportações. Caracterizava-se por ser um modelo para a área urbana, voltado para ações de prevenção de doenças através de campanhas compulsórias, na maioria das vezes, e atuações do Estado de forma autoritária no saneamento da cidade, praticado através da Polícia Sanitária de Oswaldo Cruz (SMEKE e OLIVEIRA, 2001; PAIM 2003).

O modelo “Médico Assistencial Privatista” tem origem na década de 20, sob a influencia da medicina liberal e voltava-se às necessidades de assistência dos trabalhadores urbanos e industriais. Fortaleceu-se, a partir de 45, com a expansão da rede de hospitais dos Institutos de Previdência e Assistência Social (CARVALHO, *et al.*, 2001, SILVA JR 2006). Caracteriza-se por enfatizar as ações de assistência médica hospitalar, ou seja, as atividades curativas e os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, objetivando o atendimento individual voltado para pessoas que procuram os serviços de saúde por livre iniciativa – demanda espontânea (PAIM, 2003).

Os sentidos dos modelos de atenção à saúde estão relacionados à concepção de saúde e doença, ao se tratar do modelo Assistencial Privatista, a concepção baseia-se no saber clínico, pautado em uma prática de saúde fragmentada em especialidades e tecnologias (SILVA JR, 2006).

Sendo assim, é um modelo que pode ser encontrado em diversos espaços, desde a medicina liberal, medicina de grupo, serviços de Saúde Pública, seguros de saúde e todos os serviços que não se encontram organizados para atender as necessidades de saúde dos indivíduos e coletivos. Volta-se para práticas assistenciais imediatistas em torno da doença, dissociadas de ações de prevenção (PAIM, 2003).

Os dois modelos ainda se encontram presentes no Sistema de Saúde no Brasil. Entretanto, a partir da década de 40, sob a influência de movimentos de grupos populares, e pressão das classes de trabalhadores por Políticas de Bem-Estar Social a serem implantadas pelo Estado impôs-se a redefinição de modelos de saúde e surgiram propostas alternativas ao modelo hegemônico (SILVA JR, 2006).

Essas propostas ganharam força após a década de 60 com o investimento da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e de instituições filantrópicas americanas e a criação de núcleos de desenvolvimento de modelos alternativos de assistência nas universidades. Uma das propostas bastante conhecida foi a da medicina comunitária que ganhou força em vários locais do Brasil, e transformou-se em ações de saúde diferenciadas do modelo hegemônico, mas também espaço de discussões voltadas para as políticas de saúde e abrigo para os intelectuais refugiados após o regime militar por não concordarem com as idéias do governo (SILVA JR, 2006).

Após a década de 70, a articulação entre algumas propostas comunitárias que apresentavam ideais políticos resultou no movimento da Reforma Sanitária que envolveu diversos segmentos da sociedade, como profissionais liberais, intelectuais, artistas, lideranças comunitárias e organizações populares que deram origem ao processo de redemocratização da sociedade brasileira. Um dos grandes debates desse movimento voltava-se à forma de organização dos serviços de saúde e a formulação e implementação de políticas públicas que favorecessem a reconstrução dos serviços e práticas de saúde.

Com o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, a homologação da Constituição Brasileira de 1988, e a criação das leis que regulamentam o Sistema Único de Saúde no Brasil as estratégias alternativas vêm ganhando espaço nas políticas de saúde do país, tais como: a proposta do Programa de Saúde da Família.

### **1.3 Programa de Saúde da Família: uma Estratégia de Reorientação da Atenção Básica de Saúde**

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi concebido pelo Ministério da Saúde em 1994 como estratégia de reorientação da atenção básica, e desde então tem sido adotado pelo governo federal, por alguns governos estaduais e municipais para a reorganização dos serviços de saúde (FRANCO, MERHY, 2006). De acordo com o Ministério da Saúde, o PSF

nasce com o propósito de superação do modelo atual de assistência à saúde, visto como excludente e responsável pela insatisfação popular (BRASIL, 2001 a).

Outro documento do Ministério da Saúde avalia que a assistência à saúde tal como é praticada hoje é marcada por sua natureza hospitalar, baseada em procedimentos técnicos, centrado no atendimento do profissional médico e na visão biologista do processo saúde-doença, voltando-se prioritariamente para as ações curativas (BRASIL, 2001b).

Sendo assim, o PSF é colocado como a principal resposta no âmbito da assistência à saúde, pelos representantes governamentais, para a população (FRANCO, MERHY, 2006).

No entanto, é importante salientar que as bases estruturais do PSF nascem de discussões e experiências anteriores no campo de atenção à saúde no Brasil, sendo importante exemplificar o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e o Programa de Agentes Comunitários no Brasil (PACS).

O SUS foi criado a partir de intensos debates promovidos pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que defendia a unificação do sistema, a descentralização das ações de modo que os municípios pudessem tomar decisões em nível local, a universalização do acesso, e que tudo isso, se fizesse sob o controle social. (POLIGNANO, 2004)

Como afirma Narvai (2003), o auge da Reforma Sanitária foi a histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília, no ano de 1986, convocada para discutir mudanças no sistema e na política de saúde brasileira.

Mendes (1999) afirma que essa conferência representou um marco na democracia brasileira, pela significativa presença de delegados de diferentes segmentos da sociedade e representantes de quase todas as forças sociais envolvidas com a saúde.

Em 1988, a nova Constituição Federal incorpora as principais proposições apresentadas na 8ª Conferência, e no artigo 196 e define que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 2003)

Com isso, o Sistema Único de Saúde (SUS) é criado no final da década de 80 e regulamentado no início dos anos 90 com as Leis Orgânicas da Saúde (lei 8.080/90 e 8.142/90), fundamentado na assistência universal, integral e igualitária representando a inclusão de milhares de brasileiros às ações de saúde (BRASIL, 2003).

O SUS tem como principal objetivo oferecer à população ações e serviços integrados de promoção, proteção e recuperação da saúde, além da formulação de políticas públicas e identificação e divulgação de fatores condicionantes e determinantes de saúde. Com isto, o SUS é de direção única em todo o território nacional de acordo com as diretrizes presentes na Constituição Federal de 88 e obedecendo ainda os princípios apresentados na Lei 8.080/90 como descritos a seguir (BRASIL, 2003):

- Universalidade, que implica no acesso de todo cidadão brasileiro aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- Equidade, que se refere à ausência de qualquer tipo de discriminação na qualidade e na quantidade de ações e serviços prestados, atentando para as reais necessidades da população a ser atendida;
- Descentralização, que pressupõe que os níveis locais participem não só de tomadas de decisões como também administrativa e financeiramente;
- Integralidade, considerando o indivíduo como um todo, de forma que todas as suas necessidades de saúde sejam atendidas de modo articulado;
- Participação da comunidade, ou seja, democratização dos processos decisórios, onde a comunidade participe exercendo o controle sobre a formulação e execução da política de saúde.
- Entretanto, apesar de aprovadas as leis e a proposta de reorientação do sistema de saúde no Brasil, a organização da saúde na prática não apresentou todas as mudanças desejadas. Segundo Paim (2003), ao tempo em que a legislação permitia a inclusão da população no SUS, o governo reduzia a quase metade os investimentos destinados a este setor. Portanto, não fica difícil compreender os altos índices de morbidade e as taxas de mortalidade principalmente a infantil, além do caos instalado nos serviços públicos de saúde àquela época.
- De acordo com esse mesmo autor, a Reforma Sanitária Brasileira presenciou momentos difíceis e com poucos avanços do período de 1988 a 1992, pois apesar de diferentes modelos políticos nessas duas datas, os dois períodos foram marcados por idéias e projetos semelhantes, privilegiando a assistência curativa e individual, o setor privado, a centralização dos serviços e a lógica da produtividade em detrimento da qualidade das ações, ocasionando com isto, a implantação distorcida do SUS.
- Após 1992, o país pode presenciar novas tentativas de reorganização e operacionalização do SUS, dentre as quais podem ser citados: os atos normativos voltados

para a operacionalização do arcabouço jurídico do SUS (Normas Operacionais Básicas – NOBs e Normas Operacionais de Assistência à Saúde - NOAS), estratégias de reorganização e reorientação do modelo de atenção a saúde (Programa de Saúde da Família - PSF).

A NOB de 1993 representou a retomada de investimento e atenção ao serviço público de saúde e teve como principal objetivo viabilizar a descentralização dos serviços e ações de saúde de forma regionalizada e hierarquizada, ressaltando os níveis de atenção a saúde, ficando a Atenção Básica de Saúde (ABS) denominada “Porta de Entrada do Sistema” (BRASIL, 2003).

A ABS pode ser compreendida como:

Um conjunto de ações e serviços que vão além da assistência médica e se estruturam a partir do reconhecimento da necessidade da população e profissionais de saúde, em contato permanente com o ambiente de um dado território. É intrínseca a ela a integração entre a unidade de serviço e a comunidade e entre usuário e profissionais de saúde, sendo este o princípio estruturante da organização dos serviços que se propõe (HEIMANN, MENDONÇA, p.484, 2005)

A partir de 1994 o Ministério da Saúde adota o PSF como política nacional estruturada visando a reorganização do SUS e o aprofundamento da municipalização. Porém antes dessa data, em 1991 já se implementara o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e em 1994, o PACS já estava implantado em 13 estados da região Norte e Nordeste (HEIMANN, MENDONÇA, 2005).

Sendo assim, é importante salientar que o PSF nasce de um acúmulo de experiências capilarizadoras por todo o país no âmbito da saúde, desde as origens do PACS que sofre forte influencia do Programa de Agentes Comunitários do Ceará e de Goiás, passando por experiências de práticas de medicina comunitária, como é o caso do Município de Niterói e zona norte do Rio Grande do Sul, e, várias outras experiências espalhadas nos municípios do Brasil, que até hoje, “se constituem em espaços de diálogo e de encontros de vontades na superação das iniquidades” (SOUSA, p.24, 2003)

Porém desde o princípio da sua implantação, o PSF vem sendo normatizado de acordo com portarias, sendo a primeira, nº 692 homologada no final de 1993 elaborada pelo Ministério da Saúde, na qual afirmava-se que o PSF:

Tem como propósito colaborar decisivamente na organização do SUS e na municipalização da integralidade e da participação da comunidade. Atenderá prioritariamente os brasileiros incluídos no mapa de forma do IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), expostos

ao maior risco de adoecer e morrer. [...] o PSF prioriza as ações de proteção e prevenção à saúde dos indivíduos e da família.

Portanto, no início o PSF ficou caracterizado, devido à priorização do programa por parte do governo Federal e a sua utilização como instrumento eleitoral, em uma política de pobre para pobre sofrendo assim várias discriminações no decorrer dos anos (VASCONCELOS, M. 1998).

Contudo, após o ano de 1996, com a ampliação do incentivo do Piso de Atenção Básica para os municípios que aderissem ao PSF, o governo aumenta consideravelmente o investimento no Programa concebendo-lhe uma nova identidade, o que leva milhares de municípios a aderirem essa idéia (BRASIL, 2003).

A Norma Operacional Básica (NOB) do SUS de 1996 é uma das responsáveis pelo avanço do PSF no Brasil. A norma traz a proposta de um novo modelo de atenção à saúde resultante da efetiva proposta de integralidade nas ações. Sendo assim, o modelo de atenção à saúde individual deve ser transformado em um modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente com seus núcleos sociais primários, as famílias. Além disso, é responsável pelo aumento do repasse financeiro equivalente ao Piso da atenção Básica, aos municípios que aderirem ao PSF (BRASIL, 2003).

Com essas medidas, o PSF passa a ser visto e chamado como Estratégia de Saúde da Família (ESF) e incorpora os princípios do SUS. Seu principal objetivo é reorganizar a Atenção Básica em substituição do modelo tradicional, hospitalocêntrico, que prioriza ações curativas, realizadas principalmente em ambiente hospitalar. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que deveria facilitar a compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas pelas equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2001b).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b) a implantação das unidades de saúde da família deve respeitar alguns princípios, sendo eles:

- Caráter substitutivo: substituição das antigas unidades básicas tradicionais por unidades de saúde da família, exceto em áreas desprovidas, substituindo as práticas convencionais por um novo processo de trabalho centrado no modelo de vigilância à saúde.
- Integralidade e Hierarquização: a Estratégia Saúde da Família insere-se no primeiro nível de atenção à saúde, denominado, atenção básica. Deve vincular-se a rede de serviços de forma a garantir a atenção integral aos indivíduos, e que sejam assegurados à

possibilidade de interação com os outros níveis do sistema por intermédios da referência e contra-referência.

- Territorialização e a descrição da clientela: a equipe de saúde trabalha com território de abrangência definido, e é responsável pelo acompanhamento das famílias. Cada equipe de saúde deverá acompanhar, no máximo, 4.000 habitantes, sendo 2500 a média recomendada.

- Equipe multiprofissional: A ESF está estruturada a partir da Unidade de Saúde da Família (USF), que é uma unidade pública de saúde, com equipe multiprofissional, formada, minimamente, por um médico generalista, um enfermeiro, um odontólogo, um auxiliar de enfermagem, um auxiliar de consultório dentário (ACD), agentes comunitários de saúde e algumas vezes, dependendo da modalidade de financiamento assumida, por um técnico de higiene dental (THD).

Os profissionais da equipe trabalham de forma integrada, no entanto cada um apresenta as suas atribuições individuais e coletivas. As atribuições básicas do enfermeiro neste programa segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b) são:

- Realizar assistência integral aos indivíduos e famílias nas Unidades de Saúde da Família (USF) e quando indicado/necessário na comunidade (domicílios, escolas, associações), em todas as fases de desenvolvimento humano;

- Realizar consultas de enfermagem, solicitar exames complementares, prescrever/transcrever medicações conforme protocolo estabelecido nos programas do ministério da saúde e disposições legais da profissão;

- Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde (ACS);

- Supervisionar, coordenar e participar de atividades de educação permanente junto aos ACS e da equipe de enfermagem;

- Contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, ACD e THD;

- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

- Para Franco e Merhy (2006) o novo formato da assistência proposto pelo PSF, tem sua base na localização central do espaço território, que delimita a área de responsabilização da equipe, o que parece apresentar subsídios aos conhecimentos disponíveis no campo da epidemiologia e vigilância à saúde.



A equipe inscreve-se uma determinada população do território, articulando-se assim, a idéias de vínculo que tem como princípio a constituição de referências do usuário com os profissionais que deverão responsabilizar-se pelo cuidado de sua clientela (FRANCO e MERHY, p.57, 2006).

- Na análise desses mesmos autores a clínica como espaço de conhecimento e práticas é vista com “desconfiança” pelos documentos que discutem modelos assistências e a estratégia do PSF, como por exemplo, a NOB 96. Segundo eles, a clínica, nos documentos oficiais do Ministério da Saúde “assume uma função subsidiária, como se ela não tivesse competência para atuar na saúde pública e para ser útil ao modelo proposto fosse necessário contaminá-la com a epidemiologia” (FRANCO e MERHY, p.58, 2006).

Após 13 anos da criação do PSF pode-se perceber os avanços e os obstáculos para o alcance de uma estratégia pautada no modelo de Vigilância à Saúde. Vários são os resultados positivos destacados pelo Ministério da Saúde, dentre esses é possível ressaltar: a cobertura e expansão do PSF entre os municípios caracterizando a ampliação da atenção básica; a evolução de indicadores de saúde dos locais cobertos por PSF; diminuição de taxas de mortalidade e morbidade infantil, diminuição de morbi-mortalidade por complicações em decorrência de diabetes e hipertensão arterial, promoção da equidade dentre outros (BRASIL, 2006c).

No entanto, também é possível identificar os pontos que necessitam ser questionados: a dicotomia existente entre a epidemiologia e a clínica, como se a primeira fosse a parte nobre do sistema de saúde e a segunda incorporasse o mundo liberal, individualista, e portanto merecesse a rejeição das propostas assistenciais formuladas no âmbito da saúde coletiva (FRANCO e MERHY, 2006); a insuficiência na formação e a qualificação dos profissionais que integram a equipe de PSF, o não favorecimento da dimensão da Educação e Saúde estabelecida na política de atenção básica, e a necessidade de viabilização do controle social com a ampliação de estratégias de promoção da saúde com vistas à equidade, cidadania e justiça social (BRASIL, 2006 c).

Franco e Merhy (2006) ao analisarem a política da Estratégia de Saúde da Família apontam para alguns avanços que necessitam ser incorporados para que o PSF possa apoiar a reorientação da ABS, tais como: a valorização da clínica e a superação da dicotomia, citada anteriormente; a valorização e a potencialização do trabalho em saúde no PSF; a definição das políticas a partir das necessidades de saúde da população; e a ampliação da equipe biprofissional (médico e enfermeiro) para o PSF, visto que determinantes de saúde ultrapassam o campo biológico.

Além disso, a reorientação do modelo de atenção acontecerá mediante a reorganização de práticas de saúde dos profissionais. Nesse sentido, o profissional deve incorporar tecnologias que possam ser identificadas no cotidiano como práticas de escuta, acolhimento, compromisso com a saúde, criatividade, vínculo dentre outros, de forma a promover o cuidado, a autonomia dos usuários, bem como da proteção e defesa da vida (FRANCO & MERHY, 2006).

Contudo, percebe-se que a construção do vínculo, a garantia do atendimento, a proposta voltada para as necessidades de saúde da população, a proximidade dos profissionais de saúde com a comunidade dentre outros aspectos, fazem com que o PSF se torne uma excelente estratégia de identificação e intervenção no processo saúde-doença, portanto, desenvolva uma presente atuação nos programas e políticas de prevenção de muitas doenças, como é o caso da Política Nacional de Prevenção, detecção e tratamento de HIV/AIDS.

Fortalecendo essa idéia, há discussões a respeito do controle da epidemia. Monteiro (2002, p. 17) afirma que:

A conexão perversa entre problemas sociais diversos, precariedade das redes sociais de proteção e suscetibilidade ao HIV indica que os esforços para conter a disseminação da epidemia estão relacionados à busca da superação das desigualdades e injustiças sociais mediante ações globais integradas. Apenas mudanças na estrutura social, visando à conquista dos direitos básicos de cidadania e da equidade de oportunidade dos variados segmentos sociais e do gênero, podem diminuir a exposição ao HIV.

Sendo assim, entendendo o PSF como uma proposta de reorientação da ABS e uma política que favorece a construção da cidadania e equidade, é possível identificá-lo como uma das estratégias de luta contra a AIDS.

#### **1.4 Síndrome da Imunodeficiência Adquirida**

A Síndrome da Imunodeficiência adquirida (AIDS) é uma doença transmissível ocasionada pela infecção das células imunológicas pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), resultando em um quadro crônico e progressivo de destruição do Sistema Imunológico. A evolução da doença não se apresenta da mesma forma em todos os indivíduos contaminados, podendo em alguns demorar anos para manifestação dos primeiros sintomas

comuns da síndrome. No entanto, é possível identificar o portador do HIV através de exames laboratoriais (WIGG, 2002).

Ainda que atualmente com a evolução da medicina e a combinação de anti-retrovirais a qualidade de vida dos portadores de HIV/AIDS tenha aumentado significativamente, não se pode dizer que a doença esteja controlada, pois milhares de pessoas são infectadas a cada ano.

Os primeiros casos da doença surgiram nos Estados Unidos (EUA) no início dos anos 80 em homens homossexuais sendo então caracterizada como “Câncer Gay”. No entanto, após alguns anos, apesar do aumento do número de pessoas doentes, era comum encontrar pessoas que viviam nos EUA e nunca haviam ouvido falar da doença (BESSA, 2002).

No Brasil, o início da epidemia não foi diferente. Os primeiros casos da AIDS foram identificados no ano de 1982 na cidade do Rio de Janeiro e de São Paulo, sendo que, em princípio, a doença também parecia restrita ao sexo masculino e limitada a homens homossexuais (GALVÃO, 2004).

Entretanto, após um pouco mais de 20 anos de epidemia não se pode dizer que a mesma encontra-se confinada a certo “grupo de risco”, como os homens gays, bissexuais e usuários de drogas injetáveis. Com o passar dos anos, os padrões complexos de infecção pelo HIV tornaram-se cada vez mais variados, afetando não apenas os “grupos de riscos” mas também a população heterossexual masculina e feminina em geral. No Brasil, como em outros países, é comum encontrar estudos que relatam as diversas epidemias distintas do HIV, que ocasionalmente se entrecruzam e se sobrepõem em uma única área geográfica (PARKER, GALVÃO, BESSA, 1999).

A doença que até o final dos anos 80 parecia restrita ao sexo masculino, com uma incidência no país de 8/1 casos entre homens/mulheres, alcançou hoje o índice de 3/1 equiparando em algumas regiões do Brasil e em diversas partes do mundo (NUNES, 1997).

Sendo assim, é possível afirmar que a AIDS é uma pandemia que atinge diferentes grupos sociais. No mundo, estima-se que 40,3 milhões de pessoas estejam vivendo com o vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), enquanto no Brasil 372 mil casos foram registrados até o ano de 2004 (BRASIL, 2005a).

A AIDS é tida como um dos mais graves problemas de Saúde Pública, repercutindo, inclusive, na economia do país. Estima-se que, em 1997, o Brasil gastou cerca de US\$ 10,5 mil dólares/ano por cada pessoa com AIDS. Além disso, a maior parte dos acometidos é composta por adultos jovens (20 a 35 anos), comprometendo diretamente a parcela da população que se apresenta como economicamente ativa (NUNES, 1997).

Entre as mais importantes tendências da epidemia no Brasil durante os anos 90, estão a rápida pauperização e feminização da epidemia. A análise dos indicadores de notificações da doença mostra que a maioria das pessoas contaminadas nos últimos 10 anos pertence a uma parcela mais pobre e marginalizada da sociedade (PARKER, GALVÃO, BESSA, 1999).

A forma de transmissão do HIV mais comum no Brasil tornou-se a heterossexual, gerando um impacto profundo sobre a saúde da mulher brasileira. Em meados da década de 90, a AIDS tornou-se uma das principais causas de óbito entre as mulheres de 20 a 34 anos de idade nos maiores centros urbanos, como Rio de Janeiro e São Paulo (PARKER, GALVÃO, BESSA, 1999).

Com isto é possível afirmar que a AIDS representa não só um problema de desenvolvimento econômico, mas também um problema de saúde reprodutiva ocasionando um grave problema social.

Altman (1995) há 10 anos atrás afirmava que não deveria ser necessário continuar ressaltando o significado da epidemia para a sociedade, visto que já era comum para os indivíduos de um modo geral, presenciar a AIDS no seu dia-a-dia, sejam pela dor de assistir o jovem sofrendo, ou pela morte da pessoa amada, amigos e familiares. No entanto, é lamentável que após um pouco mais de uma década seja preciso lembrar que temas como preconceito, sexualidade, gênero ainda necessitem ser mais bem discutidos.

Ao longo de quase duas décadas enquanto países em todo o mundo lutam para dar resposta à epidemia de HIV/AIDS, as questões de estigma, discriminação e da negação vem sendo alguns dos grandes dilemas dos programas de saúde e das políticas públicas voltados para a temática (PARKER, AGGLETON, 2006).

O Programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (DST/AIDS) foi criado pelo Ministério da Saúde em 1986 e atualmente tem como proposta a promoção e a articulação de ações de assistência, vigilância e prevenção. A integração entre essas ações visa à redução da incidência das DST/AIDS e a promoção da melhoria na qualidade de vida das pessoas já afetadas por estes problemas (BRASIL, 2005a).

Estudos que avaliam as políticas voltadas para o HIV/AIDS no Brasil afirmam que as mesmas surgiram em diferentes períodos e locais, sendo algumas consideradas precoces como foi o caso de São Paulo e do Rio de Janeiro (CAMARGO JR, 1999; MATTOS, 1999). No entanto, quando analisadas como políticas de maior abrangência, como o programa nacional citado anteriormente, pode ser considerado tardio, visto que os primeiros casos da doença

foram identificados no início dos anos 80 e só meados dessa década foi criado um programa para a questão.

Além disso, durante muito tempo as ações de prevenção ao HIV/AIDS estiveram dissociadas das práticas assistenciais. Acredita-se que se parte dos investimentos aplicados na elaboração de medicamentos e vacinas tivessem sido utilizados no custeio de ações sérias de prevenção, isenta de preconceitos e estigmas, a epidemia não teria atingido o grau que se vive hoje no Brasil. Durante muito tempo as ações de prevenção se alimentavam do bordão “a AIDS não tem cura” o que só fazia alimentar o preconceito contra as pessoas que viviam com a AIDS, e não apresentava impacto significativo na prevenção (CAMARGO JR., 1999).

### **1.5 Promoção da Saúde e Prevenção de doenças: alguns conceitos relacionados à prática de saúde e a AIDS na Saúde Pública**

Ao longo da história das práticas de saúde, a busca por saberes mais apropriados no desenvolvimento das ações, tem sido alvo de inúmeras interrogações, conflitos e disputas teóricas no campo da Saúde Coletiva (AYRES, CALAZANS, FILHO, FRANÇA JR, 2006).

Sendo esta uma pesquisa voltada para o estudo das práticas dos enfermeiros no PSF relacionada à temática AIDS, viu-se a necessidade de discutir alguns conceitos que geraram e ainda fomentam inúmeros debates e auxiliam no entendimento das práticas de saúde nesse campo de atuação.

Atuar no PSF, entendido esse como uma estratégia de reorientação de práticas de saúde, como mencionado anteriormente, requer dos profissionais de saúde a capacidade de reestruturação de práticas tendo como foco a saúde da população. Sendo assim, faz-se necessário a ampliação das práticas voltando-as à estratégias de promoção da saúde, de prevenção de doenças interligadas à práticas de cuidado.

Não se tem como proposta discutir a origem e os inúmeros conceitos relacionados à promoção da saúde, à prevenção de doenças e ao cuidado, e sim, refletir quanto aos aspectos identificados em torno desses debates, a fim de se apropriar de conceitos que ajudem a pensar a prática.

A promoção da Saúde, como vem sendo entendida nos últimos 20 anos, representa uma estratégia promissora no enfrentamento dos múltiplos problemas de saúde que afetam a população. “Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus

determinantes, propõe à articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução” (BUSS, 2000, p. 05).

Para esse mesmo autor (BUSS, 2000), o conceito de promoção da saúde tem uma das suas origens na divulgação da Carta de Ottawa no ano de 1986 e está associado a um conjunto de valores, sendo eles: qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento e participação, entre outros.

Associa-se também a uma combinação de estratégias desenvolvidas pelo Estado (políticas públicas), pela comunidade (ação comunitária), pelos indivíduos (desenvolvimentos de habilidades pessoais), pelo sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e por parcerias intersetoriais. Sendo assim, trabalha-se com a idéia de responsabilização múltipla para a identificação de problemas e resolução dos mesmos (BUSS, 2000).

Para Ayres (2004), a conceituação moderna de promoção da saúde, com seus intentos de democratização e diversificação, aponta para a superação de paradigmas nos diversos campos disciplinares da Saúde Pública. Acredita-se que a incorporação de novos conceitos aponte para a necessidade de revisão do saber técnico e do científico em relação a orientação e legitimação das práticas de saúde.

Sabe-se que o termo promoção da saúde vem sendo interpretado de forma diferente ao longo da história da Saúde Pública. Em princípio, sendo utilizado para demarcar um nível de atenção na medicina preventiva com o modelo da história natural da doença de Leavell & Clark (1976), e mais recentemente o seu significado passou a ter um enfoque político e técnico em torno dos processos saúde-doença-cuidado.

