



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

**Viviane Cordeiro dos Santos**

**Práticas do enfermeiro no Programa de HIV/AIDS nos Centros Municipais de  
Saúde no município do Rio de Janeiro**

Rio de Janeiro

2009

# **Livros Grátis**

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

Milhares de livros grátis para download.

VIVIANE CORDEIRO DOS SANTOS

**Práticas do enfermeiro no Programa de HIV/AIDS nos Centros Municipais de Saúde no município do Rio de Janeiro**

Dissertação apresentada, como requisito para a obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

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

Rio de Janeiro

2009

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

S596	<p>Santos, Viviane Cordeiro dos. Práticas do enfermeiro no Programa de HIV/Aids nos Centros Municipais de Saúde no município do Rio de Janeiro / Viviane C. Santos. - 2009. 80 f.</p> <p>Orientador: Sonia Acioli de Oliveira. Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.</p> <p>1. Enfermagem em saúde pública. 2. AIDS (Doença). 3. Serviços de saúde. 4. Enfermeiros. I. Oliveira, Sonia Acioli de. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDU 614.253.5</p>
------	---

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

---

Assinatura

---

Data

VIVIANE CORDEIRO DOS SANTOS

**Práticas do enfermeiro no Programa de HIV/AIDS nos Centros Municipais de Saúde no município do Rio de Janeiro**

Dissertação apresentada, como requisito para a obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovado em: 26 de março de 2009.

Banca Examinadora:

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sonia Acioli de Oliveira (Orientadora)  
Faculdade de Enfermagem da UERJ

---

Prof. Dr. Ruben de Araújo Mattos  
Instituto de Medicina Social da UERJ

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Carla Luiza França Araújo

Rio de Janeiro

2009

## DEDICATÓRIA

A Jeová Deus, por estar iluminando meus passos permitindo conhecer a verdade e seus propósitos!

Jullie,

Você é alguém que me faz feliz pela sua existência! Obrigada por me fazer conhecer o verdadeiro amor, aquele que não se explica, aquele que não precisa de nada, mas simplesmente existe. Apesar da falta de tempo durante esta trajetória, saiba que você foi a inspiração dos meus passos, em cada dificuldade que superei sempre a tive em meus pensamentos. A você que hoje, além de filha, permite-me ser mãe e amiga.

Pai,

Obrigada por sempre acreditar em mim em todas as ocasiões. A você que está sempre ao meu lado com todo esse carinho e dedicação.

Mãe,

Obrigada por ensinar a ser a pessoa que sou. Devo a você meu hábito de estudar e galgar sempre o melhor.

Eu Amo Vocês !!!

## AGRADECIMENTOS

À minha filha Jullie pela sua doce presença que revigora minhas forças!

Aos meus pais, Jorge e Maria José, pela participação em todas as etapas e auxílio em todas as dificuldades.

À minha querida avó Julita por sempre estar presente e me mostrar o valor da vida.

Ao meu primo Arthur por permitir participar de sua vida.

À minha orientadora Sonia Acioli por proporcionar nesses dois anos intenso aprendizado pessoal e profissional.

Às minhas companheiras de jornada Fernanda Spitz, Leila Schimt e Vanessa Almeida. Obrigada pelos inúmeros incentivos.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem que foram verdadeiros facilitadores do conhecimento.

Ao amigo Sergio Luis Aquino por ter permitido a participação na dinâmica da gestão pública e, principalmente, por seu profissionalismo exemplar.

À grande amiga Sandra Caixeiro pelo companheirismo, pela solicitude nos momentos mais difíceis desta trajetória e pelas conversas durante as caronas, que contribuíram muito para o crescimento pessoal.

À amiga Ariádina pelas inúmeras ajudas e compreensão em todas as fases desta trajetória.

Aos membros da banca examinadora: Ruben de Araújo Mattos e Carla Luzia França Araújo pela inestimável contribuição para a conclusão deste trabalho. E, aos suplentes: Ana Inês de Souza e Antonio Marcos Tosoli pela diligência na participação.

A todos os enfermeiros que, apesar das adversidades, prezam pela dignidade da pessoa humana.

Cada um de nós pode trabalhar para mudar uma pequena parte dos acontecimentos...  
A história é feita de inúmeros atos de coragem e crença.

John Kennedy

## RESUMO

SANTOS, Viviane Cordeiro dos. **Práticas do enfermeiro no Programa de HIV/AIDS nos Centros Municipais de Saúde no município do Rio de Janeiro**. 2009. 80 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

Trata-se de uma pesquisa de mestrado do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Teve como objetivo geral compreender e analisar as práticas do enfermeiro na assistência à saúde no Programa HIV/AIDS nos Centros Municipais de Saúde do Rio de Janeiro a partir do princípio da integralidade. Buscou-se a compreensão da prática do enfermeiro, pois devido à complexidade da epidemia, o paciente requer assistência que estabeleça qualidade de vida. Neste sentido, explorou-se o conceito de integralidade como embasamento para as ações em saúde nos diversos níveis de assistência em especial na atenção básica. O enfermeiro diante de uma perspectiva de integralidade quer no manejo clínico do portador, quer na prevenção da disseminação da doença nos diversos grupos populacionais, deve buscar uma prática profissional com vistas a priorizar as necessidades de saúde dos usuários. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, sendo esta abordagem a que possibilita a compreensão dos fenômenos e das ações humanas no que se refere à prática. A pesquisa foi desenvolvida no período 2008 a 2009, sendo o trabalho de campo desenvolvido através de observação livre e entrevistas semi-estruturadas. Os sujeitos consistiram de 12 enfermeiros que trabalham nos CMS no Programa HIV/AIDS. Os dados foram analisados visando buscar eixos temáticos a fim de transparecer as práticas e seus contextos, utilizando também os registros da observação livre. Através da análise temática emergiram duas categorias: O cotidiano da assistência no programa HIV/AIDS e a Prática do enfermeiro no programa HIV/AIDS, as quais deram origem a cinco subcategorias descritas a seguir: O cotidiano dos CMS e a organização da assistência voltada para o HIV/AIDS; Limitações político-institucionais que dificultam as ações de enfermagem no programa HIV/AIDS; A relação da equipe de saúde e o processo de trabalho no programa HIV/AIDS; Bases teóricas que orientam a prática do enfermeiro em HIV/AIDS nos CMS; e Modelos de atenção à saúde e a realidade vivenciada no programa HIV/AIDS. Podemos constatar que os serviços que atendem HIV/AIDS são estruturados basicamente com a presença dos profissionais de saúde e na estrutura física disponível para a assistência. Este fato influencia a chegada do paciente ao serviço e sua forma de atendimento. Constatou-se que a falta de estrutura física prejudica a percepção das necessidades de saúde do grupo populacional assistido, mas também isto nos remete a falta de preparo do profissional. Há muita dificuldade em articular o conhecimento teórico com a prática diária, isto é, com suas atividades de rotina. Neste caso, o enfermeiro busca, a partir das ações que são postas no dia-a-dia, superar essa indefinição na tentativa de dar respostas aos problemas de saúde que lhes são direcionados. Concluímos que há necessidade de condições mais específicas para o desenvolvimento de ações que possibilitem a visualização das necessidades de saúde desta clientela para que possa desenvolver a integralidade de forma consistente nos CMS do Rio de Janeiro.

Palavras-chave: Prática de Saúde. Integralidade. Enfermagem em Saúde Pública. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Serviços de Saúde Pública.

## ABSTRACT

The present work refers to a master's degree research of the Program of Masters degree of Faculdade de Enfermagem of Universidade do Estado do Rio de Janeiro. It had as general objective to understand and to analyze the nurse practices in the attendance in the HIV/AIDS Health Program in the Municipal Centers of Rio de Janeiro starting from the beginning of the integrality. We looked for the understanding of the nurse's practices, because due to the complexity of the epidemic, the patient requests attendance that establishes life quality. In this sense, we explored the integrality concept as base for the actions in health in the several levels of attendance especially in the basic attention. The nurse before an integrality perspective wants in the handling I practice medicine of the bearer, he wants in the prevention of the dissemination of the disease in the several population groups, it should look for a professional practice with views to prioritize the needs of the users' health. It is a study of qualitative nature it is verified that this approach makes possible the understanding of the phenomena and of the human actions in what refers to the practice. The research was developed in the period 2008 to 2009, being the field work developed through free observation and glimpses semi-structured. The subjects consisted of 12 nurses that work in the CMS in the HIV/Ads Program. The data were analyzed seeking to look for thematic axes in order to reveal the practices and your contexts, also using the registrations of the free observation. Through the thematic analysis two categories emerged: The daily of the attendance in the program HIV/Aids and the nurse Practice in the program HIV/Aids, which created five subcategories described to proceed: The daily of the CM and the organization of the attendance gone back to HIV/Aids; Political-institutional limitations that hinder the nursing actions in the HIV/Aids program; The relationship of the health team and the work process in the HIV/Aids program; Theoretical bases that guide the nurse practice in HIV/Aids in the CM and Models of attention to the health and the reality lived in the program HIV/Aids. We can verify that the services that assist HIV/Aids are structured basically with the professionals' of health presence and in the available physical structure for the attendance. This fact influences the arrival of the patient to the service and your attendance form. We verified that the lack of physical structure harms the perception of the needs of health of the attended population group, but also this sends us the lack of the professional's preparation. There is a lot of difficulty in articulating the theoretical knowledge with the daily practice, which is with your routine activities. In this case, the nurse looks for starting from the actions that they are put in day by day, to overcome that undefined in the attempt of giving answers to the problems of health that are addressed them. We concluded that there is need of more specific conditions for the development of actions that make possible the visualization of the health needs of this client so that it can develop the integrality in a consistent way in the CMS of Rio de Janeiro.

Keywords: Health's Practice. Integrality. Nursing in Public Health. Syndrome of Acquired Imunodeficiência. Services of Health.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>1 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	17
1.1 <b>Prática da Integralidade: aproximação teórica e definições</b> .....	17
1.2 <b>Breve Relato Epidemiológico da AIDS no Brasil</b> .....	21
1.2.1 <u>Contexto da Estruturação do Programa HIV/AIDS</u> .....	24
1.2.2 <u>Importância e Implicações na Adesão ao Tratamento para Portadores de HIV/AIDS</u> .....	27
1.3 <b>A Atenção Básica de Saúde e a Orientação de Modelos Assistenciais</b> .....	29
1.3.1 <u>Ações de Saúde em HIV nas UBS</u> .....	34
<b>2. ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA</b> .....	36
2.1 <b>A Entrada no Campo de Estudo</b> .....	38
2.2 <b>Caracterização dos Sujeitos e Análise dos Dados</b> .....	41
<b>3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	46
3.1 <b>O Cotidiano dos CMS e a Organização da Assistência voltada para o HIV/AIDS</b> .....	46
3.2 <b>Prática do Profissional Enfermeiro no Programa HIV/AIDS</b> .....	53
3.2.1 <u>Limitações Político-institucionais que Dificultam as Ações em Saúde no Programa HIV/AIDS</u> .....	54
3.2.2 <u>Relação da Equipe de Saúde e o Processo de Trabalho no programa HIV/AIDS</u> .....	56
3.2.3 <u>Bases Teóricas que Orientam a Prática do Enfermeiro em HIV/AIDS nos CMS</u> .....	60
3.2.4 <u>Modelos de Atenção à Saúde e a Realidade Vivenciada no Programa HIV/AIDS</u> .....	62
<b>4 CONCLUSÃO</b> .....	65
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	68
<b>ANEXO A – Divisão da Cidade do Rio de Janeiro em Áreas Programáticas</b> .....	74
<b>APÊNDICE A – Termo de Autorização da Pesquisa ao Comitê de Ética</b> .....	77
<b>APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> .....	78
<b>APÊNDICE C – Roteiro para observação</b> .....	79
<b>APÊNDICE D – Roteiro das Entrevistas</b> .....	80

## INTRODUÇÃO

O presente estudo se refere à dissertação de mestrado inserida na linha de pesquisa “Políticas e Práticas em Saúde Coletiva e Enfermagem” da Universidade do Estado de Janeiro (UERJ) e pretende focar a prática desenvolvida pelo enfermeiro considerando a integralidade da atenção à saúde no que concerne à assistência no programa de doenças sexualmente transmissíveis (DST) especialmente em HIV/AIDS (Vírus da Imunodeficiência Adquirida/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) que são atendidos nos Centros Municipais de Saúde (CMS) do Rio de Janeiro.