Na percepção de Buss (2000), o primeiro entendimento sobre promoção da saúde parece relacionar-se a atividades educativas dirigidas a transformação de comportamentos dos indivíduos. Sendo assim, trabalha-se sob os modos de vida relacionados a comportamentos passíveis de serem mudados, sob o controle dos próprios indivíduos. São excluídos dessa abordagem todos os fatores que estivessem fora do controle dos indivíduos.

Entretanto, o que vem caracterizar o conceito moderno de promoção da saúde é a constatação do papel protagonista dos determinantes gerais sobre as condições de saúde da população. Sustenta-se no entendimento que:

Saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, e de habitação e de saneamento, boas condições de trabalho, oportunidades de educação ao longo de toda a vida, ambiente físico limpo, apoio social para as famílias e indivíduos. (BUSS, 2000, p. 10)

Sendo assim, trabalha-se com a idéia de práticas coletivas compreendidas em um sentido amplo sob a influencia de diversos fatores: ambiente físico e social, condições de vida, fatores sócio, econômico e cultural, através da realização de práticas profissionais e políticas públicas de saúde que privilegiam o desenvolvimento de saúde e o empoderamento dos indivíduos e da comunidade na resolução dos seus problemas de saúde.

Atuar nessa perspectiva voltando-se para portadores de HIV/AIDS e dados estatísticos da epidemia no Brasil requer pensar na integração entre práticas de saúde e formas de atuação que contribuam na ampliação da qualidade de vida das pessoas que convivem com o vírus e/ou a doença e estratégias eficazes de prevenção de HIV/AIDS.

Um dos grandes desafios das políticas de saúde voltadas para a AIDS consiste na implementação de práticas de prevenção articuladas a práticas de cuidado e a promoção da saúde. Acredita-se que durante muitos anos, as práticas preventivas e assistenciais de um modo geral, vêm sendo implementadas como práticas excludentes e competidoras, inclusive em níveis institucionais, que por décadas conviveu com a separação das ações de saúde em Ministérios distintos, sendo um responsável pela assistência, o Ministério da Previdência Social e o outro por práticas de prevenção, o Ministério da Saúde (CAMARGO JR, 1999).

Entende-se como práticas de prevenção as intervenções dirigidas a determinados grupos populacionais ou indivíduos para evitar o aparecimento de doenças específicas, diminuindo a sua incidência e prevalência na população. As ações preventivas baseiam-se em conhecimentos epidemiológicos, a fim de controlar a transmissão de doenças infecciosas e reduzir o risco de doenças degenerativas ou outras doenças específicas (CZERESNIA, 1999).

As práticas de prevenção da doença ao longo do desenvolvimento da epidemia do HIV/AIDS assumem ações diferentes pautadas na construção de novos conceitos baseados em estudos realizados na sociedade.

De acordo com Ayres *et al* (2006) o desenvolvimento das práticas de prevenção do HIV/AIDS pode ser dividido em três momentos distintos: o primeiro guiado pelo conceito epidemiológico de risco, o segundo em fatores comportamentais, e o terceiro sobre o aspecto da vulnerabilidade das pessoas e grupos populacionais.

As práticas de prevenção de HIV/AIDS tiveram forte influencia do campo da epidemiologia no início da epidemia. A partir de estudos epidemiológicos identificaram-se certos grupos populacionais, denominados em grupos de risco, nos quais as chances de se encontrar pessoas adoecidas eram maiores do que a população geral, sendo assim, utilizados como objeto de práticas preventivas de forma marcante e mecânica (AYRES et al, 2006)

O resultado prático dessas primeiras ações marcadas pelo isolamento das pessoas e ditos grupos de riscos diante a epidemia, marcou-se pelos limites dessa abordagem, acirrando ainda mais o preconceito e a discriminação por determinados grupos populacionais (CAMARGO JR., 1999).

Com o isolamento do vírus, a identificação das formas de transmissão, a detecção de portadores sãos, o diagnóstico precoce dos infectados, e o desenvolvimento de drogas e vacinas, a intensa reação social dos rotulados como grupos de risco, a contaminação de pessoas excluídas de tais grupos, entre outros fatores, foram responsáveis pelo desenvolvimento de novos conceitos para a instrumentalização as práticas de prevenção e a utilização do termo comportamento de risco. (AYRES, *et al*, 2006)

Para esses autores a prática de prevenção pautada no comportamento de risco é fruto de uma interação mais positiva entre a epidemiologia e a clínica. Apesar dos limites dessa prática, são reconhecidos os avanços importantes voltado para a AIDS, tais como: o deslocamento do risco de determinados grupos populacionais em direção à identificação dos comportamentos que expõem as pessoas a contaminação e conseqüentemente a universalização das práticas de prevenção.

A principal limitação dessa abordagem é o desenvolvimento da idéia de responsabilização do indivíduo pela contaminação e adoecimento, à medida que para a sociedade, o indivíduo se contaminou por não ter aderido a um comportamento seguro, e por ter falhado nos esforços de prevenção.

A crítica a esse modelo fez-se por duas vertentes. De um lado os movimentos sociais organizados manifestaram as suas críticas baseando-se na noção de empoderamento, criticando assim, as práticas de prevenção, ressaltando que mudança de comportamento não é resultante de “informação e vontade”, mas é condicionada a disponibilidades de recursos culturais, econômicos, políticos, jurídicos entre outros, desigualmente distribuídos entre os sexos, faixa etária, etnias, países e segmentos sociais. (AYRES, *et al*, 2006)

Do outro lado com o desenvolvimento da epidemia, afetando principalmente a classe social menos favorecida, o que caracterizou a pauperização da epidemia, como citado no capítulo anterior, fez com que pesquisadores desenvolvessem e propusessem novos conceitos para compreender e intervir sobre a epidemia da AIDS, surgindo em 1990 o conceito de vulnerabilidade à infecção pelo HIV e à AIDS (MANN *et al.*, 1993).



Para Ayres *et al* (2006):

A noção de vulnerabilidade busca responder à percepção de que a chance de exposição das pessoas ao HIV e ao adoecimento pela AIDS não é resultante de um conjunto de aspectos apenas individuais, mas também coletivos, contextuais que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento, e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos (AYRES, ET AL 2006, p. 396).

Sendo assim, a análise de vulnerabilidades busca compreender as situações que expõem as pessoas a menor ou maior vulnerabilidades a partir da identificação das dimensões acerca desta problemática, podendo ser analisada na sua dimensão individual, dimensão social e dimensão programática. (AYRES, *et al*, 2006)

As análises da dimensão social da vulnerabilidade partem do princípio de que todos os indivíduos são suscetíveis à infecção pelo HIV e ao adoecimento pela AIDS. Estas análises tomam como ponto de partida os modos de vida adotados pelas pessoas, a qualidade de informação e a capacidade de incorporá-las no cotidiano de preocupações, transformando-as em práticas de prevenção.

A dimensão social da vulnerabilidade traz o entendimento da contaminação pelo HIV e o adoecimento pela AIDS como processo social. Analisa o acesso à informação, a capacidade das pessoas em incorporarem os conteúdos das mensagens, os significados que essas informações representam ante os valores pessoais e culturais, a disponibilidade de recursos materiais, a influência de decisões políticas, a capacidade de reação a coerções violentas e/ou de estar livres delas, níveis de escolarização entre outros.

A análise da dimensão programática da vulnerabilidade busca compreender em que circunstâncias as instituições sociais privadas - as famílias - e as instituições sociais públicas – escolas, serviços de saúde, entre outras - atuam como elementos que reproduzem e /ou aprofundam as condições socialmente dadas de vulnerabilidades.

Um dos grandes desafios da prática dos profissionais de saúde e saber identificar as dimensões da vulnerabilidade presentes na esfera pública e privada, de diferentes grupos populacionais, e articularem propostas de enfrentamento para a redução da exposição. Acredita-se que tais dimensões podem ser identificadas em diferentes momentos de cuidado e solucionadas com estratégias que se utilize de ações intersetoriais.

De acordo com Buss (2000, p. 15):

A intersetorialidade procura superar a visão isolada e fragmentada na formulação e implementação de políticas e na organização do setor saúde. Significa adotar uma perspectiva global para a análise da questão saúde, e não somente do setor saúde, incorporando o maior número possível de conhecimentos sobre outras áreas das políticas públicas, como por exemplo, educação, trabalho e renda, meio ambiente, habitação, transporte e energia, agricultura etc., assim como sobre o contexto social, econômico, político, geográfico e cultural onde atua a política. (BUSS, 2000, p. 15)

Entende-se como cuidado um conjunto de ações de profissionais de diversas naturezas disciplinares, que se dão em um processo de interação terapêutica entre os indivíduos, fundamentadas em dados objetivos, conhecimentos científicos, e intersubjetivos, como valores culturais e a vontade de promover saúde e dignidade no processo de vida humana (ALVES, PADILHA, MANCIA, 2004, p.134).

Acredita-se que as relações de cuidado exercidas pelos enfermeiros no âmbito do PSF aos portadores de HIV ou aos doentes de AIDS devam perpassar as diferentes práticas de saúde, as de promoção, de prevenção e de assistência. Da mesma forma que tais práticas não devam ser realizadas de forma desarticulada e descontextualizada das dimensões de vulnerabilidades e das estratégias intersetoriais.

## 2. ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA

A proposta deste capítulo é apresentar o caminho percorrido e as ferramentas metodológicas utilizadas no decorrer deste trabalho. Buscou-se ainda, proporcionar uma reflexão em torno do método de fazer pesquisa científica adotado.

Segundo Spink & Menegon (1999), o método científico pode ser entendido como um conjunto de concepções sobre a natureza, sobre o ser humano e sobre o próprio conhecimento, embasando assim, os procedimentos adotados na construção do conhecimento científico.

A metodologia pode ser compreendida como parte da ciência filosófica, que tem como objetivo, o estudo do método específico de investigação, assim como dos métodos próprios de cada ciência particular.

Para Spink & Menegon (1999, p.66) com essa concepção, “volta-se à consistência interna dos procedimentos – inserindo-se na questão maior da Lógica – e à correspondência do conhecimento produzido com as estruturas da realidade, desenhando-se assim como ramo da epistemologia”.

Para essas mesmas autoras, trabalhar nessa concepção é utilizar-se da reflexão epistemológica do conhecimento, propiciando assim, o rompimento com teorias de vocações infundantes que entendem o conhecimento como o “espelhamento da natureza”.

Para Minayo (2006), agir desta forma é fugir dos conceitos tradicionais de abordagens apenas teóricas que não enfrentam a prática de pesquisa, e/ou de outras, que consideram o trabalho investigativo como uma tecnologia neutra, a ser dominada e aplicada indistintamente e independente de pressupostos teóricos que a sustentam.

Ainda nessa concepção, entende-se como produto de pesquisa, o resultado da interação do pesquisador com o pesquisado, negando assim, a neutralidade do conhecimento construído.

Conforme Minayo (2006, p. 22):

O estudo é perpassado pela problematização de conceitos usualmente empregados para a construção do conhecimento e por uma teorização sobre a prática de pesquisa, entendendo-se que nem a teoria nem a prática são isentas de interesses, preconceitos e de incursões subjetivas”, portanto, qualquer pesquisador deve por em questão os pressupostos inerentes a sua qualidade de observador externo e a influência das suas visões sobre a realidade.

Sendo assim, ainda que a pesquisa se diferencie da maior parte das trocas de existência comum, visto que o objetivo fim é o mero conhecimento, ela ainda assim, continua a ser uma *relação social*, que exerce efeitos sobre o que produz (BOURDIEU, 1997).

Optou-se por iniciar a reflexão pelas apresentações das definições de método e metodologia adotados para este trabalho. Acredita-se que esses posicionamentos facilitam o entendimento da importância da utilização do método reflexivo e do “olhar sociológico”, ou seja, o uso reflexivo dos conhecimentos adquiridos da ciência social e o foco de atenção voltado à prática social (BOURDIEU, 1997). Portanto, é necessário pontuar, que para este estudo, o método encontra-se vinculado a um posicionamento teórico.

Nesse sentido, utiliza-se da reflexão de Minayo (2006, p. 45) sobre a concepção teórico-metodológica como uma escolha indissociável em seu trabalho:

Neste estudo, portanto, teoria e metodologia caminham juntas e vinculadas. Por sua vez o conjunto de técnicas que constitui o instrumental necessário para a aplicação da teoria aqui é tratado como elemento fundamental para a coerência metódica e sistemática da investigação. Evito tanto o endeuamento teórico como a reificação da realidade empírica, porque no primeiro caso há um menosprezo pela dinâmica dos fatos. E no segundo, concretiza-se uma redução da verdade a dimensão dos acontecimentos localizados.

Neste capítulo, pretendeu-se ainda, problematizar a escolha da concepção teórico-metodológica adotada, o uso dos instrumentos metodológicos e a análise dos dados, os sujeitos como participantes do estudo, e a discussão do cenário como campo de pesquisa e práticas.

## **2.1 A Concepção Teórica e as Escolhas do Método de Estudo**

No decorrer da construção do objeto de estudo, percebeu-se a necessidade de utilização de ferramentas teórico-metodológicas que reconhecessem a existência da pluralidade de culturas e visões de mundo, assim como, à interferência de saberes do cotidiano e do mundo global sobre os espaços e a vida das pessoas.

Entretanto, são notáveis e discutíveis, em diferentes espaços da Saúde Coletiva, as dificuldades de trabalhar nessa perspectiva (ACIOLI, 2003; LUZ, 1993). Sendo assim, na tentativa de minimizar as dificuldades na construção de um trabalho em torno da reflexão dos

sentidos e práticas dos enfermeiros frente ao HIV/AIDS, viu-se a necessidade de utilização de autores que percorreram esse mesmo caminho.

Acioli (2003)<sup>4</sup> em uma pesquisa com grupos populares em uma determinada localidade, indica a utilização de abordagens ancoradas na Sociologia e na Antropologia como possibilidades para reflexão sobre a vida cotidiana, e os sentidos da saúde, doença e cuidado para o grupo estudado.

A adoção dessa postura implica na aceitação da idéia de conhecimento como produto de uma construção coletiva. Sendo assim, pressupõe uma idéia de ressignificação da relação entre sujeito e objeto, além do reconhecimento das formas e condições que se estabelecem as relações interpessoais entre os indivíduos.

Entendendo os sujeitos participantes deste estudo como atores e produtos do processo de construções sócio-históricas, e as suas práticas resultantes de relações interpessoais e de estruturas de poder, notou-se a necessidade da incorporação de novas concepções, que extrapolam o campo da saúde, para o entendimento das questões inerentes à prática de pesquisa.

Assim, o presente estudo teve como proposta subsidiar o desenvolvimento de uma pesquisa qualitativa, de forma a analisar os sentidos e práticas dos enfermeiros frente ao HIV/AIDS no PSF, utilizando como suporte teórico abordagens sócio-antropológicas.

A escolha por referenciais próprios da Sociologia e da Antropologia ocorreu por entender que a pesquisa que se propõe a estudar sentidos atribuídos pelos sujeitos às práticas, em um determinado campo, e que requer conhecimento acerca de conceitos e teorias que discutem a relação entre os modos de vida e a inserção dos sujeitos em posições sociais e históricas (MONTEIRO, 2002).

A escolha do método qualitativo deu-se pela identificação da aplicabilidade do mesmo em estudos voltados para as questões inerentes à sociedade, possibilitando um maior aprofundamento de determinados comportamentos (VICTORA, KNAUTH, HASSEN, 2000).

Minayo (2006) ressalta essa afirmação ao referir a adequação do método ao estudo dos contextos históricos, das relações na sociedade, das crenças e opiniões de determinados grupos e segmentos delimitados.

---

<sup>4</sup> Trata-se de um estudo apresentado sob a forma de tese de doutorado no ano de 2004. O estudo teve como objetivo contribuir para o reconhecimento dos sentidos e valores das práticas populares em saúde e sua relação com a sabedoria prática.

Esse tipo de método que tem fundamento teórico, além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Caracteriza pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo e do processo em estudo. Por isso, é também utilizado para a elaboração de novas hipóteses, construção de indicadores qualitativos, variáveis e tipologias. (MINAYO, 2006, p.57)

No entanto, de acordo com a mesma autora é importante ressaltar que os estudos quantitativos e qualitativos não se opõem, ambos podem ser utilizados em pesquisas voltados à realidade social com resultados positivos. Sendo assim, a necessidade de trabalhar com um determinado método deve ser decidida a partir do objeto de estudo.

Para Spink *et al* (1999), tanto a metodologia qualitativa quanto a quantitativa possibilita traduzir fatos sociais, entretanto a opção pela vertente qualitativa em pesquisa tem, talvez, o mérito de tornar mais claro as versões sobre o mundo.

Com isso, este estudo pode ser considerado uma pesquisa social, visto que se propõe a compreender processos de investigação do ser humano em sociedade, e suas relações e instituições, sua história e sua produção simbólica (MINAYO, 2006).

A fim de respeitar a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1996) esta pesquisa foi submetida à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – CEP SMS-RJ -, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, tendo como data da apreciação o dia 14 de novembro de 2007 e o parecer aprovado sob número de protocolo 107/06.

Entretanto, a proposta de pesquisa ética adotada vai além das diretrizes oficiais. Utilizou-se neste trabalho a concepção da pesquisa ética a partir de dentro do próprio processo de pesquisa respeitando assim, os seguintes passos (SPINK & MENEGON, 1999, p. 91):

Pensar a pesquisa como uma prática social, adotando uma postura reflexiva em face do que significa produzir conhecimento; Garantir a visibilidade dos procedimentos adotados e análise dos dados; Aceitar que a dialogia é intrínseca a relação que se estabelece entre pesquisadores e participantes.

## 2.2 Campo de Estudo

Esta pesquisa foi realizada na cidade do Rio de Janeiro, localizada na região Sudeste do Brasil e apresenta segundo dados do IBGE (2000) 1.182 km de extensão territorial com uma população de 6.094.183 pessoas.

A mesma é dividida em dez áreas denominadas de Planejamentos Sanitários, que por sua vez são formadas por 32 Regiões Administrativas e 157 bairros. Essa divisão teve como objetivo viabilizar a regionalização das ações e serviços de saúde com a implantação do SUS no município do Rio. Atualmente é utilizada pela Prefeitura da cidade para planejamento e implementação de suas políticas públicas<sup>5</sup> (RIO DE JANEIRO, 1993; BRASIL, 2005b).

Segundo relatório organizado pelo Ministério da Saúde em 2005, as Coordenações das Áreas de Planejamento configuram uma unidade intermediária e mediadora entre o nível central e as unidades prestadoras de serviços do SUS em seu território, e em algumas circunstâncias, dessas com a população usuária dos serviços. Entretanto, devido às inúmeras dificuldades de ordem de estruturação e delimitação física e financeira, dentre outras, estão longe de se constituírem distritos sanitários conforme a concepção proposta na 8ª Conferência Nacional de Saúde<sup>6</sup> (BRASIL, 2005b).

Os lugares onde foi realizada a pesquisa compreendem 10 Unidades de Saúde da Família localizadas em diferentes bairros da cidade, inseridos nas Áreas de Planejamentos 1.0, 2.1, 2.2 e 3.1.

---

<sup>5</sup> A divisão das Áreas de Planejamentos Sanitários com os bairros segundo a Resolução nº 431 de 14 de abril de 1993 da Secretaria Municipal de Saúde.

<sup>6</sup> De acordo com Mendes *et al.* (1993) o Distrito Sanitário proposto na 8ª Constituição deveria propiciar a mudança das práticas e serviços de saúde tendo como base o território. Sendo esse visto como um espaço dinâmico, em permanente construção fruto das relações políticas econômicas culturais e epidemiológicas.

Quadro 1: Número de entrevistas realizadas no PSF no município do Rio de Janeiro por Área Programática no período de dezembro de 2006 a março de 2007. Rio de Janeiro, 2007.

<i>Nº de entrevistas por área programática</i>	<i>f°</i>	<i>f %</i>
<b>CAP 1.0</b>	<b>01</b>	<b>5,6</b>
<b>CAP 2.1</b>	<b>01</b>	<b>5,6</b>
<b>CAP 2.2</b>	<b>06</b>	<b>33,2</b>
<b>CAP 3.1</b>	<b>10</b>	<b>55,6</b>
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>100</b>

Fonte: a autora

O Programa de Saúde da Família (PSF), segundo informações da Coordenação Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, teve início com a implantação de equipes na localidade de Paquetá no ano de 1996. Atualmente, o município apresenta cerca de um pouco mais de 10% de cobertura, correspondendo a 122 equipes de PSF e 42 equipes de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)<sup>7</sup>, representando a menor cobertura de PSF de todo o Estado do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2006; BRASIL, 2005).

A maioria das Unidades de Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro está inserida em áreas de menor desenvolvimento social e econômico, nas localidades popularmente conhecidas como favelas, o que algumas vezes faz com que a Estratégia seja confundida como uma política social para pobres.

Para delimitar as áreas que participariam do estudo utilizou-se o critério epidemiológico de incidência em HIV/AIDS do Programa Municipal de DST/AIDS visto que o objeto de estudo são as práticas de saúde dos enfermeiros frente ao HIV/AIDS. Sendo assim, o recorte do cenário limitou-se a Unidades de PSF localizadas nas Áreas de Planejamento do Município que apresentavam maior incidência em HIV/AIDS de acordo com os últimos dados epidemiológicos publicados pela Gerencia de DST/AIDS. (RIO DE JANEIRO, 2004).

<sup>7</sup> O quantitativo de Equipe de PSF e PACS e sua distribuição por Áreas de Planejamento encontram-se em quadro no apêndice A no final do relatório da pesquisa.



### 2.2.1 Histórias das Comunidades

As estórias e descrições aqui narradas são baseadas, principalmente, nas informações da Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro e na análise dos registros das observações de campo, realizados após visitas às unidades e conversas informais com os profissionais de saúde nos módulos de Saúde da Família, nos Grupos de Apoio Técnicos e na própria Secretaria Municipal de Saúde.

Sendo assim, além de dados estatísticos, trata-se de relatos contados por pessoas que trazem visões de mundo e inserções diferenciadas, o que provavelmente pode resultar em divergências das estórias contadas por outras pessoas sobre o mesmo local.

- Lapa

A Lapa é uma localidade popularmente identificada como bairro da Lapa, no entanto encontra-se inserida no conjunto de localidades do bairro do Centro<sup>8</sup> do Rio de Janeiro. É conhecida como berço da boemia carioca, e também pela famosa arquitetura dos Arcos da Lapa, construídos no tempo de Brasil Colonial para funcionarem como aquedutos, agora, servem como via para os bondinhos que sobem Santa Teresa (RIO DE JANEIRO, 2006).

O PSF Lapa iniciou-se em 2002 com uma cobertura de 2.233 pessoas, distribuídas em 861 famílias. No ano de 2005, a cobertura foi ampliada para 3.648 pessoas, distribuídas em 1.414 famílias. Sua localização é dentro do Hospital da Ordem do Carmo, situado na Rua do Riachuelo (RIO DE JANEIRO, 2006).

O PSF Lapa é uma unidade diferenciada do modelo tradicional proposto pelo Ministério da Saúde. É mantida através de convênio com a Universidade Estácio de Sá e sua equipe é formada por seis médicos, duas enfermeiras, três auxiliares de enfermagem, um odontólogo e seis agentes comunitários de saúde (ACS). Conforme referência bibliográfica mencionada anteriormente, possui seis microáreas adstritas, compreendendo partes das ruas: do Riachuelo, do Lavradio, da Mem de Sá, da Gomes Freire, da Resende e da Praça João Pessoa.

---

<sup>8</sup> O Bairro do Centro está inserido na II Região Administrativa, que é parte da área de Planejamento 1.0 .

A comunidade<sup>9</sup> tem características próprias, como, por exemplo, o baixo número de menor de um ano, perfazendo um total de 31, o número de 803 mulheres em idade fértil, e uma população maior de sessenta anos totalizando 666 pessoas. (RIO DE JANEIRO, 2006).

Ao visitar a unidade, nota-se grande diferença em relação às demais estudadas. O módulo tem sua localização dentro do Campus da Universidade e com isso características de uma unidade de saúde escola. Há presença de acadêmicos de diversas áreas da saúde que acompanham as atividades da unidade e pouca presença de usuários.

Apesar de não encontrar dados nas estatísticas da Secretaria Municipal de Saúde a unidade é responsável por um grande número de atendimentos a travestis e profissionais do sexo, conforme relatado pelos profissionais de saúde da unidade em conversas informais e observado durante a visita.

Sendo assim, sabendo que o bairro do Centro corresponde a uma das áreas de maior incidência em HIV/AIDS e ainda, apresenta grupos populacionais com alta vulnerabilidade à infecção pelo HIV, profissionais do sexo, justificou-se a necessidade de trabalhar com essa unidade, mesmo identificadas as suas particularidades em relação à implantação e desenvolvimento do PSF.

- Vila Canoas

Vila Canoas<sup>10</sup> é uma pequena ocupação de origem irregular que se formou nos últimos 65 anos. Localiza-se no bairro de São Conrado, Zona Sul da Cidade do Rio de Janeiro. Inicialmente a comunidade era denominada Pedra Bonita e as primeiras pequenas casas eram dos empregados do Gávea Golf Club. Com o fim do vínculo empregatício dos trabalhadores com o clube, as pessoas permaneceram no local, mas não mais com as mesmas condições de renda. Com o passar dos anos, Vila Canoas logo atraiu muitos imigrantes de outros estados, interessados em trabalhar nas grandes obras civis que aconteciam nos bairros de São Conrado e Barra da Tijuca.

Vila Canoas é considerada uma comunidade de baixa renda, que teve a construção das moradias ao longo de uma cachoeira, numa área insalubre, aonde não chega muita luz solar, com conseqüente falta de iluminação e ventilação. Em decorrência da ausência de saneamento básico, a poluição ambiental em torno do rio Canoas é grande, com depósito de lixo e esgoto,

---

<sup>9</sup> O termo comunidade é utilizado neste trabalho por corresponder a forma usual como os profissionais de saúde e os próprios moradores das localidades denominam esse espaço.

<sup>10</sup> A Comunidade de Vila Canoas está inserida na XXVII Região Administrativa que é parte da área de Planejamento 2.1.

e proliferação de vetores-parasitas resultando na alta incidência de doenças infecto-contagiosa (RIO DE JANEIRO, 2006).

De acordo com a Prefeitura Municipal da Cidade, em 2006 os dados levantados pelo Programa Saúde da Família mostram que já são mais de 580 famílias morando no local, o que corresponde a aproximadamente 3.000 pessoas. A comunidade é majoritariamente formada por jovens (aproximadamente 53% dos moradores tem menos de 24 anos) e encontra-se numa faixa de renda entre 3 e 5 salários mínimos. Grande parte dos jovens de Vila Canoas possui nível superior de ensino, sendo que 5,5% da população local freqüentam ou já freqüentou uma universidade (RIO DE JANEIRO, 2006).

Devido a essas peculiaridades e a ausência de crime organizado na comunidade, Vila Canoas é considerada uma comunidade tranqüila que faz parte do roteiro de visitas turísticas a favelas do Rio de Janeiro.

A Comunidade de Vila Canoas possui uma história de medicina geral comunitária, patrocinada por Organizações não Governamentais, que funcionou até meados de 1995. Com o encerramento das atividades no local, gerou-se um impacto bastante negativo para a qualidade de saúde da população. Em decorrência, um movimento social organizado denominado “Grupo de Mulheres e Saúde de Vila Canoas” pleiteou a instalação de nova unidade de saúde, e como resultado, foi implantado o módulo de Saúde da Família.

Atualmente, além da Unidade de Saúde da Família composta por 01 enfermeiro, 01 médico, 01 técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, a comunidade dispõe de uma Creche, um Centro Municipal de Atendimento Social (CEMASI), e Posto de Orientação Urbanística e Social (POUSO).

Foto 1 – Vista da Estrada das Canoas, 2006



Fonte: Foto retirada do Site [www.rio.rj.gov.br](http://www.rio.rj.gov.br) em 04 de agosto de 2007

Durante a visita foi possível observar a tranquilidade da comunidade. A área apresenta um clima bastante fresco, apesar do verão de janeiro, o que se justifica pela proximidade a Floresta do Alto da Tijuca e a presença de muitas árvores. Próximo ao módulo as casas são de alvenaria e parecem possuir saneamento básico. Nota-se a presença de casas luxuosas no decorrer da estrada, entretanto, as margens do rio Canoas que se concentra a maior parte da população.

A unidade do PSF encontra-se instalada próxima a rua principal da Comunidade, a Estrada das Canoas. Apresenta espaços bem delimitados e amplos para a realização de atividades, inclusive sala para grupos educativos. Nota-se a presença de jovens na unidade em busca de atendimento.

- Borel

O Borel<sup>11</sup> é uma das comunidades localizada no bairro da Tijuca, Zona Norte do Rio de Janeiro. Sua ocupação teve início em 1921 com a remoção da população dos Morros do Castelo e de Santo Antonio. Em abril de 1954 foi fundada a “União dos Trabalhadores Favelados” com o objetivo de defender os direitos dos moradores e evitar a remoção dos mesmos do local. Posteriormente essa união de trabalhadores constituiria a associação de moradores que tem o nome de “União de Moradores do Morro do Borel” (RIO DE JANEIRO, 2006).

O nome Borel é uma referência a uma antiga marca de cigarros, cuja fábrica funcionava no mesmo local onde hoje existe a comunidade. O desenho que vinha estampado nos maços do Borel, um pavão, virou depois símbolo da Unidos da Tijuca, uma das escolas de samba mais tradicionais do bairro (MONTEIRO, 2004).

Em 1991 a população estimada pelo IBGE era de 7.121 habitantes, distribuídos em 1774 domicílios. Em 2006, de acordo com informações da Secretaria Municipal de Saúde estima-se que a população esteja em torno de 35.000 habitantes (RIO DE JANEIRO, 2006).

---

<sup>11</sup> A Comunidade do Borel está inserida na VIII Região Administrativa que é parte da Área de Planejamento 2.2.

Foto 2 – Borel visto do alto da comunidade



Fonte: Foto retirada do site [www.favelatemmemoria.com.br](http://www.favelatemmemoria.com.br) em 04 de agosto de 2007.

O Borel é uma das favelas do Rio de Janeiro que teve durante a sua história de formação uma forte legitimação dos movimentos sociais. Atualmente, ainda é considerada uma comunidade da Tijuca violenta devido a problemas de disputas de poder entre os comandos do tráfico de drogas.

O PSF no Borel teve sua implantação aproximadamente no ano de 2002, segundo informações dos profissionais da unidade de saúde da família. Localiza-se no CIEP da Rua São Miguel próximo a quadra aonde acontecia os ensaios da escola de samba Unidos da Tijuca.

O módulo de PSF conta com três equipes de saúde da família, sendo assim, 03 enfermeiros, 03 médicos, 03 auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde em um espaço adequado para uma equipe, além de contar com equipes de saúde bucal.

Em todas as visitas realizadas à unidade de saúde, observou-se a presença de muitos usuários buscando atendimentos pontuais como em pronto-atendimentos. A unidade não apresenta espaços para atividades coletivas e os locais de atendimentos são pequenos e restritos, o que parece dificultar o desenvolvimento dos profissionais.

- Casa Branca

A Comunidade da Casa Branca<sup>12</sup> faz parte do conjunto de favelas do bairro da Tijuca. Os primeiros moradores da Comunidade eram pertencentes às famílias Portuguesas Boreli e Afonso. Por isso inicialmente denominava-se Morro dos Afonsos e Boreli. No local também havia uma senzala de escravos, e uma casa branca que deu origem ao nome da comunidade. (RIO DE JANEIRO, 2006).

Localiza-se próximo ao Borel na Estrada da Casa Branca. Em relação a sua população, não foi possível encontrar dados estatísticos, no entanto, em visita a comunidade, nota-se um número menor de famílias comparado ao quantitativo de casas em relação ao Borel.

Aparentemente apresenta ser uma Comunidade tranqüila localizada no alto do morro da Tijuca rodeada de bastante verde. O acesso à Comunidade é um pouco restrito, pois a Rua principal é bastante íngreme, e o único transporte coletivo é o organizado pelos próprios moradores: Kombis e moto taxi como em muitas comunidades no Rio.

A visita a Comunidade foi acompanhada por uma Agente Comunitária de Saúde que me esperava na CAP 2.2 que se localiza próximo as principais comunidades da Tijuca. Até a chegada ao módulo de PSF ela foi conversando e me contando um pouco sobre a Comunidade<sup>13</sup>.

Como em muitas outras localidades carentes da Cidade há uma história de participação da população nos processos de implantação dos moradores, com a realização de mutirões para a construção das casas e pavimentação das ruas, entretanto, apenas em 1995 os moradores conseguiram saneamento básico.

Todos esses movimentos e articulações da sociedade civil com o Estado foram mediados pela Associação de moradores criada em 1978 que aos poucos obtiveram outras conquistas para a localidade. Muitos projetos foram criados, como o de eletricitista comunitário, responsável pela manutenção da rede de iluminação pública; o de manobreiros que controlam a água; o Agente Jovem, formado de jovens entre 14 e 17 anos que realizam trabalho educativo com a comunidade, entre outros.

---

<sup>12</sup> Casa Branca está localizada na Zona Norte do Rio de Janeiro na VIII Região Administrativa que é parte da Área de Planejamento (AP) 2.2.

<sup>13</sup> Por mais que algumas comunidades do Rio de Janeiro aparentemente pareçam tranqüilas em relação à violência, recomenda-se não visitar a comunidade sem nenhum contato com moradores e/ou pessoas que convivem de alguma forma com o local. No meu caso, como se tratava de uma pesquisa realizada em unidades de Saúde do Município do Rio inseridas em comunidades, o contato era sempre estabelecido previamente com os profissionais, e eles nomeavam alguém para me acompanhar desde a entrada da comunidade até o Módulo de PSF.

A partir de 2002 a Comunidade passou a sofrer drasticamente as conseqüências da violência, o que fez com que muitos moradores se mudassem da região, gerando um clima de desânimo. No intuito de recuperar o ânimo na comunidade, alguns moradores, juntamente com a equipe da Agenda Social, tiveram a iniciativa de criar um espaço para as mulheres se reunirem, surgindo então a Casa da Auto-Estima. Neste espaço, são despertados talentos da comunidade, com a elaboração de várias oficinas (RIO DE JANEIRO, 2006).

Atualmente, os moradores contam com creche comunitária, CEMASI, armazéns e bares locais e uma Unidade de Saúde da Família localizada em um imóvel da Associação dos Moradores alugado pela prefeitura.

A Unidade de PSF apresenta algumas dificuldades inerentes a outras unidades do Rio de Janeiro, como a falta de profissional médico para compor a equipe de 01 enfermeiro, 01 auxiliar de enfermagem, e agentes comunitários de saúde, no entanto, de acordo com informações da prefeitura já havia profissional em vistas de contratação.

- Parque Vila Isabel

A Unidade de Saúde da Família denominada Parque Vila Isabel<sup>14</sup> localiza-se no Bairro de Vila Isabel, área popularmente conhecida como “Morro dos Macacos”. A unidade está inserida na Comunidade desde 2004 e possui três equipes de saúde da família completa para atendimento a população, em unidade ampla com consultórios e sala para atividade coletiva.

Acredita-se que o nome da comunidade resultou de uma antiga fazenda localizada na área, conhecida como Fazenda dos Macacos, que na época do Brasil Colonial pertencia a jesuítas e posteriormente confiscada, passou a pertencer à família real (MONTEIRO, 2004).

Atualmente, os moradores da Comunidade passam, diversas vezes, por momentos difíceis devido a freqüentes episódios de violência associados a conflitos entre comandos de narcotráfico e/ou com policiais. Com isso, apesar dos três anos de implantação, a equipe de PSF desenvolve com dificuldade as suas atividades.

As visitas agendadas para a realização da pesquisa foram freqüentemente desmarcadas devido a esses conflitos, com isso não foi possível a realização de entrevistas com todos os três enfermeiros e nem o conhecimento sobre mais informações sobre a comunidade.

---

<sup>14</sup> Parque Vila Isabel também está localizado na Zona Norte do Rio de Janeiro na IX Região Administrativa que é parte da Área de Planejamento (AP) 2.2.

- Parque Royal

A comunidade do Parque Royal<sup>15</sup>, também denominada Favela da Portuguesa e Favela do Maruim tem seu primeiro registro de ocupação em 1973. Localiza-se na Ilha do Governador em área de jurisdição da secretaria do patrimônio da União, em grande parte, território da Marinha.

A comunidade está localizada próxima a um dos mais dinâmicos centros de atividades e negócios da Ilha do Governador, ou seja, um centro de empregos. No conjunto das 22 favelas existentes na Ilha do Governador, é considerada de médio porte, correspondendo a 30% da população total de áreas de favelas desse bairro (RIO DE JANEIRO, 2006).

O Módulo de Saúde da Família do Parque Royal é composto por duas equipes de PSF, porém com apenas 01 médico de saúde da família, localizado dentro da comunidade em imóvel pequeno.

Em visita a unidade pode se perceber a grande procura dos moradores da comunidade por atendimentos. A equipe parecia ansiosa com a possibilidade da chegada de um novo profissional médico para compor a equipe.

- Marcílio Dias

A Unidade de PSF em Marcilio Dias, localizado no Complexo da Maré<sup>16</sup>, teve sua origem um pouco diferenciada das demais no Rio de Janeiro. Antes de a prefeitura implantar uma unidade de saúde da família no local, havia uma forte história de atuação dos Médicos Sem Fronteiras (MSF).

O MSF<sup>17</sup> é uma organização não governamental criada em 1971 por médicos e jornalistas que haviam participado voluntariamente de confrontos em guerras na região da Nigéria no final dos anos 60. A vontade de assistir às populações mais necessitadas, de modo rápido e eficiente, deu origem a organização.

No Brasil, o MSF chegou em 1991 atraídos pela epidemia de cólera na Amazônia, mas foi em 1993 motivado pela situação de exclusão social e violência do Rio de Janeiro, que chegava aos noticiários internacionais, que fez com que os MSF instalassem uma equipe de

---

<sup>15</sup> O Módulo de PSF do Parque Royal está localizado na A.P 3.1 e XX Região Administrativa.

<sup>16</sup> O Módulo de PSF do Marcílio Dias está localizado na A.P 3.1 e XX Região Administrativa.

<sup>17</sup> Médicos Sem Fronteiras denominam-se como uma organização humanitária internacional que tem como objetivo proporcionar assistência a vítimas de catástrofes, conflitos, epidemias e exclusão social, independentemente de raça, política ou crenças. Além de buscar a sensibilização da sociedade sobre as condições de vida das populações que são atendidas. (MÉDICOS SEM FRONTEIRAS, 2002)



profissionais para auxiliar na investigação, avaliar a necessidade de atuações e planejar ações (MÉDICOS SEM FRONTEIRAS, 2002)

Como a proposta da organização é trabalhar o projeto por tempo determinado e viabilizar a sociedade civil e o estado para a continuidade das ações, o imóvel que funcionava como MSF foi entregue ao município para que esse implantasse a Estratégia Saúde da Família, o que aconteceu aproximadamente há 2 anos.

Atualmente a unidade conta com duas equipes de Saúde da Família incompletas. Apenas uma apresenta médico de família. A fragmentação da equipe de saúde tem possivelmente relação com o histórico de violência da comunidade, que antes era associado a disputa do tráfico de drogas e armas e hoje ao comando das milícias<sup>18</sup>.

- Complexo do Alemão

O Complexo do Alemão é um bairro da Zona Norte do Rio de Janeiro<sup>19</sup>. Atualmente é considerada uma das maiores e mais populosa favela da cidade. Localiza-se entre os bairros de Ramos, Penha, Olaria, Inhaúma e Bonsucesso.

Possui uma população estimada de aproximadamente 65.026 mil pessoas em 18.245 domicílios de acordo com o Censo de 2000. Abriga as comunidades do Alemão, Grota, Nova Brasília, Alvorada, Matinha, Mineiros, Itararé, Esperança, Palmeiras, Morro do Adeus, Baiana e Reservatório de Ramos.

O Complexo é marcado pela pobreza, violência e exclusão social, apresentando o 2º mais baixo Índice de Desenvolvimento Humano-IDH (0,587) e esperança de vida de 56,72 anos, além do alto índice de desemprego e baixa escolaridade. Este cenário fez com que a Secretaria Municipal de saúde identificasse o Complexo do Alemão como área prioritária para a implantação da estratégia de saúde da família no município do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2006).

Até o final dos anos 40, o Complexo do Alemão era uma enorme fazenda pertencente a um proprietário imigrante de origem polonesa. Devido a sua aparência física, muito alto e branco, e seu modo de falar “estranho”, os moradores da região passaram a se referir ao dono daquelas terras como "alemão".

---

<sup>18</sup> De acordo com o que foi publicado nos jornais no final de 2006 e início de 2007, a milícia é um grupo de ex- funcionários do estado, como policiais e bombeiros, que tomaram posse de determinados locais dominados pelo tráfico expulsando-os e impondo ordens locais, como pagamento de taxas pelos moradores para a “manutenção da ordem e tranquilidade” (JORNAL O GLOBO, 2006)

<sup>19</sup> O Complexo do Alemão está localizado na A.P 3.1 e XX Região Administrativa.

O terreno do "alemão" aos poucos foi sendo vendido para famílias que procuravam moradia barata na Zona Norte. Houve um grande fluxo de migrantes nordestinos para o Alemão nos anos 60. A explosão demográfica, no entanto, só ocorreu na década de 80, quando o então governador Leonel Brizola autorizou as invasões e a favela se multiplicou (MONTEIRO, 2004).

Atualmente apenas cinco das comunidades do Complexo citadas possuem Unidades de Saúde da Família, sendo elas: Alemão, Nova Brasília, Adeus, Bahiana e Esperança. Dentre essas Unidades, apenas Alemão, Esperança e Adeus tiveram enfermeiros que participaram deste estudo. Devido a recorrentes episódios de conflito entre o narcotráfico e a força policial do município e do estado, não foi possível visitar a Comunidade do Adeus e realizar entrevistas com os enfermeiros de Nova Brasília e da Bahiana.

As idas as Unidades de Saúde e a coleta de dados dessa área foi a mais difícil de ser realizada, foi preciso disponibilizar um grande tempo para as marcações e as esperas na própria Área de Planejamento 3.1 para a realização das visitas com o grupo de supervisão, também conhecido como Grupo de Apoio Técnico (GAT). Vale ressaltar, que por medida de segurança o pesquisador só entrava nas unidades com esses funcionários da secretaria municipal de saúde, que conhecem profundamente o local e já fazem parte do dia-a-dia das comunidades.

### **2.3 Instrumentos Metodológicos e a Coleta de Dados**

Para o desenvolvimento deste trabalho, foram utilizadas como instrumentos metodológicos para coleta de dados a entrevista e a observação semi-estruturadas, e a observação livre.

A escolha pela entrevista semi-estruturada ocorreu devido à maior possibilidade de liberdade ao entrevistado em responder perguntas, além de favorecer a inserção de novos dados, os quais poderão ser relevantes para o aprofundamento e compreensão das questões levantadas pela pesquisa. Assim, concorda-se com a definição de Trivinos (1987, p.146) que a entrevista semi-estruturada, “é aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam a pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas [...]”.

Segundo Minayo (2006) a entrevista semi-estruturada obedece a um roteiro pré-estabelecido pelo pesquisador que não é totalmente aberto nem totalmente fechado, o que facilita uma abordagem segura aos investigadores menos experientes. Além disso, a entrevista pode ser considerada como uma forma privilegiada de interação social, pois está sujeita as dinâmicas de relações sociais do grupo estudado.

O roteiro da entrevista<sup>20</sup> foi formado a partir de um instrumento dividido em duas partes, uma ficha de identificação com perguntas fechadas que buscou identificar informações que pudessem interferir no desenvolvimento das práticas e o roteiro da entrevista propriamente dita, com três eixos temáticos. O primeiro relativo às práticas de saúde de um modo geral, o segundo, às práticas de saúde voltadas para o HIV/AIDS e os sentidos atribuídos pelos enfermeiros às mesmas, e o último, referente ao processo de construção das mesmas.

Optou-se no estudo pela construção de um roteiro que abordasse as práticas de saúde gerais na tentativa de identificar possíveis práticas desenvolvidas, que por algum motivo, não tivessem sido mencionadas no eixo voltado ao HIV/AIDS. Além de perceber a necessidade de contextualização do cotidiano das práticas de saúde dos enfermeiros.

O instrumento sofreu três testes pilotos no mês de novembro de 2006, com enfermeiros em unidades de PSF fora da área delimitada no estudo, de forma a não comprometer o número de sujeitos da área escolhida. Houve necessidade de adaptação do instrumento resultando no modelo utilizado e exposto no trabalho.<sup>21</sup>

Acreditando que alguns fatos pudessem não ser identificados e registrados a partir de uma entrevista, viu-se a necessidade da observação do entrevistado em sua atividade profissional. Aliado a isso, percebeu-se a importância do emprego de um instrumento pautado na observação da rotina do trabalho, da vida diária, do modo de fazer a prática, que muitas das vezes não é expresso em palavras, ou não condiz com a fala, com isso, justificou-se a utilização da observação para investigar as práticas e os sentidos das mesmas estabelecidos pelos enfermeiros no PSF voltado para o HIV/AIDS.

A observação semi-estruturada foi realizada a partir de um roteiro pré-estabelecido que norteasse o pesquisador no campo.

Para Minayo (2006), esse tipo de instrumento identificado como observação dirigida, deve ser formulado a partir dos objetivos da pesquisa, a fim de identificar elementos exploratórios da realidade empírica essenciais para o entendimento do objeto em questão.

---

<sup>20</sup> O roteiro das entrevistas consta em anexo

<sup>21</sup> Os instrumentos utilizados para a coleta de dados constam em anexo.

A observação semi-estruturada foi utilizada para observação das práticas do enfermeiro voltadas para o HIV/AIDS. A observação livre foi adotada na realização das visitas ao campo, devido à compreensão de que práticas dos enfermeiros são entendidas como práticas sociais, resultantes da interação do sujeito com as estruturas de poder inerentes a determinado *campo*. Sendo assim, para compreender o modo como o enfermeiro desenvolve a sua prática e os sentidos que ele atribui à mesma, fez-se necessário conhecer os *modus operandi*, ou seja, o modo de produção da prática nos *campos* estudados (BOURDIEU, 1998).

Os registros dessa observação foram realizados em um diário de campo, que consiste em um instrumento de registro adotado pelo pesquisador, onde o mesmo anota todas as informações colhidas por meio das observações. Nele devem ser inscritas as impressões pessoais que vão modificando com o tempo, as falas, as práticas e as contradições dentre outras coisas (MINAYO, 2006).

O diário de campo é um instrumento de registro das observações do pesquisador bastante utilizado nas pesquisas antropológicas. Tem como principal objetivo o registro de todas as informações referentes ao trabalho de campo, sendo assim, como mencionado, contem impressões, falas, práticas, dentre outras, e deve ser considerado como um documento pessoal que dará base a análise e discussão dos dados (VICTÓRIA, *et al*, 2000).

É importante mencionar que se trata de uma pesquisa qualitativa, que não teve como pretensão a quantificação das práticas, nem tão pouco esgotar todos os assuntos referentes à mesma. Sendo assim, privilegiou o modo de fazer e os sentidos das mesmas estabelecidos na vida cotidiana em Unidades de Saúde da Família.

A coleta de dados foi realizada no período de dezembro de 2006 a março de 2007. Foram realizadas 18 entrevistas com enfermeiros nas próprias Unidades de Saúde da Família, com exceção de duas entrevistas que por questões de violência no local, associada a conflitos do movimento do narcotráfico com a polícia militar do município, e afastamento dos profissionais, tiveram que ser realizadas na sede da região administrativa da CAP 3.1.

As observações livres foram realizadas em todas as unidades de saúde visitadas com exceção da unidade da comunidade do Adeus pelo mesmo motivo mencionado acima. As observações semi-estruturadas das práticas de saúde foram realizadas em duas áreas de planejamento, delimitadas previamente. Por garantia do anonimato dos participantes o critério de seleção das áreas programáticas não pode ser evidenciado, a fim de evitar associação dos resultados à avaliação dos profissionais participantes.

Como se tratou de uma pesquisa em diferentes unidades de saúde em áreas programáticas distintas no município do Rio de Janeiro, como pode ser observado na tabela 1,

alguns passos tiveram que ser seguidos, além da apresentação do parecer de aprovação do CEP SMS/RJ, para entrada em campo de pesquisa para a coleta de dados.

O primeiro passo realizado foi o contato prévio por telefone com os coordenadores das áreas programáticas mencionadas, para marcação de visita aos CAPs. Nessa visita, era apresentado o projeto juntamente com a carta de aprovação do referido CEP para apreciação. Posteriormente, caso aprovado era realizado os contatos, por telefone, com os enfermeiros das Unidades de Saúde para agendamento de visitas as unidades.

Quadro 2: Número de entrevistas realizadas no PSF no município do Rio de Janeiro por Unidade de Saúde da Família no período de dezembro de 2006 a março de 2007. Rio de Janeiro, 2007.

<i>Unidades pesquisadas</i>	<i>f<sup>o</sup></i>	<i>f %</i>
<b>Alemão</b>	<b>04</b>	<b>22,1</b>
<b>Boréu</b>	<b>03</b>	<b>16,1</b>
<b>Parque Vila Isabel</b>	<b>02</b>	<b>11,1</b>
<b>Adeus</b>	<b>02</b>	<b>11,1</b>
<b>Sereno</b>	<b>02</b>	<b>11,1</b>
<b>Marcílio Dias</b>	<b>01</b>	<b>5,6</b>
<b>Casa Branca</b>	<b>01</b>	<b>5,6</b>
<b>Lapa</b>	<b>01</b>	<b>5,6</b>
<b>Parque Royal</b>	<b>01</b>	<b>5,6</b>
<b>Vila Canoas</b>	<b>01</b>	<b>5,6</b>
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>100</b>

Fonte: a autora

As marcações das visitas e a chegada ao local ficavam sob responsabilidade da pesquisadora, com exceção da área da CAP 3.1. Como a maioria das unidades se localizava em áreas de risco, devido à possível existência de conflitos entre o poder do Estado, agentes militares e civis, e o poder paralelo, facções do tráfico, era rotina o contato por telefone no dia agendado para a visita e a marcação de um encontro, geralmente com agentes comunitários de saúde ou com os próprios enfermeiros, para a entrada na comunidade.

Sendo assim, algumas visitas foram remarcadas após algum tipo de informação dos enfermeiros por telefone. Era comum o enfermeiro afirmar que estava sobrecarregado e que

não poderia dar atenção, ou que estava sem agentes comunitários ou sem auxiliar de enfermagem e precisava assumir algumas outras responsabilidades desses profissionais. Entretanto, devido à experiência da autora com atividades em uma comunidade do Rio de Janeiro durante a sua graduação de enfermagem, em que se adotava esse mesmo procedimento como parte da rotina, sabe-se que em muitas das vezes os problemas com o poder paralelo não são afirmados abertamente.

A área da CAP 3.1 no decorrer do trabalho em campo estava apresentando um período de freqüentes conflitos mencionados acima, o que resultou em diversas manchetes em jornais locais, nacionais e até mesmo internacionais pelas brutalidades das cenas e o enorme comprometimento do local, sendo muitas das vezes comparada a grandes guerras. Com isto, as visitas só eram realizadas na companhia dos profissionais do Grupo de Apoio Técnico, supervisores das unidades de PSF.

Todos esses entraves acabaram alterando o número de entrevistas previamente determinado no projeto – 25 entrevistas – entretanto, como as falas dos entrevistados já haviam começado a se repetir e existiam outros instrumentos de coleta de dados, decidiu-se por concluir o trabalho com 18 entrevistas, após cinco meses de permanência em campo e inúmeras tentativas, para não comprometer o tempo de análise dos dados coletados.

No que se refere à relação entre os pesquisadores e participantes, utilizou-se ainda três cuidados éticos essenciais: a realização da pesquisa mediante consentimento livre e esclarecido, a garantia do anonimato, e o resguardo do uso abusivo do poder na relação entre pesquisador e participantes (SPINK & MENEGON, 1999).

O consentimento livre e esclarecido foi o acordo inicial que selou a participação do profissional. Na primeira visita eram apresentados os objetivos da pesquisa, os instrumentos de coleta de dados, a forma em que seriam analisados e apresentados, a garantia absoluta do anonimato e caso houvesse aceitação, a possibilidade de não responder a todos os questionamentos e/ou desfazer o acordo caso desistisse da participação, comprovado em termo com duas vias assinado pelo pesquisador e pelo participante.

O princípio básico do consentimento é a transparência quanto aos procedimentos e quanto aos direitos de todos envolvidos no processo de pesquisa.

Para Spink & Menegon (1999) a transparência tem difícil convivência com muitos pressupostos da pesquisa alinhada as epistemologias realistas, dada a tradição aí estabelecida de que o conhecimento dos objetivos envia os resultados da pesquisa. Convive mais facilmente com as pesquisas construcionistas, dada a aceitação implícita da reflexividade no processo de pesquisa. Ou seja, revelados ou não, os objetivos estão presentes nas hipóteses

que os participantes – concebidos como colaboradores ativos no processo de pesquisa – elaboram sobre o que deles é esperado.

Quanto ao resguardo do uso abusivo de poder na relação entre pesquisador e participantes procurou-se tomar alguns cuidados desde o primeiro momento da apresentação. Adotou-se uma postura ética, procurando estabelecer uma relação de confiança entre os sujeitos envolvidos na pesquisa.

Conforme cita Acioli (2003), buscou-se transformar a entrevista entre pesquisador e participante em uma situação de interação propondo o estabelecimento de uma relação social.

Bourdieu (1997, p. 695) alerta para a desigualdade presente entre o pesquisador e o pesquisado, visto que as regras da entrevista são estabelecidas pelo entrevistador, que pode ainda ocupar uma posição social superior ao entrevistado. Portanto, na tentativa de diminuir a violência simbólica imposta o autor propõe:

Reduzir ao máximo a violência simbólica que se pode exercer através dele. Procurou-se então instaurar uma relação de escuta metódica, tão afastada da pura não intervenção da entrevista não dirigida, quanto do dirigismo do questionário.