Está inserido também no projeto de pesquisa dessa mesma instituição intitulado-se “Papel dos enfermeiros frente à Aids na Atenção Básica de Saúde no município do Rio de Janeiro: Sentidos e Práticas” e está articulado ao grupo de pesquisa “A promoção da saúde de grupos populacionais”.

O interesse por esse tema iniciou-se na graduação com a aproximação à problemática de HIV/AIDS a partir de minha inserção no projeto Juventude Carioca desenvolvido no NESA (Núcleo de Estudo da Saúde do Adolescente) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. No referido projeto tive a oportunidade de participar de oficinas e seminários com temáticas em saúde pública, tais como: promoção da saúde, políticas públicas, sexualidade, gravidez na adolescência, doenças sexualmente transmissíveis, dentre outros.

Desta forma, sensibilizei-me quanto à importância do enfermeiro no desenvolvimento de práticas de saúde nos diversos campos de atuação em saúde e pude constatar a necessidade da atuação profissional com o advento da AIDS. Esta experiência resultou no tema da minha monografia de conclusão do curso de graduação.

Com o término da graduação iniciei a residência em Enfermagem em Saúde Pública pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UNIRIO), onde durante as atividades práticas tive oportunidade de atuar na Coordenação Municipal de DST/AIDS do Rio de Janeiro. Nesse espaço inteirei-me de temas como: vigilância epidemiológica (critérios de avaliação de casos), manejo clínico do portador de AIDS em unidades básicas de saúde, experiência em pesquisa com novas drogas para o tratamento da AIDS, sistema logístico de medicamentos e importância da adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso do portador de HIV/AIDS, participação no planejamento de cursos de atualização de profissionais de saúde que lidam com portadores de HIV/AIDS, manejo clínico

da doença, dentre outros. E, durante as atividades desenvolvidas havia o planejamento de visitas de supervisão nas unidades de saúde em especial nos CMS, com o objetivo de verificar o funcionamento do sistema logístico de medicamentos, local e temperatura do ambiente de armazenamento, as orientações dadas durante a retirada do medicamento, dentre outras atividades.

A experiência vivenciada suscitou o interesse sobre a prática do enfermeiro no contexto do programa HIV/AIDS e permitiu uma análise crítica da atuação profissional em unidades básicas de saúde, uma vez que nesse cenário torna-se mais próxima a relação da equipe de saúde com os pacientes, o que possibilita uma atenção diferenciada.

Neste sentido, a AIDS remete as ações de saúde que contemplem assistência integral, uma vez que há diversos esforços nas esferas governamentais e não-governamentais para o controle da doença e a prevenção de casos novos através de ações de vigilância à saúde. O Programa Nacional de DST/AIDS apresenta uma proposta de integração dos níveis de atenção, corroborando com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e com atuação na atenção básica (BRASIL, 2006).

Segundo dados do Ministério da Saúde (2001), as DST sempre tiveram significado importante para a saúde pública e com surgimento da AIDS ficou evidente a sua relevância enquanto fator de risco. Desta forma, passaram a ser reconhecidas e valorizadas pelas autoridades de saúde, comunidade científica e população em geral.

Este estudo se insere no campo da Atenção Básica. O Ministério da Saúde (1999) define atenção básica como sendo “um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação”.

O artigo sétimo da Lei 8.080/90, § 2º, descreve a integralidade na assistência como “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”. E ainda, de acordo com o texto constitucional o sistema de saúde se organiza sob três diretrizes: a descentralização com direção única em cada esfera de governo; o atendimento integral e a participação da comunidade.

Confirma-se, assim, a importância da atuação dos profissionais que lidam com essa problemática, uma vez que devem estar em consonância com as características tanto do programa de HIV/AIDS quanto na política de atenção básica.

A AIDS foi identificada no início dos anos 80 e se constitui num expressivo problema de saúde pública mundial ainda nos dias atuais. A epidemia afeta todos os grupos sociais com predominância da faixa etária de 20 a 39 anos, impondo diversos desafios aos órgãos governamentais uma vez que constitui a população economicamente ativa (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2007).

Dada a complexidade e a dinâmica da epidemia, o paciente requer assistência multi e interdisciplinar e principalmente, atuação efetiva da equipe de enfermagem. Assim sendo, parece importante explorar o conceito de integralidade como embasamento para as ações em saúde nos diversos níveis de assistência em especial na atenção básica. O enfermeiro diante de uma perspectiva de integralidade quer no manejo clínico do portador, quer na prevenção da disseminação da doença nos diversos grupos populacionais, deve buscar uma prática profissional com vistas à qualidade de vida.

As ações em saúde com vistas à integralidade da atenção visam, portanto, a garantia de uma assistência aos portadores de HIV/AIDS a fim de proporcionar qualidade de vida a partir da articulação das ações de prevenção e assistência. Deste modo, vale ressaltar a importância dos serviços de saúde uma vez que estes assumem papel estratégico na absorção dos conhecimentos de novas práticas de integralidade em saúde, à medida que reúnem no mesmo espaço, diferentes perspectivas e interesses de distintos atores sociais (PINHEIRO, LUZ, 2007). Os serviços de saúde, em especial os CMS, são instituições que privilegiam a prática de assistência aos grupos populacionais e podem ser lócus de mudanças das ações com vistas à integralidade da atenção.

Diante do exposto, torna-se necessária a contextualização sobre enfermagem e sua atuação no campo da saúde coletiva e da integralidade. De acordo com Paim (2000), o campo de conhecimento da saúde coletiva contribui com o estudo do fenômeno saúde-doença em populações; investiga a produção e reprodução social e também analisa a prática de saúde (processo de trabalho) na sua articulação com as demais práticas sociais. Assim, o campo científico da saúde coletiva envolve práticas interdisciplinares e atenta para as necessidades sociais de saúde dos atores sociais.

Segundo Almeida e Rocha (1997), “a enfermagem de saúde pública não só acompanha as terminologias de modelos de saúde, que foram se constituindo historicamente, como toma as fundamentações do conjunto de disciplinas e saberes que compõe a saúde coletiva enquanto marco referencial”. Os mesmos autores defendem que “para alcançar a saúde coletiva, o trabalho de enfermagem tem se diversificado indo desde o ‘cuidar’ de enfermagem, seja do indivíduo, família e grupos da comunidade, passando pelas ações educativas, até a participação no planejamento em saúde”.

Ainda de acordo com Paim; Almeida (2000), “esse movimento significa incorporar o conceito de prática de saúde, privilegiando as dimensões objetivas do processo de trabalho, mas também as relações técnicas e sociais que permeiam tais práticas”. As percepções de determinados grupos com relação as suas práticas cotidianas indicam valores e concepção diferenciados, os quais estão relacionados aos contextos e redes sociais de que fazem parte.

A história epidemiológica da AIDS vem sendo modificada após a introdução da terapia anti-retroviral de alta potência (TARV), levando a “cronificação” da doença e ao aumento da sobrevivência dos portadores. Este fato remete ao questionamento das ações em saúde para essa clientela visando à busca de ações eficazes e da garantia de uma assistência adequada. Segundo Dourado et al (2006), “a TARV somada às ações de prevenção e controle da infecção pelo HIV e outras DST, tem resultado em alterações no padrão da epidemia de AIDS”. O Brasil é o único país em desenvolvimento a garantir o acesso universal e gratuito aos medicamentos anti-retrovirais no sistema único de saúde (SUS), a partir de 1996. Esta iniciativa é sustentada através de políticas de sustentabilidade e avaliação do Programa Nacional de DST/AIDS. Desse modo, ressalta-se a importância do enfermeiro no acompanhamento dos portadores, uma vez que poderá desenvolver cuidados em prol da qualidade de vida desses pacientes a partir de ações pautadas do ideário da integralidade em saúde.

De acordo com levantamentos bibliográficos, pode-se constatar a escassez de trabalhos sob a temática HIV/AIDS em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Segundo Acioli et al. (2006), em levantamento realizado em teses e dissertações no período 1980 a 2005, utilizando os descritores “HIV/AIDS” e “enfermagem”, constatou-se um número de trabalhos totalizando 128. Destes, somente sete (07) utilizaram como campo de estudo a UBS. Em outro estudo realizado por Oliveira et al. (2006) com os mesmos descritores, porém analisando periódicos brasileiros de enfermagem (artigos) no mesmo período, foram identificados 26 periódicos, entre os quais 15 com artigos indexados. Constatou-se um total de 152 artigos, porém somente 13 trabalhos utilizaram a unidade básica de saúde ou ambulatorios como campo de estudo. Com isso, constata-se a importância de trabalhos que discutam HIV/AIDS na atenção básica para que se possa compreender a inserção do enfermeiro no contexto que envolve as ações em HIV/AIDS.

Em levantamento realizado em periódicos brasileiros de enfermagem sobre HIV/AIDS e integralidade explorou-se durante o mês de julho de 2007 os seguintes bancos: Biblioteca Virtual em Saúde – Enfermagem (BVS- Enfermagem); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da

Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library On-line (SCIELO). Utilizando-se como descritores “HIV ou AIDS” e “integralidade” constatou-se um total de vinte e três produções, sendo dezoito na LILACS, três na BVS enfermagem e duas na SCIELO.

Observou-se a partir da análise da produção científica supracitada que o enfermeiro diante de uma perspectiva de assistência integralizada busca fomentar uma visão mais holística em relação a sua prática profissional em HIV/AIDS e construir ações sob perspectiva em consonância com os princípios do SUS com vistas a atender as necessidades de saúde e proporcionar qualidade de vida aos portadores.

Sendo assim, surge o interesse em estudar o contexto das práticas do enfermeiro no Programa HIV/AIDS desenvolvidas nos CMS do município do Rio de Janeiro, a fim de responder ao seguinte questionamento: como ocorre a prática assistencial do enfermeiro no Programa HIV/AIDS desenvolvidas nos CMS do Rio de Janeiro?

Com base no exposto a presente pesquisa tem como objetivo geral: compreender e analisar as práticas do enfermeiro na assistência à saúde no Programa HIV/AIDS nos Centros Municipais de Saúde do Rio de Janeiro a partir do princípio da integralidade. E como objetivos específicos: identificar as práticas do enfermeiro a partir da estruturação do Programa HIV/AIDS nos CMS do Rio de Janeiro; e analisar as práticas do enfermeiro no Programa HIV/AIDS considerando o princípio da integralidade nas ações em saúde nos CMS.

Com este estudo, buscou-se aprimorar o entendimento do contexto da prática do enfermeiro a partir da compreensão do cotidiano deste profissional nos CMS no que concerne o programa HIV/AIDS. Cabe ressaltar que esse estudo não tem pretensão de supervalorizar este profissional em detrimento de outros, mas contribuir para a reflexão do papel do enfermeiro a partir da visão da integralidade e, para tanto, acredita-se que a prática interdisciplinar se faz necessária para que se incorporem as orientações do SUS.

A fim de contemplar o objeto proposto, a apresentação deste estudo foi dividido em seis partes, as quais serão descritas a seguir.

Na primeira parte explicita-se o tema da pesquisa, o objeto e objetivos, a justificativa do estudo, o estado da arte, a relevância do tema.

Na segunda parte, é apresentado o referencial teórico no qual o objeto de estudo está inserido e contempla uma discussão teórica acerca das temáticas intituladas como: Prática da Integralidade: aproximação teórica e definições; Breve relato epidemiológico da AIDS no Brasil; Contexto da estruturação do Programa de DST/AIDS; Importância e implicações quanto à adesão ao tratamento para

portadores de HIV/AIDS; e na última parte do referencial teórico discuti-se sobre a Atenção Básica da Saúde e a orientação de modelos assistenciais e Ações de saúde em HIV nas UBS.

A terceira parte contempla a abordagem teórico-metodológica, a qual se subdivide em: o campo de estudo; a entrada no campo de estudo; caracterização dos sujeitos e análise dos dados.

Na quarta parte realizou-se a análise e discussão dos dados coletados embasados nos autores que ajudam na fundamentação teórica acerca das temáticas encontradas. Para tanto, foram constituídas duas categorias que emergiram do processo de análise: O cotidiano da assistência e a organização da assistência voltada para o HIV/AIDS e a Prática do enfermeiro no programa HIV/AIDS. Após aprofundar a análise da segunda categoria foram descritas quatro subcategorias a seguir: Limitações Político-institucionais que Dificultam as Ações de Enfermagem no Programa HIV/AIDS; A relação da Equipe de Saúde e o Processo de Trabalho no Programa HIV/AIDS; Bases Orientadoras da Prática do Enfermeiro em HIV/AIDS nos CMS e Modelos de Atenção à Saúde e a Realidade dos Enfermeiros no Programa HIV/AIDS.

A quinta parte contempla as considerações finais do estudo, que não tem como objetivo esgotar a temática, mas antes fomentar a discussão acerca da prática do enfermeiro no campo da saúde coletiva/pública. Esperamos que esta pesquisa possa contribuir para ampliar as ações em saúde e que favoreça uma prática voltada para o ideário da integralidade e qualidade de vida nos serviços de saúde.

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

## 1 - REFERENCIAL TEÓRICO

O presente capítulo visa embasar a discussão acerca do objeto de estudo e fornecer subsídios teóricos para a análise da prática do enfermeiro no programa HIV/AIDS no espaço das unidades básicas de saúde. Para tanto, considerou-se importante a discussão sobre a prática da integralidade, contextualização das unidades básicas e os modelos de assistência à saúde e a apropriação atualizada das questões que envolvem o HIV e a AIDS no contexto das práticas de saúde e da enfermagem.

### 1.1 Prática da Integralidade: aproximação teórica e definições

A temática “integralidade em saúde” surgiu a partir do interesse de articular este eixo teórico com a idéia de prática em saúde o que é pertinente ao objeto de estudo em questão.

O estudo da integralidade tem sido objeto de discussão no campo da saúde e, reconhecido como expressão polissêmica, com seus possíveis sentidos convergindo quanto à contraposição ao reducionismo, a fragmentação e objetivação dos sujeitos. E também, as expressões dos sentidos da integralidade nos remetem a características desejáveis para uma sociedade mais justa, aproximando-se com o sentido de valor societal, corroborando com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). A preocupação em não definir o termo expressa-se no cuidado para não abortar alguns dos seus sentidos ao escolher um único embasamento teórico-conceitual (MATTOS, 2001).

A integralidade, entendida como uma prática de saúde, está relacionada às idéias que se articulam à atenção básica e à saúde coletiva. A inexistência de um conceito único de fato sobre o que seria a integralidade demonstra seu caráter polissêmico e, ao mesmo tempo um estímulo em buscar suas potencialidades sendo oportuno o debate do tema.

Ao refletir sobre o termo integralidade, entende-se primariamente este como diretriz do SUS, tendo sua amplitude voltada no texto constitucional à atenção integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízos dos serviços assistenciais.

Neste sentido, observa-se a integralidade como um direito universal à saúde. Para Mattos (2005), “o pleno exercício do direito à saúde implica na garantia do direito de acesso aos serviços de saúde para que se possam articular as necessidades de saúde e as ações desse campo o que nos remete à compreensão da integralidade na assistência à saúde”.

Segundo Mattos (2005), “o termo integralidade expressa três grandes sentidos. O primeiro seria a integralidade expressa como um atributo das práticas de saúde corroborando a legislação. O segundo refere-se ao modo de organizar os serviços de saúde e o terceiro indica um atributo das políticas de saúde específicas” (isto é, as respostas governamentais a certos problemas de saúde ou aos problemas de alguns grupos específicos). O mesmo acrescenta que os sentidos de integralidade estão inseridos no direito universal de atendimento às necessidades de saúde.

Para Junior (2007), a integralidade é uma rubrica conveniente para o agrupamento de um conjunto de tendências cognitivas e políticas com alguma imbricação entre si, mas não completamente articuladas. Pode-se identificar, a grosso modo, um conjunto de tradições argumentativas que desembocam nesse agregado semântico: por um lado, um discurso propagado por organismos internacionais, ligados às idéias de atenção primária e de promoção da saúde; por outro, a própria demarcação de princípios identificada em pontos esparsos da documentação oficial das propostas do Ministério da Saúde.

Deste modo, um primeiro sentido de integralidade defendido por Mattos (2007), relaciona-se com o texto constitucional de atendimento às necessidades de saúde e acesso às ações e serviços a qual delinea três diretrizes do SUS: a descentralização com direção única em cada esfera de governo, o atendimento integral e a participação da comunidade. Nesta abrangência denomina-se a integralidade como uma bandeira de luta ou “imagem objeto” que caracteriza as práticas de saúde a partir de um conjunto valores pelos quais se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária (MATTOS, 2006, p. 43).

As noções de integralidade, assim como os demais princípios e diretrizes do SUS, foram forjadas num lugar de oposição, a partir de uma crítica radical às práticas, às instituições e à organização do sistema de saúde. E também, a integralidade deve estar relacionada à organização dos serviços e das práticas de saúde orientando os profissionais em suas ações.

A integralidade da atenção constitui forte poder de expressar ou traduzir de forma muito viva o ideário de superação das injustiças resultantes da estrutura social e amplamente discutida na Reforma Sanitária nos anos 70. Para Cecílio (2005, p.118), “integralidade e a equidade, ‘enquanto objetivos da atenção à saúde vão além do simples consumo’ ou acesso a determinados serviços e nos remetem ao campo das micropolíticas de saúde e suas articulações, fluxos e circuitos”. Para o referido autor, pensar integralidade implica em “analisar as necessidades de saúde, a partir da potencialidade dos

trabalhadores e da rede de serviços a partir de uma escuta diferenciada do cuidado em saúde para se priorizar as ações em saúde”.

Sob a ótica sócio-histórica da discussão de integralidade, surgiu um movimento conhecido nos Estados Unidos como *medicina integral*, o qual criticava o fato de os médicos adotarem diante de seus pacientes uma atitude cada vez mais fragmentária. Com uma perspectiva da especialização médica gerando uma prática voltada para o funcionamento dos sistemas orgânicos, tornando a assistência à saúde reduzida à compreensão biológica em detrimento das considerações psicológicas e sociais envolvidas. Desta forma, iniciou um movimento de redução da visão dicotômica da saúde, reconhecendo-se a prática profissional como eixo de intervenções. Este movimento no Brasil ficou conhecido com medicina preventiva e foi o lócus de resistência ao regime militar nos anos 70, o que originaria o movimento de reforma sanitária.

Nesta fase, surgem também os ideários da saúde coletiva como crítica à saúde pública e tinha como premissa considerar as práticas em saúde como práticas sociais. A ênfase nos aspectos biológicos, a perspectiva fragmentada, a hierarquização implícita de saberes são quase que programaticamente opostas às idéias agregadas a integralidade (JUNIOR, 2007, p.40).

Assim, possibilita a compreensão de um segundo grupo de sentidos defendido por Mattos, 2007, p.45, para a integralidade no bojo da noção de atitudes e práticas no sistema de saúde. Este conjunto de sentidos está relacionado à organização dos serviços e das práticas de saúde. Na década de 70, vivia-se em consolidação de uma antiga divisão entre as instituições responsáveis pela saúde pública e pela assistência médica. As práticas de saúde pública estavam vinculadas às ações do Ministério da Saúde e, os técnicos da saúde pública deveriam identificar as necessidades mais típicas da saúde pública e organizar propostas de intervenção. Já as práticas assistenciais ao Ministério da Previdência Social os quais deveriam processar a demanda por atendimento o que caracteriza a prática dicotômica dos gestores e profissionais da saúde.

Nesse aspecto, a dicotomia está no bojo da discussão da integralidade, uma vez que se observa a necessidade de articulação das práticas assistenciais e de saúde pública para melhor compreensão e atendimento às demandas de saúde da população.

E, um terceiro conjunto de sentidos do termo integralidade denominou-se políticas específicas para se obter resposta governamental aos problemas de saúde que atingem determinados grupos populacionais. Segundo Mattos (2007), em certo momento, “é possível identificar quais são os

problemas e questões tomados a sério pelos que atuam no governo e os que suscitam políticas específicas”.

No Brasil, o movimento feminista trouxe a discussão sobre integralidade a partir do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, no âmbito do Ministério da Saúde. E, a partir da análise crítica das formas de enfrentamento das questões relacionadas à saúde da mulher sem contextualização do processo de adoecimento e desvincilhada da visão apenas reprodutora tem-se a distinção da saúde reprodutiva para uma assistência integral, compreendendo, por exemplo, a importância do planejamento familiar.

Neste sentido, a noção de integralidade expressa a convicção de que cabe ao governo responder a certos problemas de saúde pública, e que essa resposta deve incorporar tanto as possibilidades de prevenção quanto as assistenciais.

Mattos (2007), cita como exemplo de políticas que se têm pautado pela integralidade “a política brasileira frente a AIDS, sobretudo desde 1996”. Destaca que “a resposta brasileira recusou o ‘receituário’ internacional, assumindo o direito ao acesso gratuito dos anti-retrovirais a todos os que deles necessitam sem descuidar das ações voltadas para a prevenção”.

Compreendendo o processo saúde-doença a partir de um conceito ampliado e como determinação social e historicamente construídas e que sofrem influência dos modos de viver em cada espaço social. É possível entender que a integralidade deve ser trabalhada em várias dimensões. Neste sentido, Cecílio (2005) relata que a integralidade deve ser fruto do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde, sejam eles um centro de saúde, uma equipe de saúde da família ou um hospital.

Visando abarcar as necessidades de saúde constatamos que estas podem estar envolvidas na busca de alguma resposta para as más condições de vida, a procura de vínculo efetivo com algum profissional, a necessidade de ter maior autonomia no modo de agir, ou ainda ter acesso a alguma tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar sua vida.

Com isso, observou-se que a busca pelos serviços de saúde através de uma queixa (ou demanda) que o usuário possa ter nos remete a analisar sua real motivação que pode não estar contemplado em questões objetivas. Para Luz e Pinheiro (2007), “a demanda é um conceito histórico, particular à economia de mercado, ligado a esta e restrito ao poder aquisitivo individual”. Ou seja, demanda é a quantidade do bem ou serviço que as pessoas desejam consumir em determinado período de tempo, considerado suas restrições orçamentárias.

Esta discussão nos permite refletir que os profissionais quando pautado num conceito ampliado de saúde tende a avançar no que diz respeito à demanda momentânea que possa estar exposto a fim de obter resultados mais satisfatórios, obtendo ações pautadas para as necessidades de saúde.

A partir do exposto, entende-se que embora seja instituído constitucionalmente o acesso universal e atenção integralizada à saúde ainda não alcançou níveis desejáveis na atenção à saúde. Para se concretizar o direito à saúde aos cidadãos faz-se necessário à compreensão “abrangente” da saúde como uma prática pautada pela integralidade e concreta do cotidiano dos serviços prestados à população.

E também, a partir da análise dos enfoques dos autores que discutem o tema pode-se constatar que a integralidade é um princípio que deve nortear as práticas em saúde. Estas práticas constituem desde a amplitude individual das ações em saúde até a formulação de políticas de saúde mais universais. Assim, os serviços de saúde devem apreender as necessidades de saúde da população através do diálogo com os atores sociais a fim proporcionar uma prática embasada no ideário da integralidade para uma adequação da atenção à saúde.

Com vistas a compartilhar o ideário da integralidade, pretendeu-se através do arcabouço teórico acima descrito, encontrar na prática de assistência do enfermeiro a orientação de suas ações em saúde para pessoas que convivem com o HIV/AIDS e são acompanhadas nos CMS do município do Rio de Janeiro. Compreende-se que o programa HIV/AIDS está embasado no conjunto de conceitos que constituem a saúde como direito de acesso aos serviços e insumos, portanto este fato deve orientar as ações dos profissionais atuantes em prol da qualidade de vida dos usuários

## **1.2 Breve Relato Epidemiológico da Aids no Brasil**

Para compreender a problemática HIV/AIDS nos dias atuais é necessário discutir não só a conceituação, mas também aspectos históricos e epidemiológicos que envolvem a dinâmica da resposta brasileira a epidemia bem como as formas de enfrentamento da mesma.