A proposta desse autor requer um posicionamento do entrevistador de forma com que ele permita se colocar no lugar do outro. É necessário para isso, uma valorização do outro, que deve ficar, de forma subjetiva, claro no posicionamento do entrevistador, na forma em que ele constrói as perguntas e recebe as respostas.

Sendo assim, para Bourdieu (1997, p.704) a entrevista pode ser considerada:

(...) como uma forma de exercício espiritual visando obter, pelo esquecimento de si, uma verdadeira conversão do olhar que lançamos sobre os outros nas circunstâncias comuns da vida. A disposição acolhedora que inclina a fazer seu os problemas do pesquisado, a aptidão a aceitá-lo e a compreendê-lo tal como ele é, na sua necessidade singular é uma espécie de amor intelectual (...)

A fim de tentar diminuir a violência simbólica, a pesquisadora se apresentava como enfermeira e não como aluna do programa de pós-graduação. Por mais que isso estivesse claro no termo de consentimento, percebeu-se, durante a realização do teste piloto, que essa forma, favorecia a empatia e não comprometia as respostas, visto que, a pesquisadora havia pouco

tempo de formada e não corria o risco dos participantes ocultarem dados por acharem que a mesma sabia tudo sobre o objeto de estudo.

Além disso, as entrevistas foram realizadas em salas fechadas somente com a presença do pesquisador e do enfermeiro participante. Inicialmente era ressaltado que tratava de um estudo de práticas de saúde que não possuía nenhum vínculo com a Secretaria Municipal de Saúde, a não ser o consentimento do município para a realização e a aprovação do CEP SMS/RJ.

As 18 entrevistas foram gravadas em fitas micro-cassete após a autorização do participante e transcritas o mais fielmente possível a sua fala. Após alguns momentos de certas entrevistas, foi solicitada por parte de alguns dos entrevistados, que se desligasse o gravador sendo respeitada a sua vontade e o conteúdo da fala não foi inserido na análise dos dados.

## **2.4 Análise dos Dados**

A análise dos dados coletados por meio de entrevistas e observações foi realizada de forma diferenciada baseada nos modelos propostos por Spink *et al* (1999). Nas entrevistas, foi utilizada a análise de Práticas Discursivas e nas observações a análise das Sínteses de Conversas. As duas formas de análise buscam a interpretação da produção dos sentidos no cotidiano.

Para Spink & Medrado (1999, p.41) o sentido pode ser definido como:

Uma construção social, um empreendimento coletivo, mas precisamente interativo, por meio das quais as pessoas – nas dinâmicas das relações sociais historicamente datadas e culturalmente localizadas – constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos a sua volta.

Nessa perspectiva, dar sentido ao mundo constitui relações de poder, inevitáveis na vida em sociedade. Sendo assim, atribuir sentido não pode ser considerado como uma atividade individual e cognitiva, ou como uma simples reprodução de modelos predeterminados. Caracteriza-se por uma prática social, dialógica que tem como base o uso da linguagem.



A produção de sentidos, para esses mesmos autores:

[...] é tomada como um fenômeno sociolingüístico - uma vez que o uso da linguagem sustenta as práticas sociais geradoras de sentido - e busca entender, tanto as práticas discursivas que atravessam o cotidiano (narrativas, argumentações e conversas) como repertórios utilizados nessas produções discursivas. (SPINK & MEDRADO, 1999, p.42)

Compreender a entrevista como prática discursiva é entendê-la como uma interação que se dá em um contexto, e em uma relação previamente negociada. Em que o locutor - o entrevistador - posiciona-se e posiciona o outro - o entrevistado - mesmo que inconscientemente, através do tom da fala, da linguagem, da história e dos gestos. As posições não são irrevogáveis, mas negociáveis (PINHEIRO, 1999).

Dessa forma, adotou-se a análise de Práticas Discursivas que consiste no processo de interpretação entendido como processo de produção de sentidos. Portanto, a interpretação faz parte de todo o desenvolvimento da pesquisa, emergindo como elemento intrínseco no decorrer do trabalho (SPINK & LIMA, 1999, p. 105).

Para Spink & Lima (1999) o grande desafio dessa prática é ressignificar a objetividade dando visibilidade a intersubjetividade, deixando transparecer o processo de interpretação, tomando-o como dinâmico, processual e inacabado.

A análise das entrevistas iniciou-se com a imersão no conjunto de informações coletadas, procurando deixar transparecer os sentidos, sem definir a priori temas, classificações e categorias. Essa fase consiste em leituras repetidas do material transcrito até que aflorem os sentidos.

Há várias técnicas que podem auxiliar nessa fase, tais como, Mapas de Associações de Ideias e Árvore de Associações, que tem como objetivo facilitar o entendimento do “uso e feito” dos conteúdos das falas nas entrevistas (SPINK & LIMA, 1999).

Com a releitura do material foram extraídos do texto seqüências de falas que caracterizassem sentidos. É importante mencionar que as seqüências das falas não foram fragmentadas nem descontextualizadas dos conteúdos das entrevistas, a fim de que se permitisse identificar os processos de interanimação dialógica a partir da esquematização visual da entrevistas.

É possível no decorrer dessa fase a existência do confronto entre os sentidos construídos no processo de pesquisa e de interpretação, e aqueles decorrentes da familiarização prévia com o campo de base, com a revisão bibliográfica e a abordagem

teórica. Na concepção teórica metodológica adotada, é desse confronto que nascem as categorias (SPINK & LIMA, 1999).

Após a digitação das 18 entrevistas em forma de texto em um processador de dados tipo Word for Windows e impressão, as entrevistas foram marcadas manualmente por opção da pesquisadora, a fim de facilitar a separação dos conteúdos que diferiam os sentidos.

Desse trabalho, foi possível identificar os temas que emergiram e foram introduzidos pelas falas dos entrevistados ou pela pesquisadora, tendo como norte os objetivos da pesquisa e a proposta teórica. Juntamente com a análise das observações, as falas foram agrupadas em quatro temas conforme explicitado posteriormente.

O processo de análise das observações realizadas foi-se dando aos poucos, sendo necessária a realização de várias buscas e leituras de diversos materiais e autores para a identificação de uma proposta que melhor se adaptasse ao material coletado. Durante esses momentos percebeu-se a grande dificuldade de trabalhar com o instrumento da observação para coleta de dados. Após inúmeras pesquisas, notou-se que poucos são os estudos que trabalham com essa técnica, e nesses estudos não foi explicitada a forma de análise do material coletado. Estudos etnográficos que se utilizam da observação, apresentam esse material em formato de descrição densa.

Sendo assim, para este trabalho decidiu apropriar-se da proposta de análise de Spink *et al* (1999) voltada para a produção de sentidos no cotidiano utilizando a análise da Síntese das Conversas. Para essa mesma autora, conversar é uma das maneiras por meio das quais as pessoas produzem sentidos e se posicionam nas relações que estabelecem no cotidiano. A partir da análise da Síntese de Conversa é possível definir blocos de categorias de síntese temática.

Como proposto por Spink *et al.* (1999 p. 230)

[...] utilizamos categorias para organizar, classificar e explicar o mundo [...] o seu uso envolve escolha e reorganização retórica, o que na prática de pesquisa se traduz em compromisso e reflexão sobre as condições implicadas na criação de categorias.

Para essa mesma autora as categorias podem ser criadas a partir de diferentes formas de leitura do material de análise, e geralmente estão associadas ao objeto de estudo e a abordagem teórico-metodológica.

No caso das observações livres e semi-estruturadas aqui analisadas na forma de síntese de conversas, utilizou-se para a construção dos temas, a articulação dos seguintes aspectos: 1 – O objeto de estudo; 2 – O referencial teórico-metodológico; 3 - A literatura estudada no decorrer da pesquisa; 4 – O modo de fazer as práticas pelos entrevistados; e 5 – a interpretação da pesquisadora, conforme proposto por Spink *et al* (1999).

Para facilitar o trabalho da análise de síntese de conversas, as observações foram digitadas em Word, da mesma forma que as entrevistas, e recortadas buscando articular e contrapor com a revisão bibliográfica do início da pesquisa.

Após a análise das observações e das falas separadamente, viu-se a necessidade da junção dos temas derivados das Práticas Discursivas e das Sínteses de Conversas a fim de um maior aprofundamento do objeto de estudo.

De acordo com Minayo (2006) a combinação e o cruzamento de técnicas, metodologias, abordagens e coleta de dados é denominada como triangulação. Contudo, para efeito deste trabalho, não se teve a pretensão de triangular metodologia e abordagens, e sim utilizar propostas de coleta de dados que complementassem uma à outra, pensando assim, em enriquecer o objeto de estudo. Portanto, a junção dos temas das análises originou quatro categorias, que serão apresentadas posteriormente.

## **2.5 Caracterização dos Sujeitos**

Os sujeitos deste estudo compreendem 18 enfermeiros que trabalhavam nas Unidades de Saúde da Família nas Áreas Programáticas 1.0, 2.1, 2.2 e 3.1, no período de dezembro a março de 2007. Desses enfermeiros, 15 eram do sexo feminino. Em relação à idade, 09 estavam entre 21 e 30 anos, 06 enfermeiros dos 31 aos 40 anos, 03 dos 41 aos 50 anos, o que demonstra que a maioria dos profissionais compreende enfermeiros relativamente jovens.

Quanto ao tempo de formação, a maioria, 11 enfermeiros, apresentava 10 ou menos tempo de formado. Em relação ao tempo de trabalho em PSF, 13 apresentavam 3 anos ou menos de trabalho, sendo que os 2 profissionais que possuíam maior tempo em PSF estavam há sete anos. Entretanto, 14 enfermeiros estavam há menos de uma ano na unidade atual, o que corresponde a um pouco mais de 77%.

Ao serem questionados sobre o grau de especialização, 15 (83,4%) entrevistados afirmaram ter cursado ou estarem cursando algum tipo de especialização *lato sensu*. E desses,

apenas 02 possuíam especialização fora da área de Saúde Pública com enfoque na Área Hospitalar.

Quando interrogados sobre a realização de capacitação em AIDS voltados para o PSF, os 18 enfermeiros afirmaram nunca ter realizado. Entretanto, 09 enfermeiros haviam participado de algum tipo de curso em DST/AIDS.

Em relação à área de trabalho anterior ao PSF, 09 enfermeiros afirmaram ter vindo da área hospitalar, 04 enfermeiros afirmaram ter vindo de unidades básicas de saúde, 02 de institutos especializados em saúde da mulher, 01 enfermeiro da Saúde Mental, 01 enfermeiro havia trabalhado em mais de um nível de atenção, sendo rede básica e hospitalar e 01 enfermeiro possuía o PSF como seu primeiro emprego.

Dos 18 enfermeiros entrevistados constatou-se que, quanto ao acesso a situação trabalhista, 09 deles possuíam vínculo direto com o Poder Público, pois, eram egressos de unidades da rede municipal de saúde, onde haviam ingressado por concurso público, fazendo jus ao regime estatutário de trabalho; todos os demais ingressaram de forma terceirizada, sendo sete deles oriundos de organismos do Terceiro Setor - Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), Organizações não Governamentais (ONGs), um deles via convênio com uma universidade privada - ambas situações em que os profissionais estavam vinculados ao regime celetista de trabalho - , e o último deles, pela via da prestação de serviços, vinculado ao instrumento denominado “recibo de pagamento de autônomo”, ou seja, sem proteção trabalhista.

Ao analisar os dados referentes à ficha de identificação dos sujeitos, pode-se perceber algumas frequências no programa saúde da família. A maioria dos enfermeiros do PSF, na localidade estudada, eram adultos jovens do sexo feminino com menos de 10 anos de formado. Todos trabalhavam em PSF há menos de 08 anos, sendo que a maioria encontrava-se há menos de 01 na unidade de realização da pesquisa.

A maioria dos enfermeiros possuía especialização na área da saúde pública ou estava cursando. Entretanto, nenhum enfermeiro mencionou ter participado de cursos de capacitação em HIV/AIDS para PSF. 50 % dos enfermeiros do PSF eram admitidos por meio de contratos e não tinham como órgão admissor o município.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Neste capítulo, a pesquisadora traz os resultados do estudo a partir das análises das observações e das entrevistas contextualizadas com as falas dos participantes e com referências de autores que ajudam a pensar os sentidos e as práticas de saúde e suas implicações trazidas nas construções das categorias.

Como já mencionado anteriormente, as categorias foram formadas a partir da análise das falas dos sujeitos, entendidas como práticas discursivas e das observações em campo da pesquisa, identificadas como observações da prática social. Sendo assim, foram construídas quatro categorias baseadas em temas identificados pelos seus usos e sentidos contextualizados na busca de responder os objetivos desta pesquisa. A prática discursiva pode ser compreendida como a forma com que os sujeitos expressam em linguagens as suas ações.

Para Spink *et al* (1999) são maneiras a partir das quais as pessoas constroem significados e se posicionam em relações sociais cotidianas tendo como elementos constitutivos, a dinâmica, ou seja, os enunciados orientados por vozes; as formas, maneiras mais ou menos estáveis que buscam coerência com os contextos, com o tempo e com o interlocutor; e os conteúdos, que são os conjuntos de termos, descrições, lugares comuns e figuras de linguagem que definem a prática.

Entende-se como prática social o conjunto de ações e atividades que identificam o sujeito na sociedade, ou seja, a forma como as pessoas desenvolvem as suas ações: o *modus operandi* (BOURDIEU, 1997).

Como este estudo teve como objeto as práticas de saúde dos enfermeiros frente ao HIV/AIDS no PSF em uma perspectiva sócio-antropológica, as observações, junto com as entrevistas, constituíram-se em importantes instrumentos para identificação de práticas e compreensão de sentidos dos enfermeiros voltados para as mesmas, visto que, para a concepção teórico-metodológica adotada, não basta analisar o que os enfermeiros falam que fazem e sim relacionar o que falam ao que fazem.

Com isso, conhecendo a necessidade de compreender o cotidiano das práticas, local onde elas são construídas e desenvolvidas, a visualização das mesmas nesse cenário, e a forma subjetiva que os profissionais atribuem valores e sentidos as mesmas, foram construídas quatro categorias a partir da apropriação dos modelos de análises propostos por Spink *et al* (1999), nomeadas a seguir: Cotidiano das Práticas de Saúde dos Enfermeiros em Unidades de Saúde da Família; Mapeando as práticas e definindo seus significados;

Implementação das Práticas de Saúde voltadas ao HIV/AIDS no Programa de Saúde da Família; e Aspectos que interferem no desenvolvimento de Práticas de Saúde voltadas para prevenção e cuidado aos portadores de HIV/AIDS.

### **3.1 Cotidiano das Práticas de Saúde dos Enfermeiros em Unidades de Saúde da Família**

O enfoque deste estudo teve como principal objetivo analisar as práticas de saúde dos enfermeiros voltadas aos portadores de HIV/AIDS e a prevenção da doença no PSF. Portanto, considerando que práticas de saúde são construídas baseadas em contextos e influenciadas por forças invisíveis, também conhecidas como forças simbólicas, fez-se necessário o conhecimento do cotidiano das unidades do PSF estudadas.

Segundo Pinheiro (2001, p.66), as instituições de saúde representam o cotidiano dos atores em um espaço de lutas, de exercício de poder, “entendido ‘não como um objeto natural, uma coisa’ mas como prática social influenciada pelas práticas sanitárias e políticas.” Sendo assim, para essa mesma autora:

Estudar os atores, seus discursos e práticas no cotidiano das instituições é fundamental, pois possibilita a identificação de elementos objetivos e subjetivos, por meio dos quais os atores sociais constroem suas percepções referentes à vida social, que inclui a vida institucional. (PINHEIRO, 2001, p.66).

Tomando por base essas concepções, esta categoria foi construída a partir das observações do pesquisador e temas retirados das entrevistas referentes ao local de desenvolvimento das práticas de saúde dos enfermeiros voltadas para o HIV/AIDS. Nela, encontram-se discussões referentes ao ambiente das unidades de saúde estudadas, a forma como é estruturado o processo de trabalho dos enfermeiros e dos profissionais da unidade de saúde, e a relação estabelecida entre a equipe e os usuários da unidade.

Durante a análise das observações, foi possível perceber a existência de diversos limites e dificuldades relacionados ao desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro. Alguns desses relacionam-se a persistência de problemas

anteriores a implantação da estratégia, outros parecem se relacionar ao modo como a estratégia vem sendo implantada no Município.

Alguns limites identificados nesta pesquisa, relacionados à implementação e expansão da Estratégia de Saúde da Família, foram identificados em um trabalho anterior que tinha como foco as práticas de integralidade na gestão do cuidado em Saúde no PSF (GOMES & PINHEIRO, 2005). As autoras desse trabalho mencionam as dificuldades relacionadas ao processo de expansão e consolidação da Estratégia em grandes centros urbanos, como é o caso do Município do Rio de Janeiro, visto a complexidade dos contextos históricos, sociais, políticos e econômicos que envolvem as famílias residentes nesses territórios.

Essa dificuldade é presente ao analisar o quantitativo de Unidades de Saúde da Família no Rio de Janeiro. Atualmente, como já mencionado, a cidade do Rio de Janeiro possui uma cobertura de PSF inferior a 15 % (RIO DE JANEIRO, 1999). A maioria das unidades visitadas, com exceção de uma, encontra-se em áreas pobres conhecidas como favelas, o que pode levar a duas formas de interpretação do método de implantação adotado pelos gestores: o PSF no Rio de Janeiro pode ser compreendido como um programa popular, como muitos outros existentes na cidade, tais como restaurantes e farmácias populares, destinados a pessoas menos favorecidas sócio e economicamente ou; o PSF no Rio de Janeiro foi implantado baseado no princípio da equidade do Sistema Único de Saúde, sendo assim, prioriza as localidades e as pessoas menos privilegiadas sócio-economicamente.

Gomes & Pinheiro (2005) refletem sobre as possibilidades de interpretação do atraso do desenvolvimento da Estratégia de Saúde da Família no Brasil, apontando para inúmeros fatores, tais como: financiamento, organização dos serviços, decisão política e a enorme densidade demográfica no país, dentre outros.

Os grandes centros urbanos apresentam locais de grandes densidades demográficas conhecidos como favelas. Esses locais, para muitos ainda representam fontes de doenças, reduto de pessoas ociosas, local de marginalização e promiscuidade. Entretanto, nesse mesmo trabalho as autoras ressaltam o equívoco na associação entre marginalidade e favelas, ressaltando que o cerne do crime, não se distancia do mundo empresarial e das classes sociais mais favorecidas sócio-economicamente (GOMES & PINHEIRO, 2005). Entretanto, a violência associada ao narcotráfico nas favelas continua a ser uma das responsáveis pelo pouco desenvolvimento da estratégia no Rio de Janeiro.

Durante a permanência nas unidades de Saúde da Família era comum presenciar conversas relacionadas à violência. Como a maioria das unidades estudadas está localizada em áreas consideradas bastante violentas da cidade, escutava-se em vários momentos,

conversas entre as equipes sobre esse assunto. A violência era citada como um assunto comum no cotidiano dos locais, e muitas vezes, no período do estudo, dificultou diretamente o desenvolvimento das práticas de saúde. Muitas unidades foram fechadas por um período, em consequência dos conflitos entre policiais e forças do narcotráfico, como pode ser observado no trecho do diário de campo a seguir:

A questão do PSF na CAP [...] apresenta-se bastante complicada. Hoje mais uma vez não pude ir à comunidade visitar a Unidade de PSF, por questões relacionadas diretamente a violência do Narcotráfico com a força do Estado. Como já estava no GAT (Grupo de Apoio Técnico), encontrei o enfermeiro (a) da unidade que eu iria visitar. O mesmo (a) apresentava-se bastante ansioso (a) e preocupado com parte da equipe que se encontrava na Unidade de Saúde da Família [...] Observação 25/01/2007.

Contudo, no decorrer das entrevistas, os enfermeiros mencionaram pouco sobre a violência como fator impeditivo e de interferência na realização de práticas de saúde. Atentando para essa contradição é possível estabelecer duas percepções em relação à privação da violência nas falas: a primeira relacionada à banalização do crime por parte dos profissionais. Visto que os enfermeiros convivem boa parte do seu dia nas unidades e áreas adscritas, por terem uma carga horária de trabalho de quarenta horas semanais, e por morarem em uma das cidades considerada ultimamente a mais violenta do país, de acordo com os noticiários, acabaram criando mecanismos de defesa, por dependerem do trabalho e da cidade para sobreviverem.

A outra percepção estaria relacionada ao que Bourdieu (1988) chama de violência simbólica estabelecida nos *campos*. Sendo assim, a presença do gravador no decorrer das entrevistas pode ter ocasionado o ocultamento da violência nas falas dos entrevistados, relacionado ao medo de serem punidos pelos comandos do narcotráfico, tanto que os poucos que comentaram, o fizeram em códigos, ou em frases incompletas.

“Eu sempre planejo para fazer umas cinco visitas, mas não tem como, eu faço duas ou três, porque tem ainda a questão da violência, que nem esses dias eu tinha subido começou o tiroteio aqui em baixo e eu tive que descer... [silêncio], aí tem muito também [...]” Ent. 02.

As observações em campo de prática complementam essa última percepção. Poucas vezes os enfermeiros mencionaram à pesquisadora, durante a permanência no campo para a observação, assuntos relativos diretamente a violência (e o profissional). Com isso, através do não dito, ou poucas vezes o dito, como é o caso do fragmento do diário de campo abaixo, percebe-se que a violência atribui aos profissionais do PSF o sentido de medo e ameaça.



[...] durante a minha conversa com o enfermeiro (a) pude perceber a dificuldade que vivencia o profissional do PSF na Cidade do Rio de Janeiro. Percebi que é comum o profissional vivenciar situações difíceis e de medo nesses locais. Durante uma conversa o enfermeiro (a) afirma que algumas atitudes são tomadas com medo de serem questionados ou ameaçados pelo movimento do tráfico. Neste dia, o mesmo (a) falou que fica com medo de não atender alguém tão bem quanto gostaria, por conta das inúmeras atribuições e ser com isto ameaçado (a) [...] Observação 15/12/2006

No entanto, percebe-se que apesar de todo o contexto de violência, o enfermeiro é um profissional bastante presente no cotidiano das Unidades de Saúde da Família.

Outro aspecto observado refere-se à precarização do trabalho no PSF. Algumas equipes viviam esse drama bastante comum na rede de atenção à saúde do Rio de Janeiro, a precarização das condições de trabalho e a ausência de profissionais, principalmente a do médico. Foi possível identificar algumas equipes funcionando sem o profissional médico o que acarretava dificuldade no desenvolvimento das práticas de saúde dos enfermeiros e incoerência das mesmas de acordo com as atribuições desse profissional descritas na Portaria 648 (BRASIL, 2006b) e no Código da Profissão de Enfermagem (COFEN, 1988).

Notou-se que nesses locais, o enfermeiro, algumas vezes, desempenhava atribuições que não competem a sua profissão, principalmente pela ausência do médico e o desejo de solucionar as necessidades de saúde dos pacientes, o que gera conflitos entre os profissionais, desgaste para a equipe e compromete a qualidade das ações desenvolvidas junto à comunidade.

E uma vez por mês participa sempre um enfermeiro, uma agente comunitário de saúde, um auxiliar de enfermagem, e agora no momento o médico não participa porque nós estamos só com uma médica na unidade, mas quando está as duas médicas sempre uma médica participa. Ent.18

Então eu faço um somatório de todos os agentes e coloco o que eu tenho, mil hipertensos vamos supor, então em cima desse mil eu tenho que dividir isso tudo porque minha equipe, eu sou sozinha, eu não tenho médico, eu faço tudo, então, se eu começar a absorver tudo eu vou ficar... eu não vou dar conta..., e vai ficar uma porcaria, então a gente tenta dissolver atendendo as prioridades [...] Ent. 09

Outras vezes, foi possível identificar durante as visitas em campo, a precarização do vínculo de trabalho dos profissionais do PSF. Alguns enfermeiros contratados por meio de terceirizações, em conversas informais com outros da equipe, relatavam a irregularidade no pagamento dos salários.

Quanto às estruturas das unidades de saúde, percebe-se que algumas delas funcionam em locais improvisados, muitas vezes, apertados e não adequados ao desenvolvimento de práticas de saúde, principalmente as de caráter coletivo. Essas unidades visitadas, não apresentam locais para reuniões da equipe, para as atividades em grupo, e para refeições dos profissionais.

De acordo com a Portaria 648 (Brasil, 2006b, p.03), compete ao município de acordo com as responsabilidades de cada esfera de gestão:

- I – Organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, de forma universal dentro do seu território [...]
- V – Garantir infra-estrutura adequada ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, e insumos insuficientes para o conjunto de ações propostas. (BRASIL, 2006b, p.03)

Entretanto, parece que a própria portaria não estimula a viabilização das ações coletivas. Define como infra-estrutura básica para funcionamento da estratégia, minimamente três consultórios, sendo um médico, um do enfermeiro, e um odontológico, uma área ou sala para recepção, uma sala de procedimentos básicos de enfermagem, uma sala de vacinas e sanitários (BRASIL, 2006b), não citando na estrutura mínima espaço para as práticas de saúde coletivas e reuniões da equipe e usuários para planejamento e avaliação das ações.

Sendo assim, pode-se dizer que algumas estruturas das unidades do PSF no Rio de Janeiro parecem privilegiar as práticas individuais. Entretanto, esse fato pode ser considerado como uma permanência de um problema antigo, devido à ineficiente implantação da rede de atenção básica, e / ou uma limitação das bases legais que sustentam a estratégia.

Outra forma de interpretação desses dados estaria voltada ao estímulo de desenvolvimento de práticas que extrapolem o espaço físico das unidades de saúde. De acordo com a mesma portaria, o(s) desenvolvimento(s) das ações do PSF não devem restringir-se ao espaço físico das Unidades de Saúde. Os profissionais devem buscar articulações dentro da comunidade para desenvolver suas práticas de saúde mais integradas aos espaços das áreas adscritas.

Durante a minha visita percebi que o espaço físico limita diretamente o desenvolvimento de práticas. Nessa unidade visitada, estão implantadas três equipes de PSF em uma mesma unidade física, sem espaço para as três. Há três consultórios gerais, não há espaço para grupo, as salas são apertadas e não suporta o atendimento ao público da região adscrita. Em

contrapartida, nota-se que os enfermeiros e outros profissionais buscam outros espaços para desenvolvimentos de práticas que não o consultório e as salas fechadas, como é o caso da porta de entrada e encontros externos a unidade. Observação 11/12/2006.

A articulação dos profissionais com a comunidade e os espaços coletivos é bastante presente no desenvolvimento das ações de saúde. Durante as falas dos entrevistados notou-se a variedade de práticas, principalmente as coletivas, acontecendo fora das unidades de saúde.

“O grupo de adolescente, no meu caso ele ocorria no centro comunitário né, mas existia grupo dentro do módulo, mas era só por uma questão de espaço, por que lá eles estavam melhores acomodados do que aqui, por que a sala é pequena.” Ent. 04

“Não falo nem do espaço físico porque aqui na comunidade a gente tem a igreja, tem uma igreja que cede o local dá para negociar, aqui na (nome do local) né, que faz parte da nossa área, também tem um espaço bom com televisão, vídeo a gente não tem tempo.” Ent. 01

De acordo com as falas e as observações, percebeu-se que o espaço físico inadequado estimula os profissionais a uma maior integração com as organizações sociais da comunidade, como associações de moradores, escolas, dentre outros. Entretanto, para o desenvolvimento de algumas atividades é importante a existência de um espaço neutro, como para o debate sobre drogas.

Quanto à forma de trabalho das equipes do PSF nas unidades estudadas notou-se grandes contradições. A maior parte do atendimento focava-se no indivíduo e na doença, o que vai contra as diretrizes da estratégia e a fala dos entrevistados que ressalta o PSF como uma estratégia para reorientação do modelo de atenção e das práticas de saúde objetivando romper com a hegemonia médica, centralizada em procedimentos técnicos e curativos na visão biologicista do processo saúde-doença.

O dia-a-dia dos enfermeiros nas unidades, em sua maioria, dividia-se em turnos de consulta, porta de entrada, também denominada de acolhimento, um turno para visita domiciliar, um turno para atividade educativa em grupo e um turno para reuniões de equipe. As unidades que não encontravam-se divididas dessa forma pareciam conseguir desenvolver melhor suas práticas de saúde. Esse fato foi observado a partir da identificação dos sentidos e práticas de saúde dos enfermeiros nas unidades estudadas associadas ao modo de trabalho adotado.

Nos locais onde o processo de trabalho não era fechado em turnos fixos, os enfermeiros construía suas práticas voltadas para as ações coletivas em espaços comunitários parecendo atender mais diretamente as necessidades de saúde da população.

É meu trabalho é mais voltado para essas ações de promoção e prevenção do que praticamente do usuário da assistência de atendimento clínico, eu tenho, minha carga horária semanal, eu tenho dois turnos fixos para atendimento assistencial e o restante que eu chamo de promoção de saúde, e aí eu posso estar fazendo visita domiciliar, eu posso estar fazendo grupo, eu posso estar fazendo algum, qualquer outro tipo de atividade reunião com associação de moradores, reunião com algum morador, visita á creche que a gente tem aqui na comunidade, visita de alguma instituição que venha ver alguma coisa aqui e a gente possa estar indo junto na comunidade, então eu deixo este espaço mais aberto na questão da promoção da saúde, e os outros dois turnos mais fechados para os outros atendimentos, dentro do consultório mesmo. Ent. 11

Contraopondo-se, à maioria das unidades, em algumas unidades, grande parte da semana era destinada aos períodos de consultas individuais no módulo de PSF, organizadas a partir da lógica dos programas verticais do Ministério da Saúde, tais como Hipertensão Arterial, Diabetes, Pré-natal dentre outros, e não a partir da divisão de grupos como idoso, mulher, criança, e nem pela lógica do atendimento a família.

“Aqui a gente trabalha muito com os programas né, tem o consultório que eu atendo hiperstensos, diabéticos, faço pré-natal, puericultura, preventivo e [...] só. Hanseníase e tuberculose a gente não tem nenhum caso que a gente atenda aqui.” Ent. 01

Como mencionado, a maioria dos atendimentos refere-se ao individual focado na doença nas unidades de saúde. Apenas um turno da semana é destinado à atividade coletiva, e um turno à realização de visitas domiciliares. “[...] como eu te falei eu tenho vontade de fazer um grupo com adolescente que dá para abordar uma série de coisas só que o nosso esquema de trabalho aqui é todo esquematizado na semana. Na verdade nem eu, nem qualquer outra enfermeiro aqui, não tem dia para fazer um grupo, a gente não tem dia para fazer uma ação educativa, sabe, não tem, não tem, no nosso horário não tem. A gente fica basicamente aqui com o consultório e com a porta de entrada, não dá nem para dizer que a gente fica preso com VD( visita domiciliar) porque é uma forma de fazer ação educativa, mas só tem um turno na semana, é muito pouco, entendeu? Então a gente fica preso basicamente a porta de entrada e consultório, a gente não tem horário. Ent. 01

Sendo assim, nota-se que por mais que o PSF tenha sido apresentado pelo Ministério da Saúde como uma estratégia de reorientação das práticas voltadas para o atendimento coletivo no ambiente comunitário, o seu modo de fazer, em alguns locais, parece continuar baseado em planejamentos e práticas convencionais direcionadas pelo modelo biomédico centrado na doença e no indivíduo.

É comum perceber nas falas dos profissionais a inquietude e a vontade de realizar novas práticas de saúde. Porém nota-se na fala do entrevistado acima, que representa uma fala comum em alguns locais da pesquisa, que os enfermeiros sentem-se presos a um modo de

trabalho com planejamento rígido e pouco flexível, centrado em procedimentos técnicos e normatizações de programas de saúde.

Observa-se na mesma entrevista que o enfermeiro menciona várias vezes a expressão “não tem” atribuindo a falta de tempo no planejamento para realização de determinadas atividades que fujam das consultas individuais, porta de entrada e visita domiciliar.

Para Merhy (2005), a produção dos atos de cuidado em saúde, como é o caso das práticas de saúde na Estratégia de Saúde da Família, deveria expressar o modo vivo e exclusivo do trabalho em ato, marcado pela total possibilidade do trabalhador agir no ato produtivo com máxima liberdade e responsabilidade.

O trabalho em ato vivo, que proporciona o agir em saúde, consiste no equilíbrio das tecnologias presentes nos serviços de saúde, valorizando os processos produtivos, as relações inter-humanas e a intersubjetividade.

Para Merhy (2005), o conceito de tecnologias não se traduz somente no uso de equipamentos e máquinas, amplia-se para os processos produtivos intersubjetivos, como as dimensões dos relacionamentos interpessoais, os saberes científicos e populares, do cotidiano de vida das pessoas, dentre outros. Sendo assim, o ato de cuidado, o agir em saúde, deve pautar-se no equilíbrio entre essas tecnologias privilegiando os espaços de escuta e acolhimento.

Entende-se que há necessidade, por parte da equipe, de planejar as ações englobando diferentes programas de saúde, visto que o próprio Ministério da Saúde solicita indicadores baseados em doença, como hipertensão arterial e diabetes, e DST/AIDS dentre outros, em bases de dados do PSF do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Entretanto, faz-se necessário pensar os planejamentos e os processos de trabalho de forma mais abrangente e flexível, que inclua os indicadores de doença e saúde presentes no SIAB e proporcione o agir em saúde, baseado na clínica nas necessidades de saúde da população atendida, como pode ser observado na fala a seguir:

Tá olha só, a gente faz um cronograma, tenta fazer uma programação anual que nem sempre é seguida assim a risca né, de acordo com a análise diária a gente vai vendo as coisas que a gente acha, os pontos que a gente observou maior necessidade de estar fazendo uma programação e de acordo com que as agentes estão passando da comunidade ou de acordo com que comunidade está sentindo durante as consultas né, durante as VDs... que a comunidade está precisando. Então a gente se organiza através das reuniões de equipe e vai traçando esses papéis né, em todas as áreas, hipertensão, diabetes, contracepção, DST, exames, planejamento familiar e todas as áreas[...].Ent. 06

O processo de trabalho rígido e fomentador de práticas de saúde pouco reflexivas acaba estimulando formas insuficientes de interpretação da busca dos usuários pelos atendimentos nas unidades de saúde. Este estudo mostra uma possível dificuldade por parte dos profissionais e gestores de compreender essa parcela da população. A maioria dos enfermeiros questionava a grande demanda, e as filas de espera por atendimentos em algumas unidades.

O PSF trabalha com agendamento, consultas prévias, que os agentes vão identificam, a necessidade daquela pessoa tá fazendo a consulta traz e a gente agenda, mas eu hoje lá, a gente tem muita livre demanda, ah! hoje minha filha hoje acordou com febre, tá com dor de garganta, é escabiose, que aparece muita escabiose e fica um, dois, três, quatro dias às vezes, essa mancha de escabiose vai ficando infectada, já evoluiu muito né, e a mãe, por algum motivo não trouxe[...] então a demanda é grande, porque ali você vai ter, o usuário que não foi trabalhar, que diz que tá com dor de cabeça, tá com dor de barriga, e as vezes no final você vai ver que ele quer um atestado médico que ele quer entendeu, isso acontece muito, essa questão do atestado médico né, acontece muito a questão da escabiose[...]Ent. 07

Notou-se também, a tentativa por parte dos profissionais em “controlarem” a demanda criando um quantitativo de números distribuídos na “porta de entrada” também denominada de “acolhimento”.

Aqui tem uma demanda espontânea que é um absurdo, hoje está compactada, porque se impôs, entre aspas, o número de encaixe, não existe PSF com encaixe..., você vê..., chega meio dia tem gente sentada aqui fora para ser atendida uma hora da tarde, entendeu, então tem uma coisa assim [...] Ent 03

É aí acontece de forma diferente, a gente... as pessoas vem aqui... livre demanda agora tem um número de encaixe , que o GAT não gostava que falava, mas agora tem um número limitado que as médicas colocaram, isso melhorou um pouco, pois quando eu entrei aqui, quem chegasse era atendido, então tinha vinte e cinco, trinta, trinta e poucas pessoas por turno para serem atendidas no acolhimento, agora está um pouco mais organizado, mas ainda sim, acho que não é feita de uma maneira correta [...] Ent. 01

Nota-se nessas falas uma grande dificuldade por parte dos profissionais em entenderem e trabalharem com as buscas dos usuários pelos atendimentos nas unidades de saúde. Alguns enfermeiros compreendem que os usuários procuram as unidades de saúde da família, mesmo em situações de emergência, na certeza de que serão atendidos.

[...] e assim, às vezes eles até identificam como uma emergência, então a gente tem que tá [...] informando a eles pra tá vendo uma emergência, se eles tiverem algum problema eles tem que procurar a emergência porque descaracteriza o trabalho do PSF né, mas aí muitas vezes ah eu fui no XX (nome da unidade de atendimento de emergência no local) não fui atendida, ah eu fui no [...], isso a gente sabe que acontece[...] Ent. 07

Outros enfermeiros se adequam a modelos de atendimento voltados para demandas, centrados em uma conduta ou decisão médica excludente, sendo assim, não universal, privilegiando a redução do número de pessoas atendidas, mesmo reconhecendo que isso não deveria ser feito.

Sendo assim, com essas denominações e condutas parece ser possível dizer que o “encaixe” na localidade estudada infringe o princípio do SUS da Universalidade, visto que só quem conseguia o número tinha direito a entrada na Unidade de Saúde e, o acolhimento parecia ser apropriado como uma ferramenta utilizada em um único local específico da unidade, e não como um atributo das diversas práticas de saúde presentes.

Entretanto, foi possível identificar nas falas, enfermeiros que, mesmo imersos em unidades de saúde organizadas nessa lógica, compreendem de forma diferenciada as necessidades do usuário que busca a porta de entrada.

O acolhimento, na verdade ele não funciona muito como um acolhimento, na verdade ele funciona como se fosse um encaixe, aqui nessa unidade né,[...] mas quando sou eu que estou no acolhimento, eu atendo todo mundo que chega ali, porque eu [...] é [...] eu penso que não deve ser tratado por número, porque a idéia do acolhimento não é que todo mundo que chegue ali vai precisar de uma consulta médica , e estar ali e ver o que a pessoa veio a unidade na verdade buscar o que, qual é o problema, a gente funciona assim. Ent. 02

A demanda e a relação profissional usuário tem sido objeto de diferentes estudos (PINHEIRO, 2001; CAMARGO JR., 1997; COHN *et al.*, 1991).

Pinheiro (2001) cita duas questões relacionadas a atores envolvidos com a demanda em unidades de saúde, identificados em sua pesquisa: a natureza das causas dos problemas de saúde referidos pela população que procura as unidades de saúde e a forma que os profissionais e os gestores procuram resolvê-los.

Os problemas de saúde da população não devem ser compreendidos a partir da lógica de fatores biológicos, e sim desses em interseção com fatores sociais.

Para Pinheiro (2001) agir desta forma requer:

Pensar em saúde ou mesmo para fazer uma política de saúde pública, é necessário incluir nos modelos de intervenção os aspectos inerentes a outros contextos – tais como o econômico, social e cultural – pois o limite de suas ações acaba por influenciar tanto a organização das ofertas dos serviços de saúde como a construção das demandas que buscam esses serviços. (PINHEIRO, 2001, p. 79).

Parece que um dos grandes desafios dessas unidades estudadas, que se estruturam na lógica da oferta dos serviços baseados em programas de doenças, é a compreensão da diversidade das origens dos problemas de saúde, algumas vezes apresentados na forma de doenças, e / ou sinais e sintomas, e a estruturação de práticas de saúde eficazes. Acredita-se que um dos caminhos, seria pensar na intersetorialidade das ações e na formação de uma equipe de saúde composta por profissionais que extrapole o campo da medicina, enfermagem e odontologia, como é o caso de algumas unidades de saúde da família estudadas.

### **3.2 Mapeando as práticas e definindo seus significados**

As práticas de saúde dos enfermeiros voltadas para o HIV/AIDS podem ser entendidas como um conjunto de ações e atividades desenvolvidas em um determinado espaço, o PSF, expressas em linguagem e ações. Sendo assim, são marcadas por fortes influências históricas e sociais, e pelas visões de mundo de quem as produz.

Dessa forma, as práticas de saúde aqui mencionadas não podem ser consideradas únicas e universais. São descritas a partir dos significados das ações e dos discursos de enfermeiros em um determinado local, portanto, referem-se a uma das formas, (nem certa e nem errada) de se fazer a prática.

As práticas de saúde desenvolvidas pelos enfermeiros na localidade estudada, voltadas para portadores de HIV/AIDS e para a prevenção da doença são identificadas, pelos mesmos, como ações e atividades em saúde, sendo definidas como práticas pela pesquisadora.

Durante a análise das entrevistas e das observações foi possível estabelecer tipos de práticas a partir da identificação das ações e das atividades dos enfermeiros. Sendo assim, foram construídos três conjuntos de práticas, denominadas como práticas de prevenção de HIV/AIDS, práticas de promoção da saúde dos portadores de HIV/AIDS, e práticas de acompanhamento aos portadores de HIV/AIDS e familiares.



Além disso, ao identificar as práticas, procurou-se estabelecer os sentidos, ditos e não ditos, presentes nas ações, acreditando-se assim, que a compreensão dos sentidos auxiliaria no entendimento sobre as práticas. Com isso, percebeu-se a presença do sentido das práticas voltado para a doença, para a saúde e para o cuidado, conforme apresentado no quadro abaixo.

Notou-se que os sentidos das práticas de saúde identificados estão intimamente relacionados à concepção de saúde adotada pelos profissionais. Além disso, os sentidos das práticas foram mais presentes nos locais em que as mesmas estavam sendo desenvolvidas cotidianamente. Com isso, acredita-se que as práticas e os sentidos adotados auxiliam na identificação da identidade do grupo estudado no campo do PSF.

Acioli (2001; 2003) afirma que as percepções de determinados grupos em relação às suas práticas cotidianas indicam concepções e valores diferenciados, os quais estão relacionados aos contextos e redes sociais de que fazem parte. Além disso, o sentido da prática depende da identidade que o grupo assume em determinado ambiente.

Os sentidos voltados para a doença são identificados nas atividades realizadas para o enfrentamento dos problemas de saúde ou com as experiências com o adoecimento. (ACIOLI, 2003)

Sendo assim, em uma pesquisa que tem como foco as práticas desenvolvidas por enfermeiros voltadas para o HIV/AIDS, é esperado que a maior parte dos sentidos esteja atrelado à doença.

Sendo assim, nesse grupo de sentidos encontram-se todas as práticas de prevenção de HIV/AIDS e algumas práticas de acompanhamento, conforme apresentado no quadro.

Os sentidos voltados para a saúde estão presentes nas práticas de promoção da saúde e em uma atividade encontrada nas práticas de acompanhamento, o encontro com familiares e portadores de HIV/AIDS. Esse sentido relaciona-se as atividades desenvolvidas, ou estimuladas pelos enfermeiros, que tem como resultado a contribuição na melhoria da qualidade de vida das pessoas envolvidas. Sendo assim, incluem atividades que tradicionalmente poderiam não ser consideradas como práticas de profissionais, como é o caso do grupo de artesanato.

O cuidado surge associado a todas as práticas de saúde, com exceção da distribuição de preservativo quando feito mecanicamente. Notou-se nas práticas que o cuidado é desenvolvido pela articulação dos saberes técnicos associados a valores e referências intersubjetivas. Sendo assim, são bastantes presentes nas práticas de acompanhamento como os encontros voltados para a escuta e para a conversa.

O cuidado em enfermagem consiste em esforços transpessoais de ser humano para ser humano, visando proteger, promover, e preservar a humanidade, ajudando as pessoas a encontrarem significados na doença, no sofrimento e na dor, bem como na existência (WALDOW, 1995).

<b>Tipo de Práticas</b>	<b>Ações e Atividades</b>	<b>Sentidos Percebidos</b>
<b>Prevenção do HIV/AIDS</b>	- Distribuição de preservativos	- Doença e Cuidado
	- Atividades educativas	- Doença
	- Aconselhamento na realização do teste anti-Hiv	- Doença e Cuidado
	- Assistência as mulheres gestantes portadoras de HIV / AIDS para prevenção da transmissão vertical e transmissão por aleitamento materno	- Doença e Cuidado
<b>Promoção da Saúde</b>	- Grupos de artesanato	- Saúde e Cuidado
	- Ações e atividades de reintegração social e resgate da cidadania	- Saúde e Cuidado
<b>Acompanhamento</b>	- Encontro com familiares e portadores de HIV/AIDS para conversa	- Saúde e Cuidado
	- Administração de medicamentos	- Doença e Cuidado
	- Atividades educativas para portadores de HIV/AIDS e / ou familiares para orientação sobre a doença.	- Doença e Cuidado
	- Acompanhamento do usuário portador de HIV/AIDS à consulta na unidade de referência para tratamento de HIV/AIDS	- Cuidado

### 3.2.1 Práticas de prevenção ao HIV/AIDS

As práticas de prevenção do HIV/AIDS foram assim denominadas por englobar um conjunto de ações e atividades relacionadas à interrupção das formas de transmissão da doença. Sendo assim, foram identificadas como práticas de prevenção as seguintes ações dos enfermeiros: Distribuição de preservativos; Atividades educativas; Aconselhamento na realização do teste anti-Hiv; Assistência as mulheres gestantes portadoras de HIV / AIDS para prevenção da transmissão vertical e transmissão por aleitamento materno.

De acordo Czeresnia (1999) as ações preventivas são definidas como intervenções dirigidas para evitar o aparecimento de doenças específicas, diminuindo a sua incidência e prevalência na população. O discurso de prevenção baseia - se em modernos conhecimentos epidemiológicos. Destina - se a controlar a transmissão de doenças infecciosas e reduzir o risco de doenças degenerativas ou outras doenças específicas.

A distribuição de preservativos foi uma das ações mais relatadas pelos enfermeiros, como pode ser observado nas falas a seguir:

[...] então o grupo de saúde da mulher é um grupo que a gente aborda muito isso, porque as mulheres também trazem muito essa questão, é um grupo onde a gente distribui camisinha também, então a gente fala do uso da camisinha, aí querendo ou não emerge a questão do DST, principalmente da AIDS, então nesse espaço a gente fala muito disso, o grupo dos homens também, é mais assim. Ent. 14

O que se percebe com a análise dos dados é que a distribuição de preservativos acontece em vários locais da comunidade, associada a outras práticas dos enfermeiros, como consultas individuais e grupos de atividades educativas.

Outro ponto observado refere-se ao fato da distribuição de preservativos ser destinado a qualquer grupo ou pessoa que tenha interesse, mesmo não sendo cadastrado no PSF. Sendo assim, a prática acaba alcançando pessoas ou grupos de difícil acesso, como profissionais do sexo, travesti e meninos que trabalham no narcotráfico.

Muito travesti vem buscar camisinha, HIV positivo, a gente tem aqui por mês trinta camisinhas, e a gente distribui com o cartãozinho, então tem muito isso também, e está sempre orientando, tudo que a gente faz a gente orienta [...] Esses travestis, todo mundo que vem homem ou mulher, sem ser HIV positivo, sem ter nenhuma doença de contato

transmissível eles podem receber esse cartãozinho não precisa ser da área, não precisa ser uma pessoa cadastrada no programa uma pessoa cadastrada no programa. Ent. 17

Então, eles já conhecem a gente de estar indo, de estar vindo, a gente chega lá bate um papo muito breve mesmo com eles, para a gente não ficar parado lá em uma situação de risco, e faz a distribuição da camisinha, que alguns deles vem, aí como a gente já conversou, eles estão mais ou menos orientados, então um vem já e leva a camisinha para os outros, e esse é orientado aqui para estar explicando essa questão do HIV/AIDS. Ent. 12

Notou-se que o preservativo tem sido utilizado pelos enfermeiros como uma estratégia para atrair esses e outros grupos populacionais. Entretanto, em algumas unidades de saúde, a sua distribuição ocorre de forma mecânica em locais não muito apropriados.

“[...] às vezes quando vem por livre demanda de buscar preservativo, a gente libera o preservativo e incentiva e aborda um pouquinho também, mas é uma coisa muito rápida, muito superficial, é feita no corredor, individual.” Ent. 01

As práticas educativas identificadas compreendem um conjunto de ações desenvolvidas na unidade de saúde e na comunidade. São realizadas associadas a outras práticas como a consulta de enfermagem ou a grupos educativos, principalmente relacionados às mulheres, e isoladamente, em atividades coletivas na comunidade denominadas pelos enfermeiros como ações educativas, geralmente feitas em época de carnaval.

Está se aproximando o carnaval e a CAP ofereceu para a gente as camisinhas para a gente está distribuindo em toda comunidade, então a gente vai estar fazendo a caminhada, todo módulo vai estar fazendo essa caminhada, vamos montar um polígono para estar conversando, orientando, distribuindo folhetos, e as camisinhas para a gente ter um carnaval, tentar ter um carnaval tranquilo. En. 12

O aconselhamento ao teste anti-HIV é uma prática preconizada pelo Ministério da Saúde que objetiva a melhoria da qualidade do diagnóstico e da atenção à saúde de forma descentralizada. Sendo assim, deve ser compreendida “como um diálogo baseado na relação de confiança que visa proporcionar à pessoa condições para que avalie os seus próprios riscos, tome decisões e encontre maneiras de enfrentar seus problemas relacionados às DST/HIV/AIDS” (BRASIL, 2007, p.9).

Segundo o Ministério da Saúde, o diálogo deve ser estabelecido respeitando os seguintes pontos: a informação sobre a necessidade do teste; o conhecimento da pessoa relacionado ao teste e a doença; e as possíveis reações do indivíduo a um teste positivo ou negativo (BRASIL, 2007).

O aconselhamento ao teste anti-HIV é bastante presente nas falas dos entrevistados, sendo citado em todas as entrevistas como uma das ações desenvolvidas por enfermeiros no PSF. Alguns enfermeiros descrevem a prática de forma mais superficial, outros de forma mais detalhada respeitando alguns passos preconizados pelo Ministério da Saúde, como pode ser observado na fala a seguir:

Eu faço a primeira consulta, e aí a gente faz, conversando um pouquinho, sobre as mudanças da gravidez, o que acontece o que não acontece, em determinado momento a gente chega na questão dos exames[...] Explico como funciona a questão do exame anti-HIV, que se por algum acaso, por ventura vier um exame positivo não significa que ela está doente, ou que ela está contaminada, que ela precisa de uma segunda amostra para estar confirmando isso, e mostro para ela o pedido do exame, lá tem a parte que ela assina, né? Aí ela vai e assina, às vezes, até falo: olha se não quiser assinar, se quiser levar para casa, quiser ler pensar direitinho no que está escrito aqui, no que eu te falei, você leva e assina em casa, mas o importante é que você assine que você está fazendo o exame, aí algumas delas levam para casa e fazem o exame, na realidade não é só o anti-HIV que eu ofereço, eu ofereço todos eles, e aí a pessoa depois da conversa que a gente tem ela decide se vai fazer ou não. Ent. 11

Durante as visitas nas Unidades de PSF, notou-se que a superficialidade na descrição da ação nas falas é comum nas Unidades em que o aconselhamento ao teste anti-HIV é realizado de forma técnica e menos reflexiva. Ao observar a prática nesses locais, nota-se que o aconselhamento não é desenvolvido de forma integral. Há pouco espaço para conversa, e não se discute as possibilidades do resultado. Parece que a dificuldade de realizar o aconselhamento relaciona-se a alguns entraves e limitações: pouco tempo para realização da consulta em meio a tantos papéis e partes burocráticas a serem preenchidas, planejamento ineficaz para desenvolvimento das práticas, e falta de manejo, por parte dos profissionais, relacionado as questões de DST/AIDS.

Ao analisar esses fatores, pode-se perceber que na maioria das unidades, o espaço físico limita o desenvolvimento de práticas mais eficazes. As consultas foram interrompidas por outros profissionais que desejavam pegar insumos e materiais guardados dentro da sala, e / ou o próprio enfermeiro ausentava-se para providenciá-los. Em conversas informais, os enfermeiros mencionaram a vulnerabilidade de algumas pessoas com HIV/AIDS atendidas e a falta de preparo dos mesmos sobre a possibilidade de receberem um resultado de HIV positivo, entretanto, essas questões não foram privilegiadas durante a consulta.

A prática de assistência a mulheres portadoras de HIV/AIDS a fim de reduzir a transmissão vertical foi pouco verbalizada durante as entrevistas. Os enfermeiros que comentaram o assunto o fizeram no sentido de indicar como lidariam com a identificação de

uma gestante HIV positiva. Outros comentaram que as gestantes HIV positivas são tratadas e acompanhadas pelas unidades de referência.

Ao analisar as práticas preventivas, notou-se que por mais que a ciência tenha avançado em alguns conceitos em torno da prevenção do HIV/AIDS como a questão relacionada à vulnerabilidade, algumas práticas ainda continuam baseadas em grupos de riscos com abordagens voltadas para a conscientização das pessoas e para a(s) mudança(s) de comportamentos.

Desta forma as práticas preventivas adotam uma postura de culpabilização do indivíduo pelo seu processo saúde doença, tornando-o como o único responsável pela sua saúde e pelo seu adoecimento.

A prevenção de HIV/AIDS tem sido debatida nos programas de controle da AIDS, nos serviços de saúde e nas academias. Segundo Ayres (2002), ao longo de um pouco mais de 20 anos de epidemia, alguns pontos em relação a práticas educativas voltadas para o HIV necessitam ser ressaltados, tais como, o enfoque em práticas educativas pautadas em terrorismo, como AIDS ainda não tem cura; a utilização apenas de conceitos epidemiológicos de risco para trabalhar a prevenção da doença; e a aceitação do limite da prática educativa quando realizada isoladamente de outras ações. É preciso pensar as questões da subjetividade e os aspectos que envolvem a vulnerabilidade ao HIV/AIDS (AYRES, 2002).

### 3.2.2 Práticas de Promoção da Saúde dos portadores de HIV/AIDS

A promoção da saúde representa uma estratégia promissora para o enfrentamento dos múltiplos problemas de saúde que afetam as populações. Parte de uma concepção ampla do processo saúde doença, e de seus determinantes, propõe à articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para seu enfrentamento e resolução (BUSS, 2000)

As práticas de promoção da saúde dos portadores de HIV/AIDS são entendidas como atividades voltadas para a busca da qualidade de vida das pessoas que convivem com o vírus ou com a doença. Dentre as ações identificadas nas entrevistas, as que foram vistas como práticas de promoção da saúde foram: grupo de artesanato e ações e atividades de reintegração social.