Segundo o Ministério da Saúde (2007), “a AIDS é a manifestação clínica da infecção pelo vírus causador da imunodeficiência (HIV) que pode levar, em média, oito anos para se manifestar”. Considerando-se todos os casos registrados no banco de dados de AIDS do município do Rio de Janeiro desde o início da epidemia em 1982 até o dia 15 de outubro de 2008 foram notificados 40.090 casos de AIDS. Este número, se refere a todas as pessoas que se tratam no município considerando tanto as que são residentes quanto as não residentes. Foram notificados 33.090 casos em adultos e 895 em crianças

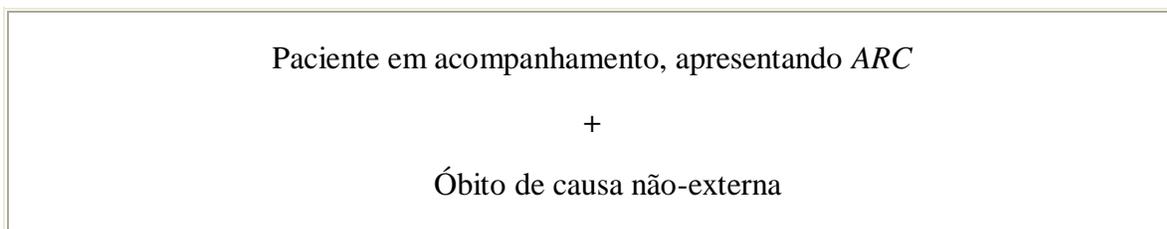
residentes no município o que reflete 85% dos casos de AIDS no Rio de Janeiro. O percentual de 15% refere-se aos moradores de outros municípios da região metropolitana, do interior do estado ou mesmo de outros estados, que foram atendidos nas unidades de saúde situadas no município do Rio de Janeiro.

Considera-se importante ressaltar que o campo de estudo, ou seja, os CMS participam da notificação dos casos de AIDS. Para tanto, é interessante reconhecer os critérios de notificação de casos de AIDS. O Brasil adotou parâmetros que auxiliam na determinação dos mesmos em maiores de 13 anos, os quais estão descritos no quadro a seguir:

<p>1 – CDC<sup>1</sup> Modificado</p> <p style="text-align: center;">Evidência laboratorial da infecção pelo <i>HIV</i></p> <p style="text-align: center;">+</p> <p style="text-align: center;">Diagnóstico de determinadas doenças indicativas de AIDS ou Evidência laboratorial de imunodeficiência</p>
<p>2 - Rio de Janeiro/Caracas</p> <p style="text-align: center;">Evidência laboratorial de infecção pelo <i>HIV</i></p> <p style="text-align: center;">+</p> <p style="text-align: center;">Somatório de pelo menos 10 pontos, de acordo com uma escala de sinais, sintomas ou doenças</p>
<p>3 - Critério Excepcional <i>CDC</i></p> <p style="text-align: center;">Ausência de evidência laboratorial da infecção pelo <i>HIV</i></p> <p style="text-align: center;">+</p> <p style="text-align: center;">Diagnóstico definitivo de determinadas doenças indicativas de imunodeficiência</p>
<p>4 - Critério Excepcional Óbito</p> <p style="text-align: center;">Menção de AIDS em algum campo da Declaração de Óbito</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p style="text-align: center;">Investigação epidemiológica inconclusiva</p>
<p>5 - Critério Excepcional ARC<sup>2</sup> + Óbito</p>

<sup>1</sup> Centros para o Controle de Doenças e Prevenção

<sup>2</sup> Complexo Relacionado à AIDS



Quadro 1: Critério de definição de casos de AIDS em indivíduos com 13 anos ou mais

Encontrou-se um acréscimo de referências laboratoriais para auxiliar na definição de casos de AIDS. Houve a inclusão do carcinoma cervical invasivo e uso de contagem de linfócitos T CD4/ CD8 abaixo de 350 células/mm<sup>3</sup> como definidores de casos em indivíduos com 13 anos ou mais. Esta mudança deve-se a realidade nosológica existente no Brasil, uma vez que tais indicativos estão associados aos pacientes com AIDS.

Analisando os dados do boletim epidemiológico do município do Rio de Janeiro publicado em 2008, constatamos mudanças importantes no perfil das formas de transmissão do vírus tanto em homens quanto em mulheres desde o surgimento dos primeiros casos no Brasil. Entre os homens, houve redução importante na proporção dos casos entre homossexuais desde a década de 90, observando-se, portanto, uma estabilização no número de casos a partir desse tipo de comportamento. Em contrapartida, houve aumento nos casos atribuídos a relações heterossexuais, devendo-se este fato também, ao aumento da proporção do número de casos entre as mulheres.

Essas mudanças no perfil epidemiológico da transmissão do HIV no município do Rio de Janeiro foram constatadas em todo o Brasil. Pensando as ações em saúde para esta população esses dados assumem grande importância uma vez que propicia a adequação das práticas dos profissionais.

O advento da AIDS tem gerado questionamentos desde seu surgimento em diversos campos tais como, ético, religioso e científico em todo o mundo. Para se compreender a doença conhecida como AIDS, é necessário definir o problema em seu contexto. Segundo Galvão (2000), “a resposta brasileira à epidemia de HIV/AIDS sofreu influência primariamente da mídia que impulsionou a divulgação da doença até então desconhecida”. Mais tarde, as respostas seguiram diversos setores tanto governamentais como não governamentais, e também do setor privado e internacional.

Segundo Ministério da Saúde (2004):

“AIDS trouxe à tona fissuras importantes entre ciências e ideologias, entre questão ética, moral e de intervenção técnicas, entre solidariedade e exclusão. O medo gerado por uma doença inicialmente pouco conhecida, que remetia a sexualidade, a morte, acrescida dos preconceitos

sociais previamente existentes levou a práticas públicas equivocadas, caracterizadas pela recusa e por outras formas de preconceito em relação ao atendimento nos serviços de saúde, sem mencionar a realização de testes compulsórios para admissão em emprego, e a exclusão de crianças e adultos com HIV/AIDS do convívio social”.

Sabe-se que até a metade da década de 90, mais de 80% do total de casos da doença estavam concentrados nas regiões sudeste e sul. Porém, as taxas de incidência nestas regiões vêm apresentando declínio nos últimos anos, acompanhando o discreto aumento do número de casos no nordeste e mais acentuado no norte, segundo dados do boletim epidemiológico de 2007 (PN-DST/AIDS-MS). No primeiro, a taxa de incidência subiu de 6,9 para 10,6 de 2000 a 2007 e, no norte de 6,8 para 14.

Foram necessárias mais de duas décadas de respostas à epidemia para que se generalizasse a idéia de que um ambiente social discriminatório e preconceituoso, assim como modelos de intervenção que invadem a privacidade e os direitos das pessoas vivendo com HIV/AIDS, são contra-producentes para os programas de prevenção e assistência dos mesmos.

Com o avanço do número de casos de HIV, e também da AIDS (conjunto de sinais e sintomas do estágio de doença através do HIV) desde o final da década de 80, diversas pesquisas em torno do controle viral e da manutenção da qualidade de vida dos portadores da doença vêm ampliando o conhecimento científico não só para controle e tratamento do HIV como também, de várias outras patologias associadas a AIDS. Dentre os principais avanços está o tratamento medicamentoso que vem sob investimento das autoridades governamentais nacionais e internacionais, aumentando a qualidade de vida dos portadores bem como diminuindo o número de internações hospitalares.

### 1.2.1 Contexto da Estruturação do Programa de DST/AIDS

Desde fins do ano de 1981, artigos são publicados pela mídia em Nova Iorque e São Francisco, sobre casos de doenças que acometiam jovens pretensamente saudáveis cuja característica comum era de que se tratavam de homossexuais masculinos. Ao mesmo tempo, a imprensa brasileira se articulava politicamente. Galvão (2000), refere que no caso brasileiro, a epidemia de HIV/AIDS acontece em um momento especial devido a passagem do governo militar para o democrático. E também, grupos da sociedade civil organizados como os homossexuais e profissionais de saúde se empenharam num redesenho da assistência pública à saúde, no que ficou conhecido como movimento da Reforma Sanitária.

Em 1982, na primeira eleição direta para governador em anos, participante da reforma sanitária inicia experiências institucionais de integração entre as varias esferas da atenção à saúde. Surgem as Ações Integradas em Saúde, ensaio do que seria futuramente o SUS.

Em 1983, são feitos os primeiros diagnósticos da nova doença conhecida como AIDS, sendo então criado oficialmente o primeiro programa de controle da doença implantado primeiramente em São Paulo, e logo após no Estado do Rio de Janeiro no âmbito da Divisão de Dermatologia Sanitária, seguindo-se a formação da Divisão Nacional de DST e AIDS.

Assim, com o referencial epidemiológico da época, surge a expressão “grupos de risco”, que incluíam os homossexuais masculinos, hemofílicos, usuários de drogas injetáveis e haitianos. As pesquisas avançaram e o caráter infeccioso se propaga através de hemoderivados, sujeitos a processos de filtragem, levando à suspeita de que a contaminação acontecia através de um vírus. Mais tarde a doença foi denominada “vírus da imunodeficiência humana”.

Já em 1985 são liberados os primeiros testes diagnósticos, baseados na detecção de anticorpos para o vírus. Surge à dimensão da soropositividade, e com ela todo um novo espectro de possibilidades tecnológicas. Os casos e óbitos de AIDS crescem e o Programa Nacional de DST/AIDS é criado em 1986. Nesta fase também, são criadas entidades voltadas para a dimensão social da epidemia, como o GAPA (Grupo de Apoio à Prevenção é AIDS) e a ABIA (Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS).

Na mesma época, ocorre a VIII Conferência Nacional de Saúde que consagra as idéias da reforma sanitária, e também, torna-se parte da carta magna do país com a promulgação, em 1988, da nova constituição do país e o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Programa Nacional DST/AIDS foi aprovado em 1985 e sua criação em 1986 foi feita por meio da portaria 236 do Ministério da Saúde. A missão do Programa Nacional de DST/AIDS é “reduzir a incidência de HIV e melhorar a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS”. Para isso são definidas diretrizes, tais como: melhoria da qualidade dos serviços públicos oferecidos aos portadores de HIV; redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis; aumento da cobertura do diagnóstico e do tratamento das DST e da infecção pelo HIV; aumento da cobertura das ações de prevenção em mulheres e populações com maior vulnerabilidade; redução do estigma e da discriminação e da melhoria da gestão e sustentabilidade.

Em 1994, o Brasil assina um primeiro acordo com o Banco Mundial incentivando a participação de ONGs (Organizações Não-Governamentais) aumentando a participação política nos planejamento

dos programas de prevenção à AIDS. A primeira medicação com eficácia no país foi a zidovudina, a qual também se mostrou eficaz na transmissão vertical. Uma das características essenciais do programa brasileiro tem sido sua fundamentação na indissociabilidade das ações de prevenção e assistência, entendimento que perdurou mesmo antes da introdução da terapia anti-retroviral.

Em 1996, com introdução dos inibidores de protease, utilizando-se simultaneamente com outras drogas (conhecido como “coquetel”), representou uma importante vitória na luta contra a doença. Essa combinação detém a progressão da doença e evita a deterioração do sistema imunológico, diminuindo as taxas de mortalidade. Galvão (2000) aponta para “a importância da realização da XI Conferência Internacional de AIDS, em Vancouver, como um evento que discutiu a implementação de ações de controle da epidemia principalmente, no que tange à medicação”. Com o passar do tempo, a estratégia de distribuição universal de medicamentos não se mostra por si só eficaz à medida em que os gastos aumentam com o tratamento e o número de pessoas que se tornam resistentes a medicação aumentam, levando a problemas na manutenção do tratamento. Observou-se que a mera distribuição dos medicamentos não garante a qualidade do tratamento, sendo necessária a atuação do profissional adequada para monitorar a resposta dos pacientes e adequação do seu estilo de vida.

A resposta brasileira à epidemia repercutiu na realização do programa brasileiro de controle do HIV e AIDS como avanços importantes no contexto internacional. Suas características mais marcantes, a integração entre prevenção e assistência, a incorporação da perspectiva de direitos civis à prevenção, a universalidade, entre outras, são por um lado reflexo dos princípios do SUS.

Neste sentido, o Programa Nacional de DST e AIDS é o produto complexo de uma série de linhas interdependentes que co-evoluíram ao longo destes vinte anos, que tiveram nos órgãos governamentais, nas organizações da sociedade civil e na área acadêmica parceiros em constante cooperação, em que pesem os eventuais e inevitáveis atritos, porém com uma dinâmica construção de subsídios para conter a epidemia do HIV.

### 1.2.2. Importância e implicações quanto à adesão ao tratamento para portadores de HIV/AIDS

Com o advento dos anti-retrovirais no tratamento da AIDS, observou-se uma melhora significativa na qualidade de vida dos pacientes passando a se delinear uma nova fase da epidemia agora com características de cronificação. O Brasil foi o primeiro país em desenvolvimento a adotar a política de distribuição em grande escala de medicação para controlar a infecção. Para tanto, um grupo de especialistas através de um comitê assessor, assume a responsabilidade de formular anualmente consensos terapêuticos a fim de respaldar o tratamento medicamentoso, oportunizando a padronização dos esquemas terapêuticos.