A principal característica dessas ações é que nenhuma das duas é exclusiva para portadores de HIV/AIDS. É aberta à participação de qualquer morador da comunidade. Outra importante característica é que os participantes não são identificados por suas patologias, nem pelos ciclos de vida, e sim por pessoas da comunidade que apresentam objetivos comuns.

A prática de artesanato compreende um grupo de pessoas que compartilha um determinado tempo de sua semana para a produção simbólica de peças de artesanato. De acordo com a fala dos enfermeiros, essa atividade iniciou-se como um grupo de escuta, em que as pessoas se encontravam para conversar, e ao longo do tempo se transformou na oficina de artesanato.

[...] primeiro começou como um grupo de escuta, que era somente para escuta, para a gente falar, falar, e as pessoas também falarem, os problemas em geral e depois passou para atividade com fuxico, depois passou para atividade com pinturas, até naquela sala tem umas peças feitas por esse grupo, e a gente chama pessoas de toda comunidade, então no grupo tem uma pessoa que tem deficiência mental, tem senhoras da comunidade que simplesmente querem fazer alguma coisa, são até quem tem mais jeito para fazer acabam sendo as professoras do curso, ensinando [...] então assim é um grupo que encanta todo mundo. Ent. 10

De acordo com uma fala na mesma entrevista, o grupo não tem uma grande produtividade financeira, mas já resulta em diferenças no modo de viver a vida das pessoas da comunidade.

Sendo assim, analisando essa prática pode-se perceber que a mesma funciona como uma rede de apoio social, em que as pessoas se ajudam, e encontram forças no sofrimento e na alegria do outro para continuarem vivendo.

Para Andrade e Vastman (2002);

O apoio social que as redes proporcionam remete ao dispositivo de ajuda mútua, potencializado quando uma rede social é forte e integrada. Quando nos referimos ao apoio social fornecido pelas redes, ressaltamos os aspectos positivos das relações sociais, como o compartilhar informações, o auxílio em momentos de crise e a presença em eventos sociais. (ANDRADE & VASTMAN, 2002, p.12).

A formação de redes de apoio social tem se tornado bastante comum no enfrentamento das questões relacionadas ao HIV/AIDS. O que parece diferenciar o grupo de artesanato das demais redes é que ele não é exclusivo para portadores de HIV/AIDS, mas é indicado pelos

enfermeiros do local como uma prática promissora no enfrentamento das questões relacionadas aos HIV/AIDS.

O que eu vejo, assim, é [...]. até por ter um número, um quantitativo de pessoas com HIV na comunidade fica complicado a gente fazer ações mais voltadas para um grupo, até que eu acredito que mesmo que tivesse uma quantidade maior não seria tão interessante ter um grupo como acontece em outros lugares, um grupo de apoio emocional para pacientes com HIV/AIDS, fica muito rotulado, eu acho que mais interessante das ações para HIV/AIDS é estar incluindo essas pessoas nas outras atividades que já existem, se for hipertenso, ir para o grupo de hipertensos, estar incluindo elas nas atividades do módulo, seja levando filho para acompanhamento, seja indo no grupo de artesanato, seja fazendo qualquer outra atividade que todos os moradores fazem. Ent. 10

Ao analisar essa prática, observou-se a potencialidade transformadora dessa ação. Entretanto, poucas são as práticas de saúde desenvolvidas no PSF que apresentam esse perfil. Nas falas de outros entrevistados, foi possível identificar a realização de práticas semelhantes, denominadas como grupo da escuta e caminhada. Porém ao serem questionados sobre as possibilidades de práticas relacionadas ao HIV/AIDS esses enfermeiros não as informaram.

Acioli (2007) relata que o reconhecimento das redes sociais poderia ser utilizado como um agente facilitador na compreensão dos processos de mobilização, de formação das redes, como também dos "caminhos" percorridos pela informação nesses movimentos.

Sendo assim, as redes se configuram como uma excelente estratégia para as pessoas e determinados grupos, como é o caso dos portadores de HIV/AIDS, para o enfrentamento dos processos de adoecimento ao longo da vida.

As ações de reintegração social foram abordadas durante a fala de uma entrevista, porém não foi descrita no decorrer da mesma. Entretanto por estar relacionada aos aspectos relativos à cidadania e inclusão social foi incluída nesse grupo de prática.

### 3.2.3 Práticas de acompanhamento aos portadores de HIV/AIDS e familiares

As práticas de acompanhamento relacionam-se a um conjunto de ações e atividades voltadas para as pessoas que convivem com o HIV/AIDS na comunidade. Entendem-se como pessoas que convivem com o HIV/AIDS todas as que de alguma forma tiveram sua vida



afetada pela presença do vírus HIV, sendo assim, incluem-se os portadores de HIV, os que vivem com a doença e todos os familiares e pessoas próximas aos portadores.

As práticas de acompanhamento compreendem diversas formas de contato do profissional enfermeiro com o usuário portador de HIV/AIDS e/ou os familiares. Sendo assim, encontram-se nesse grupo de práticas as atividades denominadas em: Encontro com familiares e portadores de HIV/AIDS para conversa; Administração de medicamentos; Atividades educativas para portadores de HIV/AIDS e / ou familiares para orientação sobre a doença; e Acompanhamento do usuário portador de HIV/AIDS à consulta na unidade de referência para tratamento de HIV/AIDS.

O Ministério da Saúde estabelece que o PSF desenvolva um conjunto de práticas voltadas para a promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, o tratamento de algumas doenças, e o acompanhamento de todas as pessoas das áreas adscritas. Todas essas práticas devem ser desenvolvidas de forma integrada e articuladas a rede de serviços de saúde (BRASIL, 2001b).

As práticas de acompanhamento foram todas identificadas a partir das falas dos enfermeiros, não sendo observada nenhuma prática de acompanhamento durante o período de permanência da pesquisadora no PSF.

Dos enfermeiros entrevistados, cinco enfermeiros relataram não desenvolver nenhum tipo de prática voltada para portadores de HIV/AIDS. Um desses enfermeiros justificou o fato dizendo que práticas voltadas para essa temática devem ser realizadas de forma integrada a outras ações, entretanto exemplificou com práticas de prevenção.

“Por que é difícil você fazer, eu não vejo por que, é eu não consigo ver uma coisa direcionada só para o HIV/AIDS, eu acho que essas atividades devem ocorrer por grupos, por exemplo[...]”Ent. 04

Outro enfermeiro justificou a ausência de práticas voltadas para o acompanhamento de HIV/AIDS nas falas por não ter essa vivência no dia-a-dia do PSF.

“Ai Ariádina, eu estou com dificuldade de responder para você por eu não ter essa vivência. [...] Não tenho Ariádina, infelizmente não tenho.”Ent. 05

As práticas de acompanhamento ao portador de HIV/AIDS são identificadas como ações que ocorrem em diversos espaços da comunidade: nos módulos de PSF, durante as visitas domiciliares, no encontro com as pessoas na comunidade. Tem como principais características o momento de escuta, a empatia, e o vínculo dos profissionais com as pessoas que convivem com o vírus e com a doença.

O encontro com os familiares e portadores de HIV/AIDS para conversa foi uma das práticas de acompanhamento mais identificadas nas falas dos enfermeiros. Notou-se que algumas dessas ações continuam mesmo após a morte do familiar doente de AIDS.

A administração de medicamentos em portadores de HIV/AIDS parece não ser vista pelos enfermeiros apenas como um espaço de desenvolvimento de uma técnica. Assim como as atividades educativas desenvolvidas junto a essa população. Elas são percebidas como ações integradas e estratégias de ampliação de vínculo, e de auxílio no enfrentamento da doença.

“Então, quando a gente ia fazer a medicação, ela falava: nossa isso dói, mas eu gosto quando vocês vêm. Porque era o momento de estar conversando com ela [...]” Ent. 10

O acompanhamento do usuário portador de HIV/AIDS à consulta na unidade especializada para tratamento de HIV/AIDS é realizado pelo enfermeiro e/ou pelo agente comunitário de saúde. Consiste em um momento de apoio ao portador de HIV/AIDS que se encontra bastante fragilizado com a descoberta do vírus ou por identificação de alguma doença oportunista.

Eu acho que o nosso papel é realmente esse, estar viabilizando a consulta dela no especialista, no infectologista mesmo, [...] e a partir daí estar acompanhando paralelamente, por ser PSF, por ser geral, a gente não tem como estar tratando a AIDS, mas tem como estar acompanhando ela, acompanhando essa família, acompanhando ela paralelamente, porque quando a gente fala encaminhar para infectologista costumam dar um papel e tchau, a gente liga para o (unidade especializada), vê se tem vaga, pede para ser antes, quanto mais rápido possível, é todo assim, a gente tenta estar viabilizando um bom dia para a pessoa, o quanto antes melhor, e quando ela chega, às vezes, o agente já está lá esperando ela, ou o agente comunitário. No dia seguinte nós vamos lá para saber como é que foi, para ver a receita, entendeu como toma? Ent. 10

As práticas de acompanhamento ao portador de HIV/AIDS trazem o sentido do cuidado em todas as falas dos entrevistados. Cabe pensar que sentido está sendo atribuído ao cuidado de enfermagem aos portadores de HIV/AIDS e familiares.

Cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. Para Ayres (2001):

Cuidar há que se considerar e construir projetos; há que se sustentar, ao longo do tempo, uma certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente, moldados a partir de uma forma que o sujeito quer opor à dissolução, inerte e amorfa, de sua presença no mundo. Então é forçoso saber qual é o projeto de felicidade que está ali em questão, no ato assistencial, mediato ou imediato. A atitude de cuidar não pode ser apenas uma pequena e subordinada

tarefa parcelar das práticas de saúde. A atitude "cuidadora" precisa se expandir mesmo para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde. Como aparece ali, naquele encontro de sujeitos no e pelo ato de cuidar, os projetos de felicidade, de sucesso prático, de quem quer ser cuidado? Que papel temos desempenhado nós, os que queremos ser cuidadores, nas possibilidades de conceber essa felicidade, em termos de saúde? Que lugar podemos ocupar na construção desses projetos de felicidade que estamos ajudando a conceber? (AYRES, 2001, p.10)

O cuidado de enfermagem pode ser compreendido como a essência da profissão, o principal instrumento para assistir o cliente de forma integral, envolvendo seus aspectos que não somente os de doença (SILVA, 1997).

Nota-se nas entrevistas que esse cuidado não tem um momento específico, pois pode ser desenvolvido em todos os momentos de encontro do enfermeiro com o portador de HIV/AIDS, seja para realizar algum procedimento, atendendo algum chamado, esclarecendo alguma dúvida, ou simplesmente fazendo companhia.

### **3.3 Implementação das Práticas de saúde dos enfermeiros voltadas para o HIV/AIDS no PSF**

Nesta categoria encontram-se as análises referentes ao desenvolvimento das práticas de saúde, propriamente ditas, dos enfermeiros no PSF voltadas para o HIV/AIDS. Entretanto, como o PSF tem como objetivo o atendimento a saúde da comunidade, e questões referentes a especializações são encaminhadas para as unidades de referência, algumas vezes denominadas como unidades mães, o tratamento dos portadores de HIV/AIDS não é realizado nas unidades.

No entanto, espera-se que assuntos relacionados ao HIV/AIDS permeiem as práticas de saúde dos enfermeiros, de um modo geral, visto que o Programa Nacional de DST/AIDS preconiza a realização de ações em diversos espaços e níveis de atenção voltados para a prevenção da doença, o tratamento e a qualidade de vida das pessoas que convivem com o vírus e a doença de alguma forma (BRASIL, 2007).

Segundo Mattos (2001), a resposta governamental à AIDS no Brasil, ou seja, a estruturação dos princípios da política de combate a doença, apresenta-se como uma das que mais se assemelha ao princípio da integralidade do SUS, por abarcar tanto o enfoque preventivo, como a perspectiva assistencial. Suas ações devem permear de forma integral as práticas de saúde em diferentes espaços institucionais.

Acreditando nessa proposta, viu-se a necessidade de observar diferentes práticas de saúde dos enfermeiros no PSF, objetivando assim, identificar as formas como as práticas voltadas para os portadores de HIV/AIDS e para a prevenção da doença acontecem no cotidiano das unidades de saúde da família. Nesse enfoque, serão descritas as análises referentes as práticas dos enfermeiros observadas contextualizadas em alguns momentos por fragmentos das falas das entrevistas, de forma a facilitar a compreensão dos caminhos percorridos para o desenvolvimento das mesmas.

A maioria das práticas observadas foi realizada nas unidades de saúde da família, porém, ocorreram alguns agendamentos para observações de práticas coletivas realizadas em ambientes comunitários. No entanto, devido a questões referentes à violência mencionadas anteriormente, não foi possível observá-las nos dias previstos. Além disso, nota-se a pouca existência de práticas voltadas para o homem, o que foi prontamente justificado no decorrer das falas nas entrevistas, relacionando-as ao pouco preparo do profissional em realizá-las, e a pequena demanda por parte desse grupo populacional, como apresentado a seguir:

Durante a minha conversa com o enfermeiro (a) após a realização de uma atividade, o mesmo informou ter muita dificuldade de trabalhar com os homens de uma forma geral. Em se tratando de HIV/AIDS reconhece que consegue abordar com a mulher na consulta de preventivo, no pré-natal... mas com os homens tem a dificuldade. (14/12/2006)

A gente tenta com os homens, porque os homens eles acham que não, que são muito difíceis de nós conseguirmos abordar, os homens, até que a família toda vem, vem avó, vem crianças, e tal, e os homens nessa idade, os jovens, e tal, então a gente tenta fazer, mas ainda está um pouco assim, o médico da minha equipe, ele se interessou em estar à frente, e a gente conseguiu até trazê-los, mais ainda não engrenou, até porque eles trabalham, mas a gente sabe que tem homens que não trabalham assim, com horário fixo, que podiam estar, mas que ainda não aderiram muito bem [...] Ent. 14

Notou-se que a dificuldade de trabalhar com os homens as questões relacionadas ao HIV/AIDS relaciona-se a fatores comuns a outras práticas de saúde como, a dificuldade dos homens de procurar as unidades de saúde, e fatores específicos como a falta de capacitação em HIV/AIDS e o próprio preconceito dos profissionais em relação aos homens portadores de HIV/AIDS.

Não sei, dentro do que eu possa estar fazendo, porque aqui tem de repente mais coisas para estar fazendo, sei que de repente falta essa questão da capacitação, que eu ainda não fiz uma capacitação específica para o HIV ou para AIDS, DST e AIDS, mas, não sei, eu ainda não. Ent.16

Eu acho que também eu tenho uma dificuldade de enxergar além das mulheres, sabe? Enxergar os homens com HIV/AIDS, eu enxergo muito assim a mulher gestante no pré-natal, a mulher do traficante, a mulher.... Mas eu acho que a dificuldade com o Homem é uma dificuldade minha, porque eu acho que eu estou muito mais voltada para a saúde da mulher, e eu acho que é uma outra coisa que a gente tem que chamar a atenção, porque se o homem tem AIDS/HIV é porque era drogado ou traficante, deixa ele que se exploda problema é dele, acho que é isso só. Ent. 02

No final dessa frase o enfermeiro faz uma avaliação em relação a abordagem e o desenvolvimento das práticas de saúde voltadas para portadores de HIV/AIDS homens. É possível notar de forma um pouco velada a existência do preconceito em relação aos homens usuários de drogas e trabalhadores do tráfico, e ainda, a generalização de que todo homem morador de favelas seja usuário e/ou traficante. Entende-se que essa reação possa se dar como uma resposta a violência simbólica imposta pelo comando do narcotráfico a moradores e profissionais das unidades de saúde. Entretanto, faz-se necessário refletir essas questões com a equipe, visto a grande vulnerabilidade ao HIV/AIDS em que os homens estão submetidos.

De um modo geral, nas práticas observadas foi possível estabelecer alguns pontos em comum, tais como: o acolhimento do usuário e as questões éticas relacionadas à presença do pesquisador nos ambientes das práticas, com exceção da porta de entrada que será mencionado posteriormente.

Durante as práticas, os enfermeiros preocuparam-se em transformar o local em um ambiente adequado e confortável para realização das ações. Organizavam previamente o material e os insumos, climatizavam o ambiente de acordo com a vontade do cliente, quando possível, e apresentavam o pesquisador justificando a sua presença e solicitando autorização ao usuário para que o mesmo permanecesse em sala, ou entrasse na casa de quem fosse visitar.

As consultas assistidas demoraram em média quarenta minutos. Por mais que fossem divididas pela lógica dos programas verticais em pré-natal e puericultura, os enfermeiros não limitavam seu atendimento ao objetivo desses programas. As consultas eram referidas verbalmente para as usuárias, como um espaço de conversa onde elas deveriam aproveitar e tirar suas dúvidas.

Durante a consulta de puericultura, foi possível notar a preocupação com os sentimentos da mãe adolescente e o pai da criança, suas condições de saúde, além das da criança. A mãe apresentou-se de forma bastante insegura e com gestos infantis. Relatou não estar com o pai da criança, mas pareceu manter relacionamentos sexuais com o mesmo. Houve interrogações relacionadas ao método de contracepção, no entanto, o enfermeiro

pareceu dar enfoque somente as questões relacionadas a uma nova gravidez, não abordando as relacionadas à AIDS e a outras DST.

O mesmo aconteceu nas consultas de pré-natal. Os enfermeiros conversavam com as gestantes, explicavam sobre a importância do pré-natal, solicitaram ou entregaram resultados de exames anti-HIV, mas não realizaram por completo o aconselhamento ao teste anti-HIV. Pode-se observar que durante a entrega de uma sorologia, o enfermeiro só informou o resultado negativo não conversando sobre o mesmo, e durante a solicitação do exame na outra consulta, o enfermeiro explica a gestante sobre a necessidade de fazer o teste, solicita a sua autorização, mas não conversa com a gestante sobre a possibilidade do teste positivo.

Acredita-se que como o pré-natal é uma prática contínua, onde a mulher passará por diversas consultas, as questões não abordadas em princípio, podendo ser discutidas posteriormente após um maior contato e vínculo com a gestante, porém, nota-se a necessidade da avaliação contínua no decorrer da prática para que essas questões sejam percebidas.

Outra prática do enfermeiro observada foi o grupo educativo sobre planejamento familiar com adolescentes. Da mesma forma que nas atividades mencionadas anteriormente, houve a preocupação ética por parte do enfermeiro em solicitar ao grupo de adolescentes, após explicitar o motivo da presença do pesquisador, a autorização para que o mesmo permanecesse em sala durante o desenvolvimento da atividade.

A atividade aconteceu na unidade de saúde no horário da tarde, tendo como tempo de duração aproximadamente noventa minutos. No decorrer do desenvolvimento da atividade, foi possível observar alguns pontos que necessitam ser ressaltados, tais como: o planejamento da prática, metodologia adotada, envolvimento da equipe de saúde, avaliação e o sentido da prática.

A prática educativa foi desenvolvida com adolescentes do sexo feminino em local apropriado para a temática em debate. Aconteceu em sala reservada, com cadeiras dispostas em círculo e contou com a participação de agentes comunitários de saúde sob a coordenação do enfermeiro.

O grupo iniciou-se com a apresentação dos participantes e a explicitação dos objetivos da prática educativa. Foi possível observar no decorrer da condução da atividade que o enfermeiro privilegiou a participação ativa das adolescentes, utilizando como estratégias a dinâmica de grupo, a linguagem simples e coloquial, exemplificando com situações do cotidiano da sexualidade das adolescentes. Notaram-se a existência de um planejamento prévio que norteou o desenvolvimento de uma prática educativa participativa viabilizando assim, a redução da violência simbólica naturalmente presentes em unidades de saúde.

O planejamento é uma das etapas indispensáveis na realização de uma atividade, podendo ser considerado a estrutura que sustentará a ação. A partir dele é que se definem os objetivos, as estratégias utilizadas e a forma de participação dos sujeitos. Analisando o planejamento de uma ação, é possível identificar a concepção de mundo adotada pelo coordenador.

Dessa forma, foi possível perceber que o enfermeiro privilegiou a utilização de uma metodologia que incorporasse saberes técnicos e populares, de acordo com a realidade dos sujeitos envolvidos, adotando a postura da prática reflexiva proposta por Bourdieu (1988).

Com a utilização de linguagem simples o mais próximo à realidade dos participantes e o reconhecimento de saberes práticos, o enfermeiro objetivou a redução da violência simbólica expressa em diferentes formas de comunicação, em unidades de saúde.

Sendo assim, procurou-se reduzir a intrusão arbitrária na vida do outro, muitas vezes presentes em práticas educativas que tem como foco a conscientização dos sujeitos e que não reconhece o princípio da troca de saberes e a construção de um conhecimento. Além da redução da violência simbólica imposta pelo mercado de bens lingüísticos e culturais por meio da promoção da linguagem simples e da escuta ativa e metódica.

Adotando uma abordagem mais ampla, o enfermeiro assume uma concepção de educação proposta por Freire (1996) que privilegia o conteúdo da prática educativa, associado à realidade concreta da localidade de desenvolvimento da prática, fortalecendo a integração de saberes técnicos à experiência social dos indivíduos.

Além disso, essa interação parece favorecer ao desenvolvimento de práticas de saúde integrais voltadas para a lógica da saúde, que de acordo com Acioli (2001):

Para desenvolver práticas de atenção integral à saúde faz-se necessário falar em uma aproximação integral também entre os sujeitos que cuidam e os sujeitos que são cuidados. Essa aproximação passa pelo reconhecimento de um saber prático e a possibilidade de articulação entre esse saber prático e o saber dos profissionais e planejadores do campo da saúde. (ACIOLI, 2001, p.165).

Outro ponto positivo observado foi à presença de integrantes da equipe de saúde no desenvolvimento da ação. Os agentes comunitários de saúde parecem participar de diferentes fases da atividade, atuando no planejamento e na atividade propriamente dita. Notou-se que essa forma parece favorecer o entrosamento das adolescentes, já que os ACS conhecem a

realidade local, por fazerem parte, e com isso auxiliam na adequação da atividade as necessidades de saúde do público envolvido.

A avaliação do processo parece fazer parte da prática de saúde do enfermeiro na localidade estudada. Ao final da prática, o enfermeiro solicitou ao grupo que fizesse uma avaliação da dinâmica e dos temas propostos para os encontros futuros. Houve a preocupação com a adequação dos horários para facilitar a presença das adolescentes, e o estabelecimento de um contrato de participação, onde o enfermeiro colocou que todos os integrantes eram responsáveis pelo desenvolvimento da atividade.

Pode-se perceber a apropriação da avaliação como ferramenta de reestruturação de práticas, colocada de forma natural, contínua e integrada ao planejamento e desenvolvimento das ações.

Nessa atividade, foi possível refletir sobre o sentido da prática de saúde adotado. O enfermeiro orientou sua ação voltada para o planejamento familiar, baseando-se em conceitos e valores presentes na saúde, e não só a utilização de conceitos de métodos de contracepção e preventivos de DST. Utilizou-se como base, a construção das temáticas baseadas na discussão sobre o corpo, a sexualidade e o gênero, de forma a subsidiar na escolha dos métodos contraceptivos pelas adolescentes.

Ao perceber o sentido de saúde adotado, parece ser possível estabelecer algumas relações: a forma de trabalho na unidade de saúde assumida voltada para as necessidades de saúde da população, e a qualificação do profissional enfermeiro parece influenciar nos sentidos que são incorporados à prática de saúde.

A unidade estudada é uma das unidades que não fecha sua agenda em atendimentos individuais focados na doença, e o enfermeiro é um dos profissionais mencionados que apresentava especialização voltada para a estratégia do PSF.

Ao analisar as entrevistas, assuntos relacionados à avaliação não foram muito presentes no decorrer das falas dos entrevistados. Acredita-se que este fato possa ter ocorrido pelos enfermeiros considerarem a avaliação como parte integrante no desenvolvimento de uma ação, ou por ainda não terem incorporado essa ferramenta as práticas cotidianas das Unidades de Saúde da Família.

A atividade do enfermeiro na atividade denominada “porta de entrada” ou “acolhimento” de acordo com as observações e as entrevistas pode ser compreendida de formas diferentes. Na área de estudo em que foram observadas as práticas de saúde dos enfermeiros, essa atividade caracteriza-se por uma atuação técnica desse profissional, que objetiva definir quem será atendido momentaneamente pelo médico, quem terá direito a um



agendamento à consulta de enfermagem ou à consulta médica. Os critérios de definição parecem ser pautados em sinais e sintomas de doença, tais como queixas de febres, processos infecciosos agudos ou doenças crônicas.

A porta de entrada ou “acolhimento” das unidades de saúde da família observadas parece expressar o caos dos serviços de atenção à saúde no Município do Rio de Janeiro. A pouca oferta de serviços e o direcionamento das ações para a prática curativa ainda expressam a lógica de atendimento em algumas unidades, o que vai contra alguns princípios da unidade básica de saúde.

Em outras áreas estudadas de acordo com as falas dos entrevistados é possível encontrar formas diferentes de atuação do enfermeiro nesse espaço.

O acolhimento fica normalmente ali em baixo o enfermeiro, o médico e o auxiliar de enfermagem, então, todas as pessoas que procuram a unidade, a gente tenta saber por que, né? Ela vem de uma consulta médica, a gente traz, orienta: ah, é aqui em cima, doutor (nome do médico). Ela vem aqui para cima. Ela vem para procurar uma informação ou para tirar uma dúvida, às vezes, está com seu bebê com febre em casa, e a gente sempre procura investigar: está com febre a quantos dias? Ah já ta com febre a três dias. E o que você fez? Ah eu dei um banhozinho melhorou. Aí olha se a criança está resfriada, ou ali mesmo seu procuro resolver, orientar, ou a gente encaminha, se vê que é um caso de emergência, encaminha para o (nome da unidade), e se for uma paciente que já é acompanhada por um dos médicos aqui, eu sempre procuro o enfermeiro, explico o caso como é que é, e a gente resolve sempre o caso daquela mãe. Ent. 13

Correlacionando essas formas mais ampliadas de atendimento ao usuário e o tempo de implantação da Unidade de PSF, notou-se que as unidades que apresentam maior tempo de implantação são as que melhor trabalham com a questão da demanda na porta de entrada, com exceção de uma unidade.

### **3.4 Aspectos que interferem no desenvolvimento de Práticas de Saúde voltadas para prevenção e cuidado aos portadores de HIV/AIDS**

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi concebido pelo Ministério da Saúde em 1994 como uma estratégia de reorientação da atenção básica, desde então, inúmeros foram os documentos por parte do Ministério da Saúde que explicitassem as potencialidades do PSF

em relação às transformações nos modos de atendimentos das unidades de saúde (BRASIL, 2001 b; 2003; 2006 b).

O PSF tem como um dos eixos estruturantes a integração das ações preventivas, de promoção da saúde e assistenciais, buscando atender melhor as demandas dos indivíduos e promover qualidade de vida. Cabe a essas unidades de saúde o papel de desenvolver junto à população ações de prevenção de doenças, promoção da saúde, assisti-la de forma contínua e resolutiva, e encaminhar as pessoas, quando necessário aos serviços de referência, com agilidade e precisão.

As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) incluindo o HIV/AIDS estão entre os mais graves problemas de Saúde Pública no Brasil. As formas mais eficazes de proteção as pessoas contra os danos provocados pela doença consistem na informação, na viabilização de práticas preventivas adequadas à população, na possibilidade do diagnóstico precoce, na manutenção do tratamento, e na diminuição das formas de preconceito e da violência em que essas pessoas estão expostas (BRASIL, 2006 e).