Na cidade do Rio de Janeiro, os CMS têm o papel, dentre outros, o de dispensar medicamentos para o controle do HIV. Para tanto, é oportuno a discussão sobre adesão.

Adesão ao tratamento deve ser entendida como um processo de mudança de estilo de vida uma vez que há necessidade de adaptação de diversos fatores inter-relacionados com o dia-a-dia dos pacientes. Para tanto, deve-se reconhecer os medicamentos, adaptar os alimentos necessários para a manutenção da saúde, ter bom relacionamento com o profissional de saúde que o acompanha e principalmente participar ativamente do tratamento. Ou seja, faz-se necessária uma visão do paciente considerando seu ambiente e características. Neste sentido, a enfermagem pode ter uma prática assistencial que leve em consideração todos os aspectos que envolvem a adesão ao tratamento.

Em um sentido mais amplo está vinculada aos aspectos relacionados com qualidade de vida, envolvendo não apenas a tomada dos medicamentos, mas um conjunto de ações como: a disponibilização de acesso aos serviços de saúde, a regularidade nas consultas, a frequência na realização de exames, os cuidados com a alimentação e a higiene, o conhecimento e aceitação da patologia, e o uso de medidas de prevenção secundária, entre outras.

Porém, para se alcançar um nível ótimo de adesão, há diversas barreiras a serem superadas que contribuem para a falha no tratamento como a adesão inadequada. É sabido que fatores como a quantidade de medicamentos, as reações adversas (intolerância), a necessidade de períodos de jejum, a incompatibilidade entre as drogas, a dificuldade na compreensão das metas da terapia e da implicação do seu uso inadequado, contribuem para dificultar o processo terapêutico.

Nos últimos anos, tem sido observada uma importante diminuição das internações hospitalares, na ocorrência de complicações oportunistas e da mortalidade associada ao HIV em diversos países. A

infecção pelo HIV passou a ser vista como uma doença de caráter evolutivo crônico e potencialmente controlável.

O tratamento medicamentoso para conter a infecção encontra-se subdividido em combinações de três ou mais medicamentos de classes diferentes. Este esquema é conhecido como HAART (de Highly Active Antiretroviral Therapy, em inglês - terapia anti-retroviral de alta potência), também conhecido popularmente como “coquetel”. Porém, o uso dos anti-retrovirais (ARV), requer cuidados específicos na conservação e administração de acordo com a terapia prescrita. Por isso, faz-se necessário o conhecimento dos efeitos adversos, interações medicamentosas, forma e horário específico para administração dos ARV. Este fato reflete a importância da prática profissional em torno de condutas que auxiliem o tratamento.

Segundo o Manual Boas Práticas de Adesão (2004), “existem vários fatores que se relacionam entre si e que envolvem o paciente como o seu meio, os profissionais de saúde que o assistem e o local onde realiza seu tratamento”. Mas, a adesão é quase sempre apontada como um fator que se relaciona ao paciente excluindo outras questões que denotam a complexidade deste tratamento.

A adesão, portanto, deve ser concebida como uma atividade contínua entre o paciente e os profissionais, em que cada um tem uma parcela de responsabilidade. Isto pressupõe a construção de um vínculo entre o indivíduo e a equipe multidisciplinar que o assiste.

A falta de adesão causa resistência viral que por sua vez, ocasiona falha clínica, terapêutica e insucesso do tratamento. O número e as combinações de medicamentos disponíveis são limitados, o uso irregular desses anti-retrovirais pode criar situações nas quais serão necessárias combinações com mais de quatro drogas, o que acaba por comprometer ainda mais a aderência (termo mais utilizado nos EUA). Estudos disponíveis sobre o tema mostram que a taxa de aderência aos anti-retrovirais varia entre 40% e 80%. Paterson et al (apud Chaisson, 1999), evidenciaram que, “para manter a carga viral indetectável por tempo mais longo e obter aumentos significativos na contagem de linfócitos CD4+, a aderência aos medicamentos deve ser superior a 90%”.

Estudos avaliam os fatores que afetam a capacidade de adesão ao tratamento em pacientes com HVI/AIDS, os quais têm mostrado algumas características básicas, tais como: os aspectos sócio-econômicos, caso analisados isoladamente, não são geralmente fatores preditivos de adesão; a capacidade dos profissionais de saúde em predizer se um paciente terá ou não uma boa adesão ao tratamento é geralmente baixa; até o momento, o uso de marcadores biológicos, dosagem de níveis

séricos das drogas ou de outros parâmetros laboratoriais para a avaliação da adesão do paciente ao tratamento apresenta, na maioria das vezes, mais desvantagens do que vantagens em sua análise, o que dificulta o seu uso em termos práticos; a adesão ao tratamento diminui à medida que a complexidade (número de drogas, números de comprimidos e número de doses ao dia) e a duração do esquema proposto aumentam; a adesão ao tratamento diminui à medida que o regime proposto interfere nas atividades e estilo de vida do paciente, bem como quando interfere nos hábitos alimentares dos pacientes (necessidade de se tomar os medicamentos em jejum ou com refeições e também quando apresenta efeitos colaterais); a adesão ao tratamento tende a ser menor em pacientes com uma atitude pessimista em relação à sua doença e com comportamento depressivo; a adesão ao tratamento geralmente é menor se a comunicação e a interação entre o paciente e o profissional de saúde são deficientes (CHEEVER, 1999; CHESNEY, 2000).

O tratamento do HIV/AIDS é peculiar em relação ao tratamento de outras doenças crônicas por interferir muito no cotidiano pela alta toxicidade, devido às prescrições aos assintomáticos, e por conta de ser uma terapia com tempo indeterminado de duração. Por isso, as equipes de saúde devem atentar para o acompanhamento sistemático de todos os pacientes em tratamento antes mesmo de iniciar a terapia medicamentosa visando uma melhor aderência.

### **1.3 A Atenção Básica de Saúde e a Orientação de Modelos Assistenciais**

A partir da década 70, a Reforma Sanitária trouxe profundas mudanças no sistema de saúde brasileiro, as quais contribuíram na definição da atenção básica como sendo porta de entrada para o sistema de saúde. Nesta fase, identificou-se a possibilidade de se desenvolver modelos tecnológicos e assistenciais alternativos, que marcaram uma extensão de cobertura médica de baixo custo. Esta fase envolveu diversos segmentos da sociedade como profissionais liberais, intelectuais, lideranças comunitárias e organizações populares que participaram do processo de redemocratização da sociedade brasileira. Para Merhy (1997), a reforma sanitária tornou-se o eixo da reformulação da rede básica de saúde, sendo um lugar de efetivação das práticas de saúde que reposiciona o sentido de todo o processo de produção de serviços.

Segundo Merhy (1997, p. 197), o processo de reforma estatal visa uma extensão da cobertura e uma maior efetividade no conjunto das ações em saúde o que torna a rede básica um ponto estratégico para a realização de práticas.

A partir da constituição de 1988, a organização do sistema de saúde na perspectiva da atenção básica aparece como um caminho indicativo de unificação de um modelo de atenção voltado para o SUS, e como meio de construção de uma nova institucionalidade e produção de serviços, para além dos modelos médico-hegemônico e burocrático-sanitário. Prevendo que a totalidade das ações deve ser desenvolvida em um conjunto de níveis, organizada em uma rede regionalizada e hierarquizada, ou seja, de acordo com a complexidade das ações de saúde e com a tecnologia adequada em cada instância de assistência à saúde. O texto constitucional afirma ainda ser dever do Estado garantir o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde e defende o atendimento integral articulando as dimensões.

No entanto, antes discorrer sobre esse nível de atenção, faz-se necessário pontuar que o SUS teve sua regulamentação através da aprovação das Leis Orgânicas da Saúde (Leis 8.080 e 8.142, ambas de 1990), que detalham o funcionamento do SUS com suas diretrizes e princípios. Sendo assim, é possível defini-lo como um sistema que tem como objetivo a promoção, proteção e recuperação da saúde, por intermédio de ações integradas em nível assistencial e preventivo, incluindo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, saúde do trabalhador e assistência terapêutica integral (CARVALHO; MARTIN; CODORNI JUNIOR, 2001).

Desta forma, a Norma Operacional Básica de 1993 (NOB, 1993) representou uma proposta de organização do sistema de saúde a partir da atenção básica. Esta organização ocorre principalmente por meio da rede da Atenção Básica de Saúde (ABS) e, por conseguinte das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Estas não podem ser pensadas apenas como um lugar para o atendimento de problemas de saúde de menor complexidade, mas antes como o local de resolução dos principais problemas e agravos à saúde da população (BRASIL, 2000).

A implementação do SUS vem colocando uma série de desafios e oportunidades para o avanço do processo de reorientação da gestão e das práticas de saúde em todos os níveis de atenção e em especial em nível local. A construção de um modelo de atenção à saúde que inclua atividades intersetoriais junto aos indivíduos, famílias e grupos sociais e que seja adequado aos problemas e necessidades de saúde da população com vistas a elevar a qualidade de vida é um debate atual.

Goulart (1999) defende que “o caráter primordial para o entendimento da questão dos modelos de atenção no Brasil foi à chamada Medicina Comunitária, movimento de inovação da assistência à saúde, com raízes derivadas de várias experiências internacionais, que teve sua introdução em nosso país como processos articulados à experiência e programas desenvolvidos e mantidos por universidades”. A Medicina Comunitária teve seu substrato teórico, político e ideológico na Conferência Internacional de

Alma Ata, em 1978, a partir da qual praticamente se confunde com as palavras de ordem geradas: cuidados primários de saúde.

No Brasil o principal desdobramento deste ideário teve sua maior expressão com a implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF). O contexto da política de saúde brasileira contribui para a reorientação das práticas mediante a expansão do sistema de assistência à saúde, sendo a principal resposta neste âmbito dada pelos representantes governamentais (BRASIL, 2001 b). E, a ABS compreende uma estratégia para alcançar o aumento da cobertura das ações de saúde na população a partir da oferta de serviços constituídas e operacionalizadas de maneira articulada e integrada nas UBS.

O modelo assistencial sustentado pelo SUS define uma oferta organizada em nível local mantendo relações funcionais e programáticas com a demanda espontânea nas unidades de saúde. Portanto, é uma tentativa de atenção à saúde onde a clientela teria acesso à assistência de acordo com a demanda e também de forma programática.

Segundo Nemes (1996, p. 48), a ação programática em saúde pode ser definida como uma proposição de organizar o trabalho em saúde fundamentada no ideal da integração sanitária, para o que busca inspirar-se em tecnologias de base epidemiológica. A partir desse pensamento foram desenvolvidas respostas aos dilemas vivenciados pela população, principalmente no que concerne a legitimação das ações em saúde e formulação e implementação de políticas públicas. Sabe-se que a lógica de organização do sistema de saúde no Brasil se deu a partir da estruturação dos programas de saúde o qual procura articular ações de cunho individual (atendimento médico) e também ações coletivas em prol da resolução dos problemas de saúde da população.

Mattos (2004) diz que a assistência vincula-se a uma experiência individual de sofrimento e as ações preventivas são definidas apenas a partir da experiência dos profissionais. Acrescenta que esta assistência só é possível porque nosso conhecimento permitiu reconhecer precocemente a doença antes que esta gere sofrimento. Desta forma, adotamos os programas de saúde com um eixo organizador das práticas, iniciando a formação de modelos de atenção, com vistas a padronizar as respostas aos principais agravos acometidos na população, utilizando base epidemiológica na busca de respostas aos agravos e situações problemas de grupos populacionais.

De acordo com Carvalho e Ribeiro (1998), os modelos assistenciais são definidos a partir da forma de organização das diversas ações de intervenção do processo saúde-doença. Destaca-se a importância das formas de articulação e organização dos recursos de diversas naturezas (físicos,

tecnológicos, humanos, etc) necessários ao enfrentamento dos problemas de saúde. E, ainda segundo os mesmos autores, os modelos assistenciais são “construções históricas e sociais, ou seja, condicionados pelo modo de desenvolvimento das sociedades e do período histórico a que se referem, resultando, além do mais, de um processo de disputas e acordos entre atores sociais”.

A construção de um novo modelo em consonância com as diretrizes do SUS – universal igualitário e integral - possui um verdadeiro caráter de “luta contra-hegemônica”, em que se destacam componentes de saber, ideologia e ação política, com o deslocamento da ênfase na questão dos serviços para as condições de saúde e seus determinantes. E, mais ainda, delimitam características que um sistema de saúde deve possuir para orientar as práticas de saúde.

Paim (2003) refere que os modelos assistenciais em dias atuais, “são apresentados como hegemônicos e alternativos, sendo o primeiro relacionado com a concepção médica assistencial privatista e o segundo por propostas alternativas que contemplem os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)”. O primeiro é o hegemônico e se baseia na organização dos serviços em conformidade com a demanda espontânea, onde os usuários procuram o atendimento de acordo com seu sofrimento e/ou conhecimento quanto às questões de saúde/doença. É um modelo que se volta essencialmente para a cura do corpo doente. Já na segunda concepção, os modelos assistenciais vêm sendo pensados e experienciados visando uma mudança de lógica de atenção, baseada nas necessidades de saúde da população, as quais são identificadas mediante estudos epidemiológicos, com uma oferta organizada de serviços planejados, a partir dos referenciais de territorialização com vistas à integralidade das ações em saúde.

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 poder clínico, pautado em uma prática de saúde fragmentada em especialidades e tecnologias (SILVA JUNIOR, 2006).

É de extrema importância a construção de papéis para esta rede básica, que se traduzem pela construção de um modelo de atenção que permita, junto ao conjunto dos usuários, realizar práticas que acolham, vinculem e resolvam, no sentido de promover e proteger a saúde, no plano coletivo e ainda que os mesmos visem o enfrentamento de problemas individuais e coletivos. Segundo Franco e Merhy (2006), tais tecnologias promovem “o cuidado e a autonomia dos usuários, bem como a proteção e defesa da vida”.

Lucena et al. (2006) discutem que o modelo assistencial “é uma construção histórica, política e social, organizada num contexto dinâmico, para atender aos interesses de grupos sociais”. Os referidos

autores dizem que “o surgimento do modelo clínico no final do século XVII, paralelo ao surgimento do capitalismo, num movimento social de transformação do hospital, enquanto local e instrumento de cura”. As transformações sociais advindas do capitalismo fizeram com que o corpo humano passasse a ser visto como uma fonte de lucro, tanto para quem cuidava como para quem era cuidado, pois se constituía numa força de trabalho (ALMEIDA; ROCHA, 1997).

A UBS deve atender as demandas de forma equânime e integral, devendo ter uma alta resolutividade das intercorrências, encaminhando para serviços especializados apenas os casos de maior complexidade. Além disso, a UBS é responsável pelo acompanhamento programático de grupos etários considerados prioritários, tais como menores de um ano, gestantes e idosos ou de portadores de doenças crônicas (como a hipertensão arterial sistêmica, diabetes, tuberculose, desnutrição, doenças sexualmente transmissíveis, etc). Deve ter, minimamente, uma instalação física com sala de imunização, consultórios médicos (de ginecologia/obstetrícia, pediatria e clínica médica), sala de curativo, de inalação, de atendimento de enfermagem, consultório odontológico, sala de reuniões, sala de espera, expurgo, esterilização, de administração de medicamentos, etc (ANDRADE et al., 2001).

As principais dificuldades encontradas na implementação de um modelo de assistência que consolide os princípios do SUS, como por exemplo, o acesso aos serviços de saúde, a falta de adequação da oferta de serviços às necessidades e demandas de saúde, a ausência de integralidade das ações dentre outros, traz à tona uma discussão mais fidedigna de novas práticas em saúde para a ampliação das ações à realidade dos indivíduos ou usuários do sistema de saúde. Este fato também dificulta a apreensão ampliada das necessidades de saúde da população dificultando respostas eficazes aos problemas.

Entretanto, constatou-se que estas duas concepções permanecem nas práticas em saúde nos dias atuais. Sabe-se que desde a década de 40, sob a influência de movimentos populares e pressão da classe trabalhadora por políticas de bem-estar social impôs-se a redefinição de modelos de saúde e surgiram propostas alternativas ao modelo ainda hegemônico (SILVA JUNIOR, 2006).

Desse modo, as ações estariam em constante articulação de assistência e prevenção para melhorar as respostas às necessidades de saúde e ampliar a qualidade das práticas de saúde nos diversos campos de atuação do sistema de saúde brasileiro.

### 1.3.1 Ações de Saúde em HIV/AIDS na ABS

A atenção básica deve ser o ponto de partida eficaz para as respostas às demandas de saúde. Fortalecendo este ideário há discussões em nível governamental afirmando que:

cabe a este nível de atenção o papel de informar a população quanto às ações de prevenção de doenças e de promoção a saúde, assisti-la de forma contínua e resolutiva, e encaminhar os doentes, quando necessário, aos serviços de referência, com agilidade e precisão (BRASIL, 2006).

Desta forma, o papel das UBS é peculiar uma vez que a própria localização do serviço pode ser facilitador do processo de formação de vínculo entre os envolvidos, e por isso possui um papel importante na prevenção de doenças e informações para a população de maneira geral, sendo, portanto o lócus privilegiado das ações em saúde. E, o enfermeiro exerce nesta instância a função primordial de elo entre os usuários e o serviço de forma a proporcionar ações educativas e de assistência voltados para a temática em questão.

E ainda de acordo com o documento governamental, as atribuições específicas dos enfermeiros na atenção básica podem ser, dentre outras: realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde; conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações.

Estas ações estão embasando a prática assistencial do enfermeiro no contexto da Atenção Básica em especial os CMS.

Embora não haja cura para infecção pelo HIV, nos dias atuais é possível garantir qualidade de vida a essa população principalmente por meio do diagnóstico precoce e tratamento adequado dos casos, o que inclui a informação e participação ativa da pessoa portadora em seu tratamento.

Na cidade do Rio de Janeiro a Gerência Municipal de DST/AIDS foi criada no ano de 1992 e compartilha dos mesmos objetivos do Programa Nacional. Possui uma rede ambulatorial, hospitalar e de laboratórios para atender às necessidades do programa. Ainda assim, conta com parcerias locais como universidades, organizações não-governamentais, dentre outras. Os serviços oferecidos pela gerência encontram-se disponíveis em diversas unidades de saúde respeitando os critérios das áreas de planejamento do município.

São amplas as possibilidades de ações nas UBS, as quais devem incluir dentre outros: atividades educativas para a promoção à saúde e prevenção; aconselhamento para testes diagnósticos e para adesão à terapia instituída; diagnóstico precoce; tratamento adequado da grande maioria das DST; encaminhamento dos casos que não competem a esse nível de atenção (BRASIL, 2006, p. 10).

E ainda, defende que as UBS resolutivas e de fácil acesso são capazes de promover um forte impacto na epidemia do HIV/AIDS e na incidência das DST no país. Constatou-se que as ações educativas e assistenciais devem ser preconizadas nas UBS de forma a oportunizar diagnóstico e tratamento precoce. Para tanto, os serviços devem realizar uma abordagem multidisciplinar integrada. Em relação ao encaminhamento dos pacientes para outros níveis de atenção, não houve esclarecimento sobre os critérios que envolvem esta ação por parte dos profissionais.

A integralidade da atenção prestada pelas UBS deve incluir ações de promoção, prevenção e assistência, garantindo o acesso a aconselhamento, abordagem clínico-diagnóstica, cuidados de enfermagem, apoio e suporte social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Acreditamos que este cenário torna-se estratégico no desenvolvimento das ações em saúde e pode se apresentar como um campo importante de reflexão e de práticas embasada pela integralidade por permitir uma proximidade com os usuários e organização dos serviços que promova um melhor acesso e reflexão crítica das vulnerabilidades em torno das DST na população assistida.

Dentro da ABS os Centros Municipais de Saúde assumem um papel importante no atendimento e ações em HIV/AIDS. Primariamente por ser o local da notificação casos e encaminhamento dos doentes para os serviços de referência e também por possuir em sua estruturação, profissionais que trabalham nos diversos Programas de Saúde e que tem ações importantes neste sentido. O campo citado deve esclarecer, portanto o quadro clínico apresentado na demanda dos usuários e quando necessário encaminhar os casos aos serviços especializados tais como: Serviços de Assistência Especializada (SAE), Hospital Dia (HD), Hospital Convencional (HC) e Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT).

## 2 ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA

Neste capítulo será apresentado o caminho percorrido para o desenvolvimento deste estudo. Esta pesquisa trouxe importantes reflexões sobre o método científico devido às particularidades vivenciadas no campo.

Acredita-se que para identificação de determinadas práticas sociais num campo é preciso tentar compreendê-la a partir da visão do grupo social envolvido, percebendo assim de que forma elas são organizadas. Neste sentido, as práticas em saúde são construídas através de vários *habitus* que estão relacionados à interiorização de normas e valores presentes na cultura. Assim, estas práticas sofrem interferências de vários elementos e podem ser percebidas como maneiras de fazer, que implicam estratégias e táticas de pessoas ou de grupos em determinados contextos, no sentido de busca da definição de suas práticas.

Tendo em vista o exposto é útil incorporar neste trabalho o conceito de *habitus*. Em reflexão sobre o tema, Acioli (2000, p. 10) diz que:

A elaboração da noção de *habitus* parece ter sido motivada pela possibilidade de rompimento com o paradigma estruturalista, sem o recurso à filosofia do sujeito ou da consciência, ou à economia clássica (mecanicismo). Ao pensar a questão da mediação entre o agente social e a sociedade, Bourdieu retoma o debate entre objetivismo e subjetivismo. Este busca articular o ator social e a estrutura de forma dialética, através do conhecimento praxiológico, outro tipo de abordagem epistemológica.

Outro conceito importante para o desenvolvimento deste estudo se relaciona com a *prática* e *práxis*. Esta definição auxilia na identificação dos sentidos utilizados na referência às práticas sociais. Neste sentido, Acioli (2001, p. 158) refere que:

*Práxis*, que significa ação em grego, é um termo referente a uma 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 a ação objetiva do homem quanto suas produções subjetivas, articulando ações e intenções.

Desta forma, as práticas são estruturadas a partir do *habitus* as quais são objetivadas através da atividade humana concreta (ação). Estas concepções teóricas se fazem necessárias para a construção do objeto de pesquisa em questão uma vez que são ferramentas que auxiliam na compreensão do cotidiano das práticas dos enfermeiros. Entendemos os sujeitos participantes deste estudo como agentes do

processo de construção social e histórico das práticas em saúde, as quais resultam de relações interpessoais (usuário - profissional e profissional – profissional) e sofrem também influências da filosofia das instituições.

Escolheu-se realizar uma pesquisa qualitativa, pois esta compreende o problema a partir da perspectiva dos sujeitos que a vivenciam de acordo com o contexto social no qual ocorre o evento (LEOPARDI, 2001, p.135). Assim, constatou-se que esta abordagem possibilita a compreensão dos fenômenos e das ações humanas no que se refere à prática profissional. E ainda, 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).

Para a realização da pesquisa foram obtidos dados através da entrevista semi-estruturada e dos registros da observação livre. A opção pela entrevista se deu pela compreensão de que esta é uma forma privilegiada de interação social. Segundo Minayo (2007, p. 65), “quando se trata de uma sociedade ou de grupo marcado por conflitos, cada entrevista expressa de forma diferenciada a luz e a sombra da realidade, tanto no ato de realizá-la como nos dados que aí são produzidos”.

Esta opção também se deve ao fato de a mesma servir como um apoio claro na seqüência de questões e assegurar que as hipóteses ou pressupostos serão descobertos na conversa (MINAYO, 2006). Assim corroborando 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 [...]”.

A escolha pela observação livre ocorreu devido à necessidade de registro do cotidiano nos CMS, e também devido aos problemas que interferiram na coleta de dados, o qual será explicitado no sub-capítulo a entrada no campo. O campo de estudo apresentou importantes contribuições para a compreensão dos contextos e especificidades do campo. Esta técnica tem como objetivo registrar as informações referentes ao trabalho de campo e, sendo assim, deve ser considerado como um documento pessoal que dará base a análise e discussão dos dados (VICTORIA et al., 2000).

Neste sentido a interface entre as técnicas de pesquisa utilizadas parece auxiliar a compreensão da prática dos enfermeiros, uma vez que facilita a análise das mesmas em momentos distintos a partir de seu contexto.

Durante a observação livre buscou-se identificar em todas as unidades questões que envolviam o cenário das práticas tais como: postura profissional e o ambiente; o modo da escuta durante as consultas; a interação enfermeiro-paciente; as formas de encaminhamentos internos e externos e também a presença de grupos que caracterizariam a consulta coletiva ou uma forma de grupos voltados para educação e saúde. Porém, devido as intercorrências vivenciadas não foi possível realizar a observação de forma densa em todas as unidades, como descrito no sub-capítulo referente a entrada no campo.