Neste estudo, que procurou analisar práticas de saúde dos enfermeiros voltados para essa temática, fez-se necessário a identificação de possíveis fatores que possam estar contribuindo ou não, para o desenvolvimento de práticas de saúde integrais aos portadores de HIV ou aos doentes de AIDS. Acredita-se que desta forma, o conteúdo e as mensagens desta categoria servirão para a compreensão dos universos das práticas de saúde encontradas neste trabalho.

Ao realizar a análise deste trabalho, foi possível estabelecer dois sentidos distintos as falas dos entrevistados e aos registros das observações, sendo eles: falas e fragmentos de observações que demonstravam a existência de fatores que interferem negativamente na realização das práticas de saúde voltadas para portadores de HIV/AIDS, e outras que demonstravam fatores facilitadores.

Entendem-se como fatores dificultadores ou facilitadores do desenvolvimento de práticas, todos os fatores físicos, organizativos, ou simbólicos que de alguma forma venham a intervir na construção ou no desenvolvimento das mesmas. Sendo assim, observou-se que esses fatores têm origem em dois locais distintos, sendo eles: a comunidade e à questões relacionadas à própria unidade de saúde.

A maioria dos fatores, facilitadores ou dificultadores, na percepção dos enfermeiros relaciona-se a questões das unidades de saúde, sendo poucos os originados na comunidade, conforme demonstra o quadro abaixo, o que vem reforçar a necessidade de melhor reestruturação de alguns pontos no PSF.

Deve-se considerar que os fatores que interferem na realização das práticas estão intimamente relacionados ao cotidiano das unidades de saúde da família, algumas vezes percebidos como naturais. As práticas dos enfermeiros podem representar concepções e reprodução de comportamentos aprendidos e internalizados, conforme sugere o conceito de *habitus* proposto por Bourdieu (1988).

Sendo assim, se as práticas tendem a reproduzir sentidos de um modelo de atenção à saúde, centrado na concepção biológica do processo saúde-doença, os fatores dificultadores ou facilitadores podem estar voltados para esta mesma lógica.

<b>Cenários de origens dos fatores</b>	<b>Fatores facilitadores</b>	<b>Fatores dificultadores</b>
<b>Unidade de Saúde</b>	A Estratégia de Saúde da Família	Processo de trabalho do enfermeiro
	Participação da população nas práticas de saúde	Dificuldade de interlocução com as unidades de referência
		Presença do Agente Comunitário na Equipe
<b>Comunidade</b>	Participação da população nas práticas de saúde	Pouca adesão dos homens as práticas de saúde dos enfermeiros.
	Apoio de redes sociais	A falta de confiança do portador de HIV/AIDS na equipe do PSF
		Violência

#### 3.4.1 Fatores negativos para o desenvolvimento das práticas dos enfermeiros Voltadas para o HIV/AIDS no PSF

O processo de trabalho, como mencionado no primeiro subcapítulo da análise e discussão dos dados, apresenta-se na concepção dos enfermeiros como um grande dificultador de práticas de saúde voltadas para o HIV/AIDS. Entre as falas dos entrevistados, aparecem as questões relacionadas à infra-estrutura e carência de insumos nas unidades de saúde, as

inúmeras atribuições dos enfermeiros, a forma como é organizado o dia-a-dia da unidade de saúde, e o despreparo para lidar com as questões relacionadas ao HIV/AIDS, conforme mostra a seguir:

Eu acho que é despreparo, a gente não está preparado e acho que é também que é a quantidade de atribuições que a gente tem. Tem horas que tu não sabe o que faz primeiro sabe, aí você faz o possível[...] não por falta de conhecimento, mas pela falta de saber como abordar, como lidar o que fazer [...]chega uma hora que você faz o que esta mais possível, ai sabe, ela está sendo atendida basta (refere-se ao paciente portador de HIV/AIDS que faz tratamento na unidade de referência), aí eu vou fazer aquela outra pessoa que não está sendo atendida ou uma senhora... ou outra situação que eu que tenho que, sou eu que tenho que resolver que eu não posso referenciar para ninguém.Ent. 02

Nessa fala nota-se que o enfermeiro refere ter muitas atribuições dentro do PSF e pouca capacitação em algumas temáticas como, por exemplo, em HIV/AIDS, o que parece dificultar o acompanhamento das pessoas portadoras de HIV/AIDS.

Na entrevista acima, o enfermeiro justifica o pouco desenvolvimento de práticas de acompanhamento aos portadores de HIV/AIDS. Refere saber que não é o certo, mas por uma questão de grandes demandas para atender, quando uma pessoa é acompanhada na unidade de referência para tratamento de HIV/AIDS, ele acaba deixando essa pessoa um pouco de lado e quem mais acompanha e o agente comunitário de saúde.

De acordo com Mattos (2001) as bases de estruturação da política nacional de combate a AIDS apresentam como norte o princípio constitucional da integralidade, visto que preconiza ações de prevenção, promoção da saúde e assistência nos diversos níveis de instituições de saúde. Entretanto, analisando algumas entrevistas e observações, parece que um dos principais limites para o desenvolvimento dessa prática no PSF encontra-se no processo de trabalho.

Sendo assim, como desenvolvido anteriormente no primeiro subcapítulo de discussão dos dados, um processo de trabalho desenvolvido de forma rígida, inflexível, com poucos subsídios de infra-estrutura e pouca qualificação profissional que não estimule o olhar ampliado às questões de saúde, valorizando principalmente o conhecimento técnico, encontra-se como principal fator limitador de diversas práticas que tenha como norte a integralidade.

De acordo com Franco & Merhy (2006), enquanto a assistência a saúde preocupar-se primeiramente com a extraordinária produção de consultas e exames, associada à crescente

medicalização da sociedade, e secundariamente com as necessidades dos usuários, o ato de assistir continuará associado à produção de procedimentos.

A dificuldade de interlocução com as unidades de referência encontra-se entre os fatores limitantes no desenvolvimento das práticas. Alguns entrevistados mencionaram a dificuldade de ter informações sobre os pacientes encaminhados, já que não recebem a contra-referência, outros mencionam o medo de não conseguir encaminhar quando necessário.

E quando eu fui procurar a médica eu fui muito maltratado, fui muito maltratado porque ela falou que a porta é aberta para o paciente, ela não poderia me dar a informação diretamente, mas aí eu falei assim, não, mas eu quero saber pelo menos desde quando ele não pega medicação entendeu, o que eu posso estar fazendo para ajudar e ela foi totalmente assim, [...] a hora que ele quisesse ele poderia ir lá, mas só que ele não ia. Ent 16

“O complicado, eu penso assim, se eu pegar um paciente com HIV, eu vou ter que botar ele pra fazer encaminhamento em algum lugar né, ou no [...], eu não sei quanto tempo eu vou conseguir isso, é isso que deixa a gente frustrado, por isso que a gente fica assim” Ent. 08

O que percebe nessas falas é uma desconfiança por parte dos profissionais em relação aos serviços de saúde de referência para os usuários do PSF. Algumas queixas acontecem até de forma antecipada, como o medo de não conseguir um encaminhamento para o paciente portador de HIV/AIDS. Acredita-se que a angústia seja retrato das dificuldades existentes relacionadas a encaminhamentos as outras áreas de atenção á saúde, visto que esse profissional ainda não havia necessitado de um atendimento em serviços de especialidades em HIV/AIDS, mas já convivia com essa tensão.

No decorrer do trabalho de campo, pode-se perceber que o fluxograma de referência ao portador de HIV/AIDS no Sistema Único de Saúde encontra-se bastante estruturado. Os enfermeiros conhecem o funcionamento da rede de saúde, e nas situações em que foi necessário realizar o encaminhamento as unidades de referência todos foram atendidos, porém, nota-se que o encaminhamento dos usuários não garante o desenvolvimento de práticas integrais, visto a dificuldade que envolve as questões relativas as contra-referencias as unidades de saúde.

Em relação aos acompanhamentos dos portadores de HIV/AIDS, nota-se que um dos itens que facilitaria essa prática estaria relacionado à interlocução das unidades de tratamento em HIV/AIDS com as unidades de saúde da família. Uma das atribuições das equipes de saúde da família relacionada a essa temática refere-se ao encaminhamento das pessoas

vivendo com HIV/AIDS aos serviços de referência, e a realização do acompanhamento de forma a contribuir para melhor adesão ao tratamento (BRASIL, 2006 e).

Entretanto, a forma como isso vem sendo implementado ou a dificuldade dessa implementação, parece dificultar o acompanhamento do enfermeiro aos portadores de HIV/AIDS nas unidades de PSF, como se observa na fala a seguir:

Eu fui direto na médica que ele se tratava, que era a única infectologista que tinha, então ela que meio que ..., não quis passar informação, não quis pegar o prontuário, não quis nem pegar a ficha para eu poder..., ela podia me mostrar, eu nem pedi para ver o prontuário, eu só pedi informações para ver como que estava o acompanhamento dele, para que eu pudesse orientar, estar ajudando, então não tive informação. Então a orientação que eu tive depois foi nesses casos de paciente com HIV, principalmente. Primeiro eu tinha que ir na direção do CMS e a própria direção ia me encaminhar para que ela pudesse estar me mostrando tudo, mas só via direção, o caminho era esse, e eu também não voltei mais. Ent. 16

Com isso, nota-se que em alguns locais não há articulação da rede de serviços de saúde. Os enfermeiros não recebem as contra-referências e possuem dificuldades de obter informações quando procuram essas unidades.

A pouca adesão dos homens às práticas de saúde dos enfermeiros no PSF e a falta de confiança do portador de HIV/AIDS na equipe do PSF mostraram-se como importantes fatores, inerentes da comunidade, dificultadores de práticas dos enfermeiros voltadas para a temática AIDS.

Alguns enfermeiros mencionaram em suas falas que alguns portadores de HIV/AIDS não querem aproximação com a unidade de PSF. Os enfermeiros acreditam que isso ocorra por medo, por parte dos portadores, de sofrerem algum tipo de preconceito, caso mais pessoas da comunidade fiquem sabendo da sua sorologia. Esse fato parece demonstrar uma dificuldade dessas pessoas em acreditarem na proposta ética do PSF, e na dificuldade de entendimento do papel do Agente Comunitário de Saúde.

[...] porque tem casos de pessoas que não querem falar sobre isso, não querem discutir isso com a gente, preferem ficar só no tratamento fora, né? Por conta de vizinhos, não quer que os vizinhos saibam, não que eles falam, então se o a gente comunitário souber, eles acham que todo mundo vai saber, então preferem nem tocar no assunto, às vezes a gente nem consegue descobrir, vem descobrir muito tempo depois, né? Ah, internou! Nossa, internou por quê? Ah, teve complicação, tal. Ou senão porque vem com outra queixa, isso já aconteceu com um caso só aqui, aí vem com queixa de tosse, fui ver era tuberculose, aí fui investigar, e nem na hora que fui oferecer o exame, ele falou: olha, não precisa, eu já sei que sou HIV positivo, faço tratamento no lugar tal, só que eu nunca falei, porque não queria falar. ENT. 11

Para David (2007) há pouca circulação de informações sobre o papel dos agentes comunitários de saúde nos serviços de saúde, o que pode gerar grande confusão na definição de papéis e nas práticas de saúde dos profissionais.

Aliado a isso, a pouca informação sobre o papel do Saúde da Família nas comunidades pode gerar desconfiança por parte dos moradores, o que pode estar desencadeando o distanciamento dos portadores de HIV/AIDS.

Quanto aos outros fatores considerados impeditivos, a violência e a pouca adesão dos homens ao PSF, foram vistos pelos enfermeiros como obstáculos das práticas de um modo geral, e não só para as práticas voltadas para a abordagem do HIV/AIDS. Sendo assim, esses fatores estão discutidos no capítulo do cotidiano das unidades de saúde da família.

#### 3.4.2 Fatores positivos para o desenvolvimento das práticas dos enfermeiros Voltadas para o HIV/AIDS no PSF

A maior parte dos fatores identificados como facilitadores no desenvolvimento das práticas de saúde dos enfermeiros voltados para os portadores de HIV/AIDS está relacionada a estratégia do PSF, tais como a formação de vínculo com os moradores, a inserção física do módulo na comunidade, a presença do ACS na equipe, e a parceria com instituições da comunidade.

O vínculo baseia-se no estabelecimento de referências entre os usuários e os profissionais das unidades de saúde, e a responsabilização desses para com aqueles, no que diz respeito à produção do cuidado. O vínculo aparece em diversos documentos do Ministério da Saúde, como diretriz para o desenvolvimento de práticas voltadas para a estratégia da Saúde da Família (BRASIL, 2006 b; 2001 b) e foi citado em todas as entrevistas como fator facilitador no desenvolvimento das práticas, como se apresenta em algumas falas abaixo:

[...] eu acho que ajuda porque você tem um contato, muito íntimo com a família, você acaba conhecendo as pessoas da família, você está sempre passando, eles acabam tendo mais confiança em você, você acaba criando um vínculo que a rede básica (menciona a rede básica tradicional) muitas vezes não dá, porque o cara só vai de três em três meses para a consulta, aqui não, você atende ele, você atende a irmã, você atende a filha, você atende a mãe, então você acaba formando uma rede de contato com as pessoas que convivem com o paciente HIV melhor. Ent. 13

Falou da vida do esposo que ele era ex-actual garoto de programa, isso é muito interessante porque no PSF isso só acontece depois algum tempo de ter vínculo, isso aí não rola se você, em um primeiro atendimento, isso aí rola porque tem um vínculo, se não as coisas passam e a pessoa não fala. Ent. 15

Com essas falas percebe-se o reconhecimento do vínculo como fator facilitador no desenvolvimento de práticas. Entretanto, o vínculo não pode ser entendido como um fator inerente ao PSF que os profissionais de saúde não precisam conquistar. Ele existe quando há a construção de confiança e afinidades entre os profissionais e a comunidade “Porque ele vem com a idéia de que só porque eu tenho um... digamos um vínculo, com um usuário, ou que eu sorri, que é PSF” Ent. 01

Nessa fala o enfermeiro critica a forma como algumas vezes o vínculo é compreendido nas unidades de PSF, o que vai de encontro com a percepção de Franco & Merhy (2006, p. 97):

O vínculo tem sido utilizado como um modo de organizar a relação entre equipes assistenciais e os usuários. Por si só essas ferramentas não mudam o perfil dos serviços de saúde, sua forma de produção e seu núcleo de trabalho médico-centrado, por que agem sobre a arquitetura do programa e não sobre sua essência, isto é no modo como se produz o cuidado a partir dos diversos fazeres construídos no cotidiano, nas relações estabelecidas entre trabalhadores entre si, trabalhadores e conformações tecnológicas do agir em saúde, e entre os trabalhadores e os usuários. (MERHY, 2006, p. 97)

Com as falas de um modo geral, percebeu-se que o vínculo nas unidades estudadas vem sendo utilizado como uma importante ferramenta de reestruturação de práticas. Notou-se que a localização das unidades, dentro das comunidades favorece a formação de vínculo e conseqüentemente ao desenvolvimento de práticas voltadas para portadores de HIV/AIDS.

O agente comunitário de saúde (ACS) é visto como o elo indispensável dos profissionais com a comunidade. Tem sido importante instrumento para construção de vínculo, e formação de parcerias das unidades de saúde com a comunidade. Nota-se que o agente comunitário exerce além do papel de elo com a comunidade e a unidade de saúde é o profissional que identifica os problemas de saúde e estabelece prioridades.

“[...] como o agente de saúde, tem que saber todos os seus paciente, todos os seus, cada agente de saúde, tem cento e cinquenta famílias, então eles sabem quem são todos os moradores[...]” Ent. 18.



“ [...] os agentes detectam na área trazem para a gente, e a gente faz um grupo de mulheres, vê a faixa etária, e orienta, explica o que é o preventivo, a finalidade do preventivo [...]” Ent. 13.

Os agentes comunitários de saúde possuem a capacidade de mediação entre a unidade de saúde e a comunidade, já que residem na própria área de trabalho. Apresentam assim, grande contribuição na transformação de sujeitos e no seu potencial de saúde (DAVID, 2007). Entretanto, acredita-se que essas características devem e são compartilhadas com os demais atores do PSF, de forma que toda a equipe se sinta responsável pela criação e manutenção do vínculo, pela identificação de demandas e formulação de respostas.

Outro fator relacionado nas falas como importante contribuinte no desenvolvimento de práticas refere-se à participação da população nas unidades de saúde, seja na forma de participação nas práticas ou como apoio das redes sociais voltadas aos portadores de HIV/AIDS, como o relato a seguir:

[...], a gente precisa saber o que a população acha disso, será que, aqui, o exemplo que eu já tinha falado anteriormente, aqui nesta comunidade que eu trabalho, eu sei que uma parcela desta população, ainda discrimina bastante as pessoas que tem HIV/AIDS, mas em outras pode não ser assim, nas comunidades podem acontecer muito pelo contrário, eles podem estar abraçando mais esse tipo de pessoa. Então, eu não conheço, não sei aonde eu vivo, não sei o que esta comunidade está me dizendo... porque eu não posso estar trabalhando com elas,?.  
Ent. 11

Nessa entrevista o enfermeiro menciona o reconhecimento das necessidades de saúde e dos desejos da população como importantes fatores facilitadores no desenvolvimento de práticas voltadas para portadores de HIV/AIDS e para a prevenção da doença. Cita a importância de utilizar nas práticas as abordagens metodológicas que privilegiem a troca de conhecimento, a escuta, e o diálogo.

Adotando essa conduta as práticas de saúde devem ser compreendidas a partir de seu potencial pedagógico e político, tendo como referência a problematização, o apoio aos processos de mobilização e o estímulo a tomada de consciência crítica dos sujeitos sobre o processo saúde/doença e seus determinantes biológicos e sociais, visando uma transformação, para uma sociedade mais justa e igualitária (VASCONCELOS,2001).

A importância de discutir as formas de participação dos usuários nas unidades de saúde deve-se a uma concepção que vem se tornando difundida no campo da saúde pública.

Para Andrade & Vaitsman (2002, p. 06):

O avanço substantivo na qualidade dos serviços e das ações de saúde sejam elas preventivas ou de promoção só é possível com a participação efetiva da população, pois esta pode apontar problemas e soluções que atendam às suas demandas mais diretamente.

Para esses mesmos autores, para que ocorra a participação do usuário nas unidades de saúde é necessário: maior democratização da informação; reconhecimento dos usuários, por parte dos profissionais, como sujeitos no processo do cuidado com a saúde e não somente como objeto de práticas e prescrições; conscientização dos usuários quanto aos seus direitos e ao seu papel na defesa dos próprios interesses (ANDRADE & VAITSMAN, 2002.).

Dessa forma, acredita-se que metodologias que priorizem a participação da população possa estimular o desenvolvimento de redes de apoio social aos portadores de HIV/AIDS nas comunidades estudadas.

Alguns enfermeiros mencionaram a importância da formação das redes para o desenvolvimento de práticas de saúde transformadoras.

“[...] eu via que a rede de apoio dela, não sei se não estava muito bem esclarecida quanto a isso, a gente tentava conversar com eles também, mas eles não estavam entendendo muito bem o que era, e ela estava muito assustada[...]” Ent. 10

A rede de apoio social pode ser compreendida como laços de amizades e apoio de umas pessoas as outras, de forma a ajudar no enfrentamento de problemas e doenças.

Para Andrade & Vaitsman (2002, p.08), “as relações sociais também contribuem para dar sentido à vida, favorecendo a organização da identidade através dos olhos e ações dos outros, já que se sente que ‘estamos aí para alguém’”.

Acioli (2007, p.7) ressalta que as redes:

Configuram um movimento dialético de oposições, confrontos e alianças - incluindo os sistemas de poder - que interferem em todos os níveis. As redes são virtuais, mas também reais, são técnicas, mas também sociais, portanto são por vezes estáveis, mas também dinâmicas. Elas incluem em si mesmas um movimento social que inclui dinâmicas ao mesmo tempo locais e globais, o que indicaria uma tensão entre forças de globalização e de localização.

Sendo assim configuram relações entre os sujeitos em sua subjetividade e suas produções sociais.

Com os fatores facilitadores apontados notou-se que grande parte dos que contribuem para o desenvolvimento de práticas de saúde voltadas para os portadores de HIV/AIDS pertencem à estratégia de saúde da família, de um modo geral. Sendo assim, quando implementada e desenvolvida conforme preconizada pelo Ministério da Saúde, funciona como uma importante arma de prevenção ao HIV/AIDS e enfrentamento de problemas, e como uma excelente estratégia, junto a outros órgãos intersetoriais, que favorece a promoção da qualidade de vida dos portadores de HIV/AIDS.

#### 4. CONCLUSÃO

Nesta pesquisa que buscou analisar as práticas sociais e discursivas desenvolvidas por enfermeiros voltadas para portadores de HIV/AIDS e prevenção da doença no Programa de Saúde da Família (PSF) no Município do Rio de Janeiro é possível pontuar algumas questões que merecem ser destacadas tais como, a variedade de práticas desenvolvidas pelos enfermeiros e a influência do cotidiano das Unidades de PSF no desenvolvimento dessas práticas.

No decorrer da análise das observações e das entrevistas foi possível verificar a variedade de práticas de saúde desenvolvidas por enfermeiros relacionadas a temática AIDS no PSF. Entretanto, parece que parte dos enfermeiros não as reconhece como práticas de saúde voltadas para o HIV/AIDS, talvez por isso, a grande dificuldade por parte dos mesmos de atribuir sentidos às suas práticas.

Muitos enfermeiros entrevistados disseram que no PSF não havia tratamento de HIV/AIDS e por isso, o enfermeiro não desenvolvia muitas práticas de saúde voltadas para a temática estudada. Porém, quando interrogados sobre o que eles faziam voltados para o HIV/AIDS durante a entrevista, muitas práticas foram mencionadas, sendo as mais frequentes, as práticas educativas voltadas para a prevenção de doença e os encontros com os portadores de HIV/AIDS para conversas e orientações sobre a doença e o tratamento.

Em relação às observações das práticas voltadas para o HIV/AIDS, de um modo geral, notou-se que elas acontecem de forma integrada às outras ações do enfermeiro, com a exceção de práticas pontuais em momentos festivos, como teatro e caminhadas no carnaval, dentre outras.

Percebe-se ainda, em alguns momentos, a falta de identidade na prática do enfermeiro. Observou-se que muitas práticas mencionadas não caracterizavam práticas exclusivas do profissional enfermeiro, outras eram desenvolvidas pelos mesmos, pela falta do médico na equipe de saúde associada à tentativa de atender as necessidades de saúde da população atendida.

O aconselhamento para realização do teste Anti-HIV foi uma das práticas mais observadas, entretanto, pouco mencionadas nas entrevistas. Quanto às práticas de acompanhamento ao portador de HIV/AIDS notou-se que foi a segunda de maior frequência nas entrevistas, porém nenhuma dessas práticas foi observada de forma integral. A primeira, o aconselhamento, parece ser realizado de forma superficial, os enfermeiros observados não o

faziam de forma preconizada pelo Ministério da Saúde, orientando sobre os possíveis resultados. Parece que nesses locais, o momento de aconselhamento ao teste anti-HIV acontece como rotina de determinadas consultas, o que pode ressaltar a falta de capacitação do enfermeiro em trabalhar com a temática ou o excesso de demandas para um profissional.

As práticas de acompanhamento ao HIV / AIDS, apesar da alta frequência nas entrevistas não foram encontradas nos locais escolhidos para a realização das observações. Percebeu-se que a alta frequência dessas práticas relaciona-se as falas dos entrevistados que não se incluíam nas áreas de observação das práticas.

Contudo, as práticas de acompanhamento foram marcadas pela intersubjetividade do encontro do profissional de saúde com portadores de HIV/AIDS e familiares, sendo assim, não podem ser quantificadas e medidas, o que talvez venha justificar a dificuldade do enfermeiro em descrever a sua prática.

Das práticas de saúde identificadas foi possível atribuir três sentidos distintos, voltado para a saúde, para a doença e para o cuidado. O sentido de cuidado relaciona-se a quase todas as práticas presentes. Algumas vezes foi possível observar o cuidado como um sentido integrador das práticas, facilitador da reconstrução de identidades e propulsor de ações transformadoras, principalmente quando associado a práticas de promoção da saúde.

O sentido da doença relaciona-se a práticas de prevenção de HIV/AIDS bastante comum nas unidades de saúde, entretanto, parece necessário repensar algumas dessas práticas voltando-as mais para a vulnerabilidade das pessoas ao HIV/AIDS e menos para grupos populacionais.

Com relação ao cotidiano das Unidades de Saúde da Família (USF) no Município do Rio de Janeiro, ressalta-se a variação na organização do trabalho nas unidades de uma área programática para a outra. Notou-se com isso, que as unidades que estabeleciam um processo de trabalho mais flexível, não organizado em turnos de trabalhos fixos - com dias e turnos de consultas, turno de visitas domiciliares e um turno para grupo - facilitava nas construções de práticas coletivas e voltadas para a saúde e cuidado dos portadores e familiares.

Além disso, as USF sofrem grandes interferências relacionadas à violência, o que dificulta diretamente o desenvolvimento de práticas de saúde e a própria equipe de criar vínculo com determinadas pessoas das comunidades, por envolvimento dos mesmos com o narcotráfico. Entretanto, a violência não apareceu entre os mais frequentes fatores que dificultam o desenvolvimento de práticas de saúde voltadas para o HIV/AIDS, tendo apenas dez registros nas falas dos entrevistados.

Outra característica observada nas unidades de PSF refere-se à rotatividade de profissionais e a presença de vínculos de trabalhos precários, o que parece dificultar a formação de vínculo dos profissionais com a comunidade e a continuidade das práticas de saúde.

O vínculo com a comunidade aparece em primeiro lugar como fator facilitador de desenvolvimento de práticas de saúde voltadas ao HIV/AIDS, mas parece que alguns profissionais o consideram como parte inerente ao PSF, não se responsabilizando pela construção e manutenção do elo com a comunidade.

Outra questão que merece ser ressaltada relaciona-se a dificuldade de entendimento por parte dos profissionais sobre a grande demanda dos usuários pelos serviços de saúde. A princípio, parece que os profissionais não conseguem compreender as necessidades de saúde dos usuários apresentadas, o que gera baixa eficiência e eficácia das práticas de saúde.

Além disso, comparando a análise dos dados com a estrutura da equipe do PSF - formada minimamente por um médico, um enfermeiro, um odontólogo, um auxiliar de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde, um técnico de higiene bucal e um auxiliar de consultório dentário - observou-se ser mais difícil, com esse dimensionamento de pessoal, romper com a estrutura do modelo de atenção à saúde dominante, centrado na doença.

De um modo geral, pode-se perceber o PSF como um local promissor de práticas de saúde voltadas para portadores de HIV/AIDS. Entretanto, a forma como ele é desenvolvido em alguns locais do Rio de Janeiro, pautado em um modelo centrado na doença, impossibilita a transformação das práticas pautadas nas necessidades de saúde dos usuários.