O roteiro da entrevista (anexo) consta de três perguntas acerca do cotidiano dos sujeitos e suas ações dentro do programa HIV/AIDS. A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a junho de 2008. Foram colhidas 12 entrevistas com os enfermeiros que trabalham com HIV/AIDS nos CMS.

Objetivando 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 19 de dezembro de 2007 e o parecer aprovado sob o protocolo 217/07.

Considerando a extensão territorial e a diversidade do cotidiano dos serviços de saúde, optou-se por realizar a pesquisa a partir das entrevistas e dos registros da observação com os enfermeiros que assistem a portadores de HIV/AIDS dentro deste programa em todos os CMS.

Os critérios de inclusão dos sujeitos deste estudo foram os enfermeiros que atuam no Programa HIV/AIDS nos CMS por um tempo mínimo de seis meses. Acredita-se assim que este sujeito poderá ter mais oportunidade de reconhecimento da dinâmica da assistência ao cliente uma vez que o enfermeiro que responde pelo programa de HIV/AIDS tem mais oportunidades de atuar e refletir as ações em saúde. A partir desse conteúdo foi proposto fazer uma articulação entre a ação (prática) e o seu discurso (o que se fala sobre esta prática).

## **2.1 A Entrada no Campo de Estudo**

Os campos de estudo foram os Centros Municipais de Saúde (CMS) do Rio de Janeiro, sendo este um campo importante para o desenvolvimento das ações em saúde em HIV/AIDS, tais como notificação, assistência e dispensação de medicamentos. A cidade do Rio de Janeiro se localiza 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. Está dividida em subáreas denominadas Áreas de Planejamento (Anexo A), que por sua vez são formadas por regiões administrativas e bairros, os quais são utilizados pela Prefeitura de cidade para planejamento e implementação de suas políticas públicas (Secretaria Municipal de Saúde, 1999). De acordo com a divisão em áreas de planejamento, o município do Rio de Janeiro se encontra subdividido em dez grandes áreas programáticas ou de planejamento (AP).

Os CMS que desenvolvem atividades do programa HIV/AIDS são: AP 1 - CMS I José Messias do Carmo, CMS II Marcolino Candau, CMS VII Ernesto Z. Tibau Junior, CMS XXIII Ernani Agrícola; AP 2.1 - CMS IV Manoel José Ferreira, CMS V João Barros Barreto, CMS VI Píndaro de Carvalho; AP 2.2 - CMS VIII Heitor Beltrão, CMS IX Maria Augusta Estrela; AP 3.1 - CMS X Américo Veloso, CMS José Paranhos Fontenele, CMS Necker Pinto; AP 3.2 - CMS XII Ariadne Lopes de Menezes, CMS XIII Milton Fontes Magarão; AP 3.3 - CMS XIV Clementino Fraga; AP 4.0 - CMS XVI Jorge Saldanha B. de Mello; AP 5.1 - CMS XVII Waldir Franco; AP 5.2 - CMS XVIII Belizário Penna; AP 5.3 - CMS XIX Lincon de Freitas Filho.

Após a aprovação desta pesquisa no comitê de ética municipal, a situação de entrevista foi sempre precedida de um contato prévio com o diretor de unidade, em que a proposta da pesquisa e o tema da entrevista sejam explicados através de e-mail e/ou pessoalmente aos diretores dos CMS, para a partir daí ocorrer o agendamento das mesmas. No entanto, houve questionamento por parte dos diretores das unidades quanto à aprovação do comitê de ética e a falta de conhecimento do desenvolvimento da pesquisa por parte das Coordenações de Áreas (CAPS). Este fato gerou transtornos e grande atraso para o início da coleta de dados, uma vez que a pesquisa seria realizada em todas as Áreas Programáticas e o próprio Comitê de Ética orientou que, para aprovação, seria necessário a ciência da gerente municipal do programa HIV/Aids e sua assinatura em documento próprio. Porém diversos diretores de unidades, devido à falta do Centro de Estudos, só permitiram a realização do estudo após a CAP estar ciente da pesquisa.

Por isso, em diversas unidades houve a necessidade de retomar a fase de aprovação e levar o projeto de pesquisa e a folha de aprovação para todas as CAP responsáveis pelos CMS e aguardar o agendamento das visitas a fim de iniciar a pesquisa nas unidades.

Outro fato ocorrido foi à intensa procura pela vacina contra a febre amarela nos CMS, pois viveu-se uma verdadeira corrida pela vacinação devido ao aumento do número de casos no estado, principalmente no estado de Minas Gerais o que levou a mudança na rotina de trabalho de todos os profissionais de saúde em especial os que trabalham nos CMS. Este fato dificultou a realização da pesquisa num primeiro momento, uma vez que os sujeitos da pesquisa também estavam envolvidos nesta problemática.

Ao retornar ao campo cerca de 15 dias após, ocorreu no Rio de Janeiro uma das mais graves epidemias de dengue o que demandou dos Centros Municipais de Saúde uma grande mudança em toda a rotina de trabalho, envolvendo profissionais, horários de trabalho dentre outras. Pode-se observar o número excessivo de pessoas com toda a sintomatologia da virose em filas de espera, alguns sendo atendidos em soroterapia nos consultórios e às vezes em macas ou cadeiras nos corredores. A Secretaria Municipal de Saúde teve de aumentar a carga horária dos funcionários, modificar os turnos de trabalho, incluindo o domingo.

Houve, assim, novo adiamento para a realização das entrevistas. Devido ao quadro epidêmico os enfermeiros que trabalham no programa de HIV/AIDS estavam escalados no atendimento emergencial aos pacientes com suspeita de dengue e não havia condições para realização das mesmas.

Devido ao déficit de profissionais no programa e as diferenças encontradas entre os CMS, e as especificidades de cada campo, consideramos que não foi possível realizar de forma densa a observação. Desta forma, a observação subsidia a discussão dos resultados, pois o cotidiano e os motivos para não realização de algumas práticas eram diferenciados.

Concluiu-se o trabalho de campo com 12 entrevistas, após seis meses de permanência em campo e inúmeras tentativas de aumentar este número. É importante ressaltar que dentre as unidades que compõem o cenário deste estudo, em apenas uma não houve possibilidade de realizarmos contato e os motivos da não participação das demais unidades (totalizando 6) encontram-se descritas no subtópico referente a caracterização dos sujeitos e análise de dados. Esta decisão também se deve ao fato de não causar prejuízo no tempo disponibilizado para a análise dos dados.

O contato inicial com o campo eram sempre precedido de contatos telefônicos ou mesmo pessoal, onde era agendada uma visita a unidade para reconhecimento do campo e esclarecimento com a chefia de enfermagem sobre os objetivos da pesquisa e o instrumento de coleta de dados. Acordava-se a garantia de anonimato tanto dos sujeitos quanto do campo em que se realizaria o estudo, buscando a

não identificação dos mesmos. As entrevistas eram realizadas somente após este contato, pois não tivemos a intenção de causar prejuízos no atendimento e andamento do trabalho do enfermeiro dentro do programa.

A situação de entrevista era acordada através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, o qual explicitava a temática e o direito de recusa em qualquer questionamento. Estas foram realizadas na sua totalidade nos próprios CMS. Buscou-se tornar o ambiente mais favorável possível visando romper a idéia de que realizaríamos questionamentos acerca do conhecimento destes profissionais. Portanto, antes da gravação das falas havia sempre uma conversa informal e, muitas das vezes pessoal, no sentido de minimizar as ansiedades e estabelecer uma relação com os sujeitos. E também, devido a experiência anterior na gerência de HIV/AIDS essa primeira aproximação foi facilitada em alguns campos e, por vezes os sujeitos reconheciam a pesquisadora na qualidade de ex-residente do município.

## **2.2 Caracterização dos Sujeitos e a Análise dos Dados**

As entrevistas foram realizadas com enfermeiros que atuavam nos CMS do Rio de Janeiro no programa HIV/AIDS totalizando 12 unidades e, em apenas um não foi permitida a gravação da voz. O número anteriormente pensado (19 CMS) não fez parte da pesquisa, pois destes 3 unidades não possuíam enfermeiros exclusivos no programa, um sujeito recusou participar, dois estavam licenciados e em um campo não foi possível realizar a pesquisa devido a falta de tempo.

Destaca-se a recusa dos profissionais em participar do estudo devido ao fato de eles não serem exclusivos do Programa HIV/AIDS. No momento da coleta de dados os mesmos assumiam o cargo de coordenador de programas e referiram não estarem aptos para dissertar sobre a temática. No referido cargo o enfermeiro assume o papel de “chefia” o qual permite uma visão privilegiada de todos os programas de saúde, porém esta tentativa de horizontalização das práticas não alcançou este objetivo nas unidades estudadas.

A primeira entrevista realizada ocorreu em meados de março, esta foi a de maior duração e envolvimento, pois o serviço implantado conta com profissionais envolvidos com as questões referentes o DST/AIDS e também o único com duas enfermeiras atuantes e quatro infectologistas, o que resultando a transcrição em quatorze páginas. Nessa unidade como há realização de teste rápido e

aconselhamento das gestantes, há uma relação mais próxima entre os profissionais gerando um trabalho em melhor sincronia.

Nos demais campos tendo havido muita diversificação das práticas, levou a impasses quanto à realização da análise, pois constatou-se que o número e a qualidade das práticas estavam relacionados a questões particulares de cada campo. Nesta fase elaborou-se a construção do quadro 2, a seguir, o qual nos auxilia na compreensão do cenário de estudo. Podemos constatar que essa diversificação ocorria devido a motivos que envolviam desde questões administrativas tais como: déficit de pessoal, falta de espaço físico adequado, acúmulo de atividades do mesmo profissional e também questões de cunho pessoal como falta de capacitação na área e outras que prejudicavam a assistência.

A análise das entrevistas ocorreu primeiramente com a leitura flutuante do material de forma global. A seguir, analisou-se cada entrevista e seu conteúdo visando buscar eixos temáticos a fim de transparecer as práticas e seus contextos, utilizando também os registros da observação livre. Nesta fase construiu-se um quadro que relaciona as principais ações desenvolvidas pelos enfermeiros a fim de obter uma visão global das ações, observando sua frequência, o qual apresentamos a seguir:

<b>CMS 1</b>	Presença de parceria com Programa de Saúde da Família local na busca ativa; programa estruturado com porta aberta aos usuários e com protocolo de atendimento; analisa o emocional, o cotidiano e a estrutura familiar dos usuários; refere falta de autonomia em relação ao tratamento e solicitação de exames; refere trabalho em equipe e importância da notificação. <b>AMBIENTE:</b> enfermeiro exclusivo e realiza consulta individual em espaço físico individual; não há grupos de pacientes.
<b>CMS 2</b>	Refere realizar atendimento quando é necessário; fala sobre adesão; refere a grande demanda de clientes e a falta de informação e baixo poder aquisitivo dos mesmos; volume excessivo de trabalho; relata o preconceito dos profissionais o que dificulta o atendimento; refere muita burocracia; observa-se a adesão ao tratamento medicamentoso. <b>AMBIENTE:</b> divide espaço físico com a TB; enfermeiro não exclusivo; não há grupos de pacientes.