Acredita-se, que como referido no decorrer do trabalho, as práticas aqui mencionadas não são as únicas desenvolvidas no PSF voltadas para portadores de HIV/AIDS e para prevenção da doença, com isso, não devam ser consideradas como modelos de práticas de enfermeiros. Entretanto, as dificuldades e os avanços encontrados podem ser utilizados para a reflexão em torno do fazer a prática em unidades de saúde.

Espera-se que as práticas sejam resultantes de atos intencionais em saúde. E que os enfermeiros ao construir a sua prática, se ponha no lugar do outro, de forma a desenvolver o agir em saúde baseado em questões éticas e responsáveis.

**REFERÊNCIAS:**

- ACIOLI, S. et al. *HIV/AIDS e enfermagem: análise da produção de teses e dissertações do período de 1980 a 2005: estudo bibliográfico*. Revista On line Brazilian Journal of Nursing. v.5, n.3, 2006. Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/577>. Acesso em 04 de maio de 2007
- ACIOLI, S. *Novos olhares sobre a saúde: sentidos e práticas populares*. [tese de Doutorado em Saúde Coletiva]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2003. 147 f.
- ..... *Os sentidos das práticas voltadas para a saúde e doença: maneiras de fazer de grupos da sociedade civil*. IN: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. de. (orgs.) Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/ IMS/ABRASCO, 2001.p. 157-165.
- ACIOLI, S. *Redes Sociais e Teoria Social: revendo os fundamentos do conceito*. Revista On line Informação e Informação, 2007. No prelo.
- AYRES, J.R.C.M. *Práticas educativas e prevenções de HIV/AIDS: lições aprendidas e desafios atuais*. Interface – Comunic, Saúde, Educ., v 6, nº 11, p.11-24, ago 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 20 de setembro de 2007.
- ..... *Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde*. Ciencia & Saúde Coletiva, v 9, nº 03, p. 583-592, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 20 de setembro de 2007
- ..... *Subject, intersubjectivity, and health practices*. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo.php>>. Acesso em: 05 Dec 2007
- AYRES, J.R.C.M.; CALAZANS, G. J.; SALETTI FILHO, H.C.; FRANÇA JÚNIOR, I. *Risco, Vulnerabilidade e Práticas de Prevenção e Promoção da saúde*. In: CAMPOS, G.W.S [et al.]. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p.375 – 418.
- ALMEIDA, M.C.P.; et al. *O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva-rede básica de saúde*. In: ALMEIDA, M.C.P; ROCHA, S.M.M (Orgs). *O trabalho de enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1997, p.61-112.
- ALTMAN, D. *Poder e Comunidade: Respostas Organizacionais e culturais à AIDS*. Rio de Janeiro: ABIA. IMS/UERJ. 1995.
- ALVES, I.C.; PADILHA, M.I.C.S.; MANCIA, J.R. *A equipe de enfermagem e o exercício do cuidado ao cliente portadores de HIV/AIDS*. Revista de Enfermagem-UERJ, v.1, n.1, p. 133-139, jun1993. Rio de Janeiro: UERJ, Faculdade de Enfermagem, 1993.

ANDRADE, Gabriela R. B. de; VAITSMAN, Jeni. *Social support and network: connecting solidarity and health*. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, 2002. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/scielo.php>>. Acesso em: 22 Nov 2007.

BERTOLLI FILHO, C. *A História da saúde pública no Brasil*. São Paulo: Ática, 1996.

BESSA, M.S. *Os Perigosos. Autobiografias e AIDS*. Rio de Janeiro: Aeroplano, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Conselho Nacional de Saúde*. Comissão de ética em Pesquisa. Resolução 196. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

.....*Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censos Demográficos. Brasília, DF: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2000. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/default\\_censo\\_2000.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/default_censo_2000.shtm)>. Acesso em 15 de julho de 2007

.....*Ministério da Saúde Programa de Saúde da Família*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001a.

.....*Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica*. Guia prático do programa de saúde da família. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001b.

.....*Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. Legislação do SUS. Brasília, DF: CONASS, 2003.

.....*Ministério da Saúde. SUS – 15 anos de implantação: desafios e propostas para sua consolidação*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

.....*Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde*. PNDST/AIDS. Boletim epidemiológico-AIDS e DST. 1<sup>a</sup>-26<sup>a</sup> de 2005 (semanas epidemiológicas) - jan/jun de 2005. ano 2, n<sup>o</sup>1. Brasília (DF): MS; 2005a.

.....*Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa*. Reorganizando o SUS no Município do Rio de Janeiro. Série D Reuniões e Conferências. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005b.

.....*Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde*. Coletânea de Normas para o Controle Social do Sistema Único de Saúde. 2<sup>o</sup> edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

.....*Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde*. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Volume 4. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

.....*Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde*. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

.....*Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde*. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básica de saúde: saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d.



.....*Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. HIV/AIDS, hepatites e outras DST. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 e. ( Série A Normas e Materiais Técnicos)*

.....*Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em 15 de julho de 2007*

.....*Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa nacional de DST/AIDS. Aconselhamento em DST/HIV/AIDS para Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br> >. Acesso em 15 de julho de 2007*

BOURDIEU, P. *et al.* (org.) *A Miséria do Mundo*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997, 747p.

BOURDIEU, P. *O Poder Simbólico*. 2.ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 1988, 311p.

BUSS, P. M. *Health promotion and quality of life*. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo> Acesso em 20 de setembro de 2007.

CAMARGO Jr, K.R.; CONTE, F. T.; MARTINEZ, D.S. *Representações de doença, saúde e seu cuidado na clientela de serviços ambulatoriais no Rio de Janeiro*. In. LUZ, M.T. VI Seminário do Projeto Racionalidades Médicas, p.15-26. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1997.

CAMARGO Jr, K.R. *Políticas públicas e Prevenção em HIV/AIDS*. In: PARKER, R.; GALVÃO, J.; BESSA, M.S.; Saúde e Desenvolvimento e Política: Respostas Frente a AIDS no Brasil. 34ª edição. Rio de Janeiro: ABIA, 1999.

CARVALHO, B.G.; MARTIN, G.B.; CODORNI JR, L. *A Organização do sistema de Saúde no Brasil*. In: ANDRADE, S.M.; SOARES, D.A.; CODORNI JR, L.(org). Bases da saúde Coletiva. Londrina: UEL, 2001. p. 27-59

CERTEAU, M. De. *A invenção do cotidiano*. 1. artes de fazer. Petrópolis, RJ; Vozes, 1994, 351p.

COFEN. Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro. *Código de Ética e Legislações mais usadas no dia a dia da enfermagem*. Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986. Rio de Janeiro: COREN-RJ.

COHN, A. *et al.* *A saúde como direito e como serviço*. 2. ed. São Paulo: Editora Cortez, 1999.

CZERESNIA, D (org). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CZERESNIA, D. *The concept of health and the difference between prevention and promotion*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php> >. Acesso em: 28 Nov 2007.

DAVID, H. M. S.L. *A Dívida com a atenção básica*. In: De LAVOR, A.; DOMINGUES, B.C; MACHADO, K.; CARVALHO, M. Radis - comunicação em saúde. Fiocruz. n. 59, p. 12-17, jul- 2007

FERNANDES, M.E.L *et al.* *AIDS: Prevenção Porta a Porta. Construindo histórias de prevenção ao HIV/AIDS no Programa de Saúde da Família da Cidade de São Paulo*. São Paulo; HUCITEC. 2004.

FERREIRA, A.B.H. *Mini dicionário da Língua Portuguesa*. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993, p.577.

FRANCO, T.B.; MERHY, E. E. *Programa de Saúde da Família (PSF): Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial*. In: MERHY, E. E. [et al]. *O trabalho em saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006. p.55 – 124.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e terra, 1996.

GALVÃO, J. *AIDS no Brasil. A agenda de construção de uma epidemia*. Rio de Janeiro: ABIA, 2004.

GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L.; SOUZA, M.C.M. *Validação das definições de termos identificados no Projeto CIPESC para o eixo foco da prática de enfermagem na CIPE* In: *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v.55, n.1, p. 52-63, jan./fev. 2002.

GIAMI, A. *Enfermeiras frente à AIDS: representações e condutas, permanência e mudanças*. Canoas: ULBRA; 1997 (coleção análise e prospectiva).

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

HEIMANN, L.S.; MENDONÇA, M.H. *A Trajetória da Atenção Básica de Saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade*. In: LIMA, N.T. (ORG). *Saúde e Democracia: História e Perspectivas no SUS*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005, p.481-502.

GOMES, M.C.P.A.; PINHEIRO, R. *Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão e nos cuidados na saúde em grandes centros urbanos*. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*,v.9,n.17,p.287-301,mar/ago 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>> Acesso em 20 de setembro de 2007.

JORNAL O GLOBO. *Milícias expulsam os traficantes de drogas e já controlam 92 favelas da cidade*. 2006. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/rio/mat/2006/12/09/286975035.asp>>. Acesso em 15 de julho de 2007

LEAVELL H.; CLARCK E.G. *Medicina Preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

LUZ, M. T. *O interacionalismo simbólico: breve exposição de uma corrente acionalista em ciências sociais*. In: Carvalho de M, M. do C. Teorias da ação em debate. São Paulo: Cortez / FAPESP, PUC, 1993.

.....*Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais*. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2005.

MANN, J.; TARANTOLA, D.J.M.; NETTER, T. W. [Org]. *A AIDS no Mundo*. Rio de Janeiro: Relume Dumará-ABIA-IMS/UERJ, 1993.

MATTOS, R.A. *Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos*. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. de. (orgs.) Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/ IMS/ABRASCO, 2001.p. 39-64

MÉDICOS SEM FONTEIRAS. *Médicos Sem Fronteiras no Brasil*. Disponível em: <<http://www.msf.org.br/>>. Acesso em 06 de agosto de 2007

MENDES, E.V. *Distrito sanitário o processo social de Mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde*. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1993.

..... *Uma agenda para a saúde*. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1999.

MENEGON, V.M. *Por que jogar conversa fora? Pesquisando no cotidiano*. In: SPINK, M.J.P. (org). Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez, 1999, p.183-214.

MERHY, E. E. *Saúde a Cartografia do Trabalho vivo*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9. ed. revista e ampliada. São Paulo: HUCITEC, 2006. 406 p.

MONTEIRO, S. *Qual a prevenção? Aids, sexualidade e gênero em uma favela carioca*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. 148 p.

MONTEIRO, M. *Favela tem memória*. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <<http://www.favelatemmemoria.com.br/>> Acesso em 04 de agosto de 2007

NARVAI, P. C. *Saúde: Governo Transgênico?* Revista Adusp, São Paulo, abril 2003. Disponível em: <<http://www.adusp.org.br/revista/29/r29a4.pdf>> Acesso em 10 de julho de 2004.

NUNES, A. *O Impacto Econômico da AIDS/HIV no Brasil*. Ministério do Planejamento e Orçamento. Brasília (DF): Ministério da Saúde. 1997.

OLIVEIRA, D.C.; et al. *Análise da produção de conhecimento sobre o hiv/aids em periódicos brasileiros de enfermagem, no período de 1980 a 2005*. Revista Texto em Contexto-enfermagem. Out-Dez, 2006. p.654-662.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000.

PAIM, J.S. *Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde*. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & Saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 567-586.

..... *Políticas de Saúde no Brasil*. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & Saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003b. p. 587-603.

PARKER, R.; GALVÃO, J.; BESSA, M.S.; *Saúde e Desenvolvimento e Política: Respostas Frente a AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA, 1999.

PARKER, R.; AGGLETON, P. *Estigma, Discriminação e AIDS*. Rio de Janeiro: ABIA, 2006.

PINHEIRO, R. *As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde*. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. A. de.(orgs.) *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/ IMS/ABRASCO, 2001.p. 65-112

PINHEIRO, O.G.P. *Entrevista uma prática discursiva*. In: SPINK, M.J.P. (org). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez, 1999, p.183-214.

POLIGNANO, M. V. *História das políticas de saúde no Brasil – uma pequena revisão*. Disponível em: < [http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude\\_no\\_brasil.pdf](http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.pdf)> Acesso em 10 de julho de 2004.

RIO DE JANEIRO. *Secretaria Municipal de saúde*. Resolução SMS nº 429 de 08 de março de 1993. Disponível em:

<<http://www.saude.rio.rj.gov.br/cgi/public/cgilua.exe/web/templates/htm/v2/view.htm?inford=842&user=reader&editionsectionid=94>> Acesso em 10 de julho de 2004.

RIO DE JANEIRO. Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro. Armazém dos dados. Rio de Janeiro, RJ: Instituto Pereira Passos, 2001. Disponível em: < <http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/>> Acesso em 15 de julho de 2007.

RIO DE JANEIRO. *Secretaria Municipal de Urbanismo. Expansão e Consolidação da Saúde da Família*. Coleção Estudos da Cidade. Rio Estudos nº107. Rio de Janeiro, RJ: Secretaria Municipal de Urbanismo, 2003.

RIO DE JANEIRO. *Secretaria Municipal de Saúde. Gerencia de DST/AIDS*. Informe Epidemiológico 2004. Rio de Janeiro, RJ: Secretaria Municipal de Saúde, 2004.

RIO DE JANEIRO. *Secretaria Municipal de Saúde. Programa Saúde da Família*. História das Comunidades. Rio de Janeiro, RJ: Secretaria Municipal de Saúde, 2006. Disponível em: <<http://www.saude.rio.rj.gov.br/cgi/public/cgilua.exe/web/templates/htm/v2/view.htm?inford=3267&editionsectionid=34>> Acesso em 10 de julho de 2007.

SANTIAGO, L.C.; SILVA, A.L.A.C.; TONINI, T. *Semiologia. Teorias e tecnologias de cuidado com o corpo*. In: SANTOS, I [et al]. *Enfermagem Fundamental: realidade, questões e soluções*. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 227-244.

SILVA Jr, A. G. *Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. 2 ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

SILVA, A. L. *O Estado da arte do cuidado na enfermagem*. *Revista Texto em Contexto-enfermagem*. n 6, v 2, 1997. p. 654-662.

SMEKE, E.L.M.; OLIVEIRA; N.L.S. *Educação em Saúde e concepções de sujeitos*. In: VASCONCELOS, E.M. *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação Popular e Saúde*. São Paulo: HUCITEC, 2001. p. 115-136.

SOUSA, M.F. *A Cor – Agem do PSF*. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2003.

SPINK, M.J.P. (org). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez, 1999.

SPINK, M.J.P; MEDRADO B. *Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas* In: SPINK, M.J.P. (org). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez, 1999. p.17-40

SPINK, M.J.P; MENEGON, V.M. *A pesquisa como prática discursiva superando os horrores metodológicos*. In: SPINK, M.J.P. (org). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez, 1999. p.63-92

TRIVINOS, A.N.S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELLOS, M. P. C. *Reflexões sobre a Saúde da Família*. In: MENDES, E. V. *A Organização da Saúde no nível local*. HUCITEC: São Paulo, 1998. p. 155-172.

VASCONCELOS, E. M. *Participação popular e educação nos primórdios da saúde pública brasileira*. In: VASCONCELOS, E. M. *A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da Rede de Educação Popular e Saúde*. São Paulo: Hucitec, 2001. p.73-100.

VÍCTORIA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. 136 p.

VILA, T.C.S; MISHIMA, S.M; ROCHA, S.M.M. *A enfermagem nos serviços de saúde pública no Estado de São Paulo*. In: ALMEIDA, M.C.P; ROCHA, S.M.M (Orgs). *O trabalho de enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1997, p.27-60.

WIGG, M.D. *Vírus da Imunodeficiência Humana*. In: SANTOS, N.S.O; ROMANOS, M.T.V; WIGG, M.D. *Introdução da Virologia Humana*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2002. p.183-197

**APÊNDICE A** - Quadro 1: Quantitativo de Unidades de Saúde da Família (PSF) e de Enfermeiros que trabalham no Programa no Município do Rio de Janeiro distribuídos por áreas de Planejamento. Rio de Janeiro, junho 2006.

<b>Áreas de Planejamento</b>	<b>PSF</b>	<b>Enfermeiros</b>
A.P 1.0	01	01
A.P 2.1	01	01
A.P 2.2	07	07
A.P 3.1	33	33
A.P 3.2	0	0
A.P 3.3	14	14
A.P 4.0	05	5
A.P 5.1	23	23
A.P 5.2	22	22
A.P 5.3	16	16
<b>TOTAL</b>	<b>122</b>	<b>122</b>

## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**  
**CENTRO BIOMÉDICO**  
**FACULDADE DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM/MESTRADO**

Declaro que concordo em participar, voluntariamente, da pesquisa científica sobre “**Os sentidos das práticas de saúde dos enfermeiros frente ao HIV/AIDS no Programa Saúde da Família**” que será realizada sob a responsabilidade da Prof Dr<sup>a</sup> Sonia Acioli de Oliveira da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, e igualmente da Mestranda Ariádina Heringer que está matriculada no Programa de Pós Graduação dessa mesma instituição. Fui informado (a) que a pesquisa tem como objetivo geral: Analisar as práticas de saúde do enfermeiro frente ao HIV/AIDS e seus sentidos no Programa Saúde da Família, no município do Rio de Janeiro.

Estou ciente de que os resultados são confidenciais e que serão utilizados unicamente para fins de pesquisa científica, e que as transcrições das fitas gravadas serão identificadas através de números e nomes fictícios.

Autorizo a gravação da entrevista, assim como a publicação dos resultados das análises em conjunto para efeito público. Os resultados individuais somente poderão ser comunicados para a minha pessoa. Estou ciente de que posso, a qualquer momento, abandonar esta pesquisa sem qualquer tipo de prejuízo pessoal.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Nome do entrevistado

Nome do pesquisador

Assinatura do entrevistado

Assinatura do Pesquisador

### **Contato:**

Pesquisador Orientador: Sonia Acioli de Oliveira, Prof<sup>a</sup> do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UERJ. E-mail: [soacioli@uerj.br](mailto:soacioli@uerj.br). Tel: (21) 2587-6362

Mestranda Responsável: Enfermeira Ariádina Heringer, aluna do Programa de Pós-Graduação/Mestrado da Faculdade de Enfermagem da UERJ. E-mail: [ariadinaheringerbr@yahoo.com.br](mailto:ariadinaheringerbr@yahoo.com.br). Cel: (21) 9964-9961, (22) 2523-0627

CEP/SMS: Rua Afonso Cavalcanti 455, sala 601 Cidade Nova. E-mail: [cepsms@rio.rj.gov.br](mailto:cepsms@rio.rj.gov.br)  
 Tel: (21) 2293-5549

**APÊNDICE C – FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DOS SUJEITOS**

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO BIOMÉDICO  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM/MESTRADO**

**Projeto de Mestrado:** “Sentidos das práticas de saúde dos enfermeiros frente ao HIV/AIDS no Programa Saúde da Família”.

**Mestranda:** Ariádina Heringer

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sonia Acioli

**ROTEIRO DAS ENTREVISTAS**

**Entrevista N°**

**Data:**

**Duração – Início**

**Término:**

**Dados de identificação, formação e trabalho**

**I – PARTE**

- 1- Nome do Entrevistado:
- 2- Sexo:
- 3- Idade:
- 4- Tempo de formação:
- 5- Apresenta algum tipo de especialização:
- 6- Tempo de trabalho como enfermeiro no PSF:
- 7- Vínculo trabalhista:
- 8- Trabalho anterior ao PSF:
- 9- Realizou cursos de capacitação em PSF e DST/AIDS:
- 10- Nome da unidade de PSF que trabalha:
- 11- Tempo de implantação desta unidade:
- 12- Tempo de trabalho como enfermeiro nesta unidade:
- 13- Outras observações:



## APENDICE D – ROTEIRO DAS ENTREVISTAS

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO BIOMÉDICO  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM/MESTRADO**

**Projeto de Mestrado:** “Sentidos das práticas de saúde dos enfermeiros frente ao HIV/AIDS no Programa de Saúde da Família”

**Mestranda:** Ariádina Heringer

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sonia Acioli

### ROTEIRO DAS ENTREVISTAS

#### Eixos Temáticos

**1- Ações e Práticas dos Enfermeiros no Programa de Saúde da Família**

Fale um pouco das suas atividades e do seu dia-a-dia no PSF. Como são construídas? Para quem? Quem participa? Quando são realizadas? Como são desenvolvidas?

Como você percebe/vê essas práticas do enfermeiro no PSF?

**2- Ações e Práticas dos Enfermeiros no Programa de saúde da Família voltadas para o HIV/AIDS**

Fale um pouco das suas atividades voltadas para o HIV/AIDS no PSF. (Como são construídas? Para quem? Quem participa? Quando são realizadas? Como são desenvolvidas?)

Já identificou algum caso de HIV/AIDS na unidade. Fale um pouco sobre isso. Se sim o que faz (Conhecer o fluxograma do usuário HIV positivo)

Como você percebe/vê essas práticas do enfermeiro voltadas para o HIV/AIDS no PSF?

Agora fale um pouco de como você vê o papel do enfermeiro na AIDS.

**3- Fatores que influenciam na construção das práticas/ações voltadas para o HIV/AIDS no PSF**

Tem alguma coisa que influencie no desenvolvimento dessas ações?

## **APÊNDICE E – ROTEIRO DAS OBSERVAÇÕES**

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**  
**CENTRO BIOMÉDICO**  
**FACULDADE DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM/MESTRADO**

**Projeto de Mestrado:** “Sentidos das práticas de saúde dos enfermeiros frente ao HIV/AIDS no Programa de Saúde da Família”

**Mestranda:** Ariádina Heringer

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sonia Acioli

### **ROTEIRO DAS OBSERVAÇÕES**

#### **1- O ambiente:**

- local de realização das práticas

#### **2- O Comportamento do enfermeiro na prática**

- linguagem verbal e não verbal
- como se posiciona durante a realização da atividade

#### **3- A prática/ ações:**

- tipos de práticas (quais e como são desenvolvidas?)
- o comportamento dos usuários na prática
- duração da prática
- interação do enfermeiro com o usuário

**APÊNDICE F – CARTA AO COMITÊ DE ÉTICA**

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**  
**CENTRO BIOMÉDICO**  
**FACULDADE DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM/MESTRADO**

**Rio de Janeiro, 26 de setembro de 2006.**

**De:** Prof<sup>a</sup> Sonia Acioli de Oliveira e Ariádina Heringer

**Para:** Comitê de Ética da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro

Venho por meio desta, na posição de Professora do Programa de Pós-Graduação/Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e orientadora da mestranda Ariádina Heringer solicitar junto a esse comitê autorização para o desenvolvimento da sua pesquisa integrante do desenvolvimento da dissertação sob o título proposto **“Os sentidos das práticas de saúde dos enfermeiros frente ao HIV/AIDS no Programa de Saúde da Família”**, respeitando, contudo os pressupostos na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Atenciosamente,

Sonia Acioli de Oliveira

Ariádina Heringer

Pesquisador Orientador Responsável: Sonia Acioli de Oliveira, Prof<sup>a</sup> do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UERJ. E-mail: [soacioli@uerj.br](mailto:soacioli@uerj.br). Tel: (21) 2587-6362

Mestranda Responsável: Enfermeira Ariádina Heringer, aluna do Programa de Pós-Graduação/Mestrado da Faculdade de Enfermagem da UERJ. E-mail: [ariadinaheringerbr@yahoo.com.br](mailto:ariadinaheringerbr@yahoo.com.br). Cel: (21) 9964-9961, (22) 2523-0627

**ANEXO A – Divisão dos bairros da cidade do Rio de Janeiro em Áreas Programáticas ou de Planejamentos de acordo com a Secretaria Municipal de Planejamento e a Resolução nº 431 de 14 de abril de 1993. Rio de Janeiro, 2007.**

*Área de Planejamento 1.0*

Compreende a região denominada como *Zona do centro* da cidade englobando os seguintes bairros: Saúde, Gamboa, Santo Cristo, Caju, Centro, Catumbi, Rio Comprido, Cidade Nova, Estácio, São Cristóvão, Mangueira, Benfica, Vasco da Gama, Paquetá e Santa Teresa.

*Área de Planejamento 2.0*

Esta área de planejamento é dividida em duas subáreas que compreende os bairros da *Zona Sul* (A.P.2.1) e parte da *Zona Norte* (A.P.2.2)

- Área de Planejamento 2.1: Botafogo, Catete, Cosme Velho, Copacabana, Flamengo, Gávea, Glória, Humaitá, Ipanema, Jardim Botânico, Laranjeiras, Leme, Leblon, Lagoa, Rocinha, São Conrado, Urca e Vidigal.
- Área de Planejamento 2.2: Praça da Bandeira, Tijuca, Alto da Boa Vista, Maracanã, Vila Isabel, Andaraí e Grajaú.

*Área de Planejamento 3.0*

Esta área de planejamento também é subdividida em duas áreas, compreendendo assim a parte restante dos bairros da *Zona Norte* que não são englobados pela A.P 2.2:

- Área de Planejamento 3.1: Manguinhos, Bonsucesso, Ramos, Olaria, Penha, Penha Circular, Brás de Pina, Cordovil, Parada de Lucas, Vigário Geral, Jardim América, Ribeira, Zumbi, Cacuia, Pitangueiras, Praia da Bandeira, Cocotá, Bancários, Freguesia, Jardim Guanabara, Jardim Carioca, Tauá, Moneró, Portuguesa, Galeão, Cidade Universitária, Complexo do Alemão e Maré.
- Área de Planejamento 3.2: Higienópolis, Maria da Graça, Del Castilho, Inhaúma, Engenho da Rainha, Tomás Coelho, Jacaré, São Francisco Xavier, Rocha, Riachuelo, Sampaio, Engenho Novo, Lins de Vasconcelos, Méier, Todos os Santos, Cachambi, Engenho de Dentro, Água Santa, Encantado, Piedade, Abolição, Pilares e Jacarezinho,
- Área de Planejamento 3.3: Vicente de Carvalho, Vila da Penha, Vista Alegre, Irajá, Colégio, Campinho, Quintino Bocaiúva, Cavalcanti, Engenheiro Leal, Cascadura, Madureira, Vaz Lobo, Turiaçu, Rocha Miranda, Honório Gurgel, Oswaldo Cruz,

Bento Ribeiro, Marechal Hermes, Guadalupe, Anchieta, Parque Anchieta, Ricardo de Albuquerque, Coelho Neto, Acari, Barros Filho, Costa Barros, Pavuna e Vila Cosmos.

#### *Área de Planejamento 4.0*

Esta área de planejamento compreende a *Zona Oeste* juntamente com as áreas da 5.0. Na 4.0 encontra-se os seguintes bairros: Jacarepaguá, Anil, Gardênia Azul, Curicica, Freguesia, Pechincha, Taquara, Tanque, Praça Seca, Vila Valqueire, Joá, Itanhangá, Barra da Tijuca, Camorim, Vargem Pequena, Vargem Grande, Recreio dos Bandeirantes, Grumari e Cidade de Deus.

#### *Área de Planejamento 5.0*

Esta área encontra-se dividida em 3 subáreas: A.P 5.1, A.P 5.2 e A.P 5.3 com os seguintes bairros:

- Área de Planejamento 5.1: Padre Miguel, Bangu, Senador Camará, Vila Militar, Campo dos Afonsos, Jardim Sulacap, Magalhães Bastos, Deodoro e Realengo
- Área de Planejamento 5.2: Barra de Guaratiba, Pedra de Guaratiba, Santíssimo, Campo Grande, Senador Vasconcelos, Inhoaíba, Cosmos e Guaratiba.
- Área de Planejamento 5.3: Paciência, Santa Cruz e Sepetiba.

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)