<b>CMS 3</b>	Realiza primeira consulta; solicita exames de rotina, PPD e Raio X; refere limites da atuação e o excesso de burocracia; fala sobre a importância do vínculo e da referência para outros profissionais; realiza treinamento para auto-aplicação de medicamentos. <b>AMBIENTE:</b> espaço físico e enfermeiro exclusivo; há grupos de pacientes.
<b>CMS 4</b>	Não há consulta de enfermagem de rotina; refere grande número de pacientes da rede privada; relata verificar os exames necessários para o acompanhamento e realiza treinamento T20; relata a falta de profissionais e excesso de burocracia. <b>AMBIENTE:</b> espaço físico e enfermeiro exclusivos; há grupos de pacientes.
<b>CMS 5</b>	Realiza consulta e interfere na priorização do atendimento; fala sobre conscientização e adesão ao tratamento e o trabalho em equipe; dificuldades devido às questões íntimas dos pacientes; realiza aconselhamento individual e reforço das orientações médicas; refere mais tempo para formar vínculo. <b>AMBIENTE:</b> espaço físico e enfermeiro exclusivos; não há grupos de pacientes.
<b>CMS 6</b>	Realiza pré-atendimento; relata falta de preparo para lidar com os usuários; refere renovar receita médica; refere ausência de médico no programa. <b>AMBIENTE:</b> não há consulta de enfermagem nem enfermeiro exclusivo; divide espaço físico com a clínica médica; não há grupos de pacientes.
<b>CMS 7</b>	Refere grave déficit de pessoal e dificuldade do trabalho em equipe; relata o trabalho de profilaxia para tuberculose em parceria com o Ministério da Saúde; fala sobre o programa de hanseníase e a restrição do trabalho burocrático para o enfermeiro tais como laudos para os benefícios sociais. <b>AMBIENTE:</b> divide espaço físico com a tuberculose (TB); enfermeiro não é exclusivo e não há grupos de pacientes.
<b>CMS 8</b>	Realiza consulta de enfermagem; fala sobre acolhimento, o diagnóstico, sobre a

	<p>infecção, sua evolução, importância da religião no apoio emocional dos usuários; organizou protocolo de atendimento; realiza pedido de todos os exames necessários para o acompanhamento do usuário; fala sobre o papel do enfermeiro, sobre educação e saúde; excesso de burocracia; relata a importância de esclarecer os efeitos colaterais dos ARV, sobre as atividades físicas, estado vacinal, importância da busca ativa e da necessidade de atualização - capacitação no trabalho. <b>AMBIENTE:</b> espaço físico e enfermeiros exclusivos e grupos de adesão.</p>
<b>CMS 9</b>	<p>Não há consulta de enfermagem; refere atuar mais especificamente na falta da médica; realiza pesquisa em prontuário- busca ativa, encaminha para PPD, preventivo do câncer de colo e outras DST; refere a importância do trabalho em equipe, do acolhimento e do diálogo . <b>AMBIENTE:</b> divide espaço físico com TB; não há enfermeiro exclusivo; há grupos de pacientes.</p>
<b>CMS 10</b>	<p>Realiza consulta de enfermagem de primeira vez e sempre que necessário; solicita exames de rotina exceto cd4 e carga viral; refere esclarecer a evolução da doença; refere importância da confidencialidade, a sobrecarga de trabalho e da necessidade de capacitação profissional. <b>AMBIENTE:</b> divide espaço físico com outros programas; enfermeiro não exclusivo e não há grupo de pacientes.</p>
<b>CMS 11</b>	<p>Realiza consulta de enfermagem fala sobre a sistematização da assistência e utilização de um protocolo de atendimento; fala sobre os fatores de risco para infecção, sobre a necessidade de minimizar ansiedades e sobre adesão. <b>AMBIENTE:</b> enfermeiro não exclusivo; não há grupos de pacientes e não foi possível realizar observação do espaço devido a dengue.</p>
<b>CMS 12</b>	<p>Não há consulta de enfermagem; refere a importância da notificação, sobre casais soro discordantes e efeito colateral da medicação; refere os limites de atuação do enfermeiro e excesso de burocracia; relata responder a demanda do momento; realiza</p>

	transcrição de receitas, distribuição de preservativos; e adesão. <b>AMBIENTE:</b> não há exclusividade de enfermeiro nem espaço físico; há grupos de pacientes.
--	--

Quadro 2: Principais ações do Enfermeiro na rotina do Programa HIV/AIDS desenvolvidos nos CMS do município do Rio de Janeiro no período de janeiro a junho de 2008. Rio de Janeiro, 2008.

Após a compreensão das especificidades de cada campo do estudo, utilizamos a análise temática a qual consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, as quais indiquem algo para o objeto de estudo (MINAYO, 2006). A presença destes núcleos denota estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes nas falas, as quais foram utilizadas para a análise do estudo.

Para auxiliar na compreensão do cotidiano das instituições dado a diversidade do mesmo, caracterizamos as principais temáticas como forma de análise das informações advindas do campo de estudo.

### **3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Neste capítulo, são apresentados os resultados da pesquisa a partir da análise das entrevistas e dos registros da observação, com base em referências e autores que discutem integralidade nas práticas em saúde e suas implicações no cotidiano do programa HIV/AIDS nos cenários que compuseram o estudo.

Com base no exposto, foram construídas duas categorias: O Cotidiano da Assistência no Programa HIV/AIDS e a Prática do Enfermeiro no Programa HIV/AIDS, as quais deram origem a cinco subcategorias descritas a seguir: O Cotidiano dos CMS e a Organização da Assistência voltada para o HIV/AIDS; Limitações Político-Institucionais que Dificultam as Ações de Enfermagem no Programa HIV/AIDS; A Relação da Equipe de Saúde e o Processo de Trabalho no Programa HIV/AIDS; Bases Teóricas que Orientam a Prática do Enfermeiro em HIV/AIDS nos CMS e Modelos de Atenção à Saúde e a Realidade Vivenciada no Programa HIV/AIDS.

#### **3.1 O Cotidiano dos CMS e a Organização da Assistência voltada para o HIV/AIDS**

Neste eixo temático buscamos caracterizar a forma de estruturação do programa HIV/AIDS para atender a clientela nos CMS. Sabe-se que o referido programa representa uma ação programática em saúde o que caracteriza o modelo de atenção pautado pela epidemiologia, a qual embasa as ações em saúde prestada aos portadores de HIV/AIDS. Os modelos de atenção à saúde devem servir de apoio aos profissionais envolvidos fornecendo orientações às práticas em saúde, fomentando o desenvolvimento das mesmas.

É sabido que a programação em saúde é uma ferramenta de gestão do trabalho e de direcionamento da clínica que, apesar dos aspectos positivos que ainda hoje podem ser extraídos dela, é altamente prescritiva e afinada com a centralidade do aspecto biológico e a imutabilidade dos sujeitos (coortes de pacientes classificados como portadores da patologia ou risco abordado pelo programa) (CUNHA, 2005). Considerou-se este fato e se observou o cotidiano das instituições onde se percebeu a necessidade em extrapolar a questões provenientes da objetividade dos sujeitos a partir do contexto das falas.

Foi acrescentado também, a idéia defendida por Pinheiro e Luz (2007) de que “as instituições de saúde assumem um papel importante na observação das práticas terapêuticas prestadas aos indivíduos bem como privilegia a análise das ações que podem fomentar o princípio da integralidade e os efeitos das políticas que o Estado desenvolve”.

A partir da realização deste estudo, pode-se constatar que os serviços que atendem HIV/AIDS são estruturados basicamente com a presença dos profissionais de saúde sendo estes médicos, enfermeiros e técnicos e/ou auxiliar de enfermagem e na estrutura física disponível para a assistência. E, este fato influencia a chegada do paciente ao serviço e sua forma de atendimento, como se pode observar no trecho a seguir:

No programa tem assim... duas auxiliares de enfermagem uma que fica na parte da manhã outra na parte da tarde, tem eu de enfermeira que fica alguns dias à tarde e maior parte de manhã e tem a médica que é clínica atende a infectologia o programa HIV. (entrevista 9)

O relato destacado nos mostra a identificação dos sujeitos com algo chamado “programa”, e também a necessidade de agrupar profissionais específicos para que o mesmo cumpra seu papel. Observamos este fato como um indício da necessidade de obter recursos específicos para que as ações em saúde possam ter sentido sem, no entanto, considerar a necessidade de horizontalização das práticas no espaço das instituições.

Em relação aos profissionais que atuam no programa, observa-se que este fato parece influenciar na prática assistencial. Dentre as doze unidades pesquisadas, onze tinham médicos atendendo no programa HIV/Aids, sendo que em seis unidades havia o especialista em infectologia atendendo a clientela, em cinco havia médico não especialista (alguns pneumologista em outras o clínico) e uma unidade aguardava a chegada do profissional para continuar a assistência. Atentamos para o fato de alguns profissionais, por vezes, não terem nem experiência e nem formação específica no tratamento dessa clientela.

Outro fator importante relacionava-se à presença do profissional médico especialista (infectologista) na unidade de saúde, parecendo-nos que este fato oportuniza melhores condições de trabalho para toda a equipe. De acordo com Pinheiro e Luz (2007, p. 10), “o trabalho do médico tem em sua origem uma racionalidade que expressa uma forma de atuar específica, peculiar à sua prática na intervenção, face aos problemas de adoecimento da população”.

Foi constatado que nas unidades onde havia o profissional especializado, as atividades de acompanhamento dos usuários estavam em melhor desenvolvimento, tais como encaminhamentos a

outras clínicas e atividades coletivas. Porém, em outras apesar da presença do especialista o grande número de clientes comprometia a qualidade do atendimento.

Deste modo, de acordo com o cotidiano da unidade de saúde, tornavam-se necessárias adaptações na condução do programa por parte da equipe. Como pode ser constatado na fala abaixo:

O que eu sinto falta é do serviço de infectologia, porque aqui você não tem o serviço isolado e a falta de pessoal. Por que a gente tem o projeto na cabeça gostaria de trabalhar de uma maneira mais específica, mas temos 5 enfermeiras e 11 auxiliares de enfermagem para todos os programas. O deslocamento dos profissionais dificulta o trabalho mais estruturado. (Entrevista 7)

Constatamos no trecho acima que o sujeito reflete a necessidade de uma estruturação que torne o serviço especializado. É sabido que as ações em saúde voltadas para o HIV/Aids requer profissionais que saibam atuar nos diversos espaços institucionais para que se possa tornar as ações quer sejam de prevenção ou de assistência, de forma linear nas praticas em saúde dentro das instituições, propondo-se portanto a idéia de isolamento para que se tenha uma atuação melhor.

Em relação aos enfermeiros, em seis unidades estudadas havia atuação exclusiva no programa HIV/Aids, nas demais o mesmo profissional estava inserido em mais de um programa e/ou atividades. Porém, constatamos que o enfermeiro em todas as unidades participa do programa mesmo quando não de forma exclusiva, sendo responsável diretamente por toda a condução e organização do trabalho, como observamos na fala a seguir:

Então, eu cadastro lá seu fulano de tal número mil, se ele tiver ficha você só vai anexar, essa numeração do programa e se ele não tirar você vai abrir um prontuário e inscrever nesse número mil. A partir do momento que ele está inscrito ele vai só fazer o acompanhamento com exames de CD4 e carga viral e as consultas com as infectologistas ou ele vai pegar remédio também, porque assim nem todo paciente DST/Aids faz uso de ARV, maioria faz mas nem todos. Então, a gente tem uma serie de passos quando ele e inscrito no programa a ser seguido tem a notificação da SIDA aquela folha o impresso próprio do Ministério da Saúde a gente inscreve aquele número do prontuário e ele vai ficar sendo acompanhado e de acordo com CD4 e carga viral dele ele vai fazer uso de ARV também, né? (Entrevista 12)

Na unidade referida no relato acima, a enfermeira é responsável por toda a parte burocrática e tem anotações referentes ao acompanhamento clínico de todos os clientes do programa até o momento. E, havia setor específico para o atendimento durante todos os dias úteis com profissionais (médico, enfermeiro, e técnico de enfermagem) treinados para receber os clientes. A mesma refere não haver infectologista, quem atende é uma médica da clínica médica e mantém “controle” desses pacientes desde a inscrição no programa atuando no acompanhamento dos usuários e interferindo na priorização destes para o atendimento médico. Os clientes que estão classificados com baixo risco, ou seja, com

carga viral baixa e linfócito CD4 alto (acima 350 mm/cels), são assistidos diretamente pela enfermeira. Este fato também foi observado em outras duas unidades.

Podemos observar que a atuação do enfermeiro por vezes se volta para atividades administrativas e restritas, e o mesmo adaptava suas ações para questões de extrema relevância como a periodicidade de exames, busca de pacientes faltosos, dentre outros. Constatamos também que o enfermeiro mantinha sua atuação quando estava afastado da assistência buscando identificar problemas de saúde através dos mais diversos meios, como constatamos no fragmento abaixo:

Se for olhar agora no arquivo tem um monte de bilhetinho nos prontuários que eu boto na capa, porque quando o paciente vem a gente lembrar de pedir preventivo, pedir PPD. E a gente tem um livro que lança os resultados do preventivo, além de botar no prontuário a gente coloca também no caderno tanto o PPD quanto o preventivo, aí coloca o resultado para a gente fazer o controle porque tem o HPV ou tem uma sífilis ou qualquer outro problema que apareça no preventivo a gente vai acompanhar junto com esse paciente e aí.... melhorou tá usando medicação e o parceiro... cuidou também ... (Entrevista 9)

Com base neste depoimento, podemos perceber que o enfermeiro mantém sua prática dentro do programa HIV/AIDS, buscando aspectos de interesse da equipe de saúde através da criatividade das ações. Este fato faz compreender que apesar de não estar diretamente no atendimento da clientela o enfermeiro participa ativamente na tentativa de buscar a integralidade nas ações em saúde. Destaca-se a estratégia utilizada pelo sujeito como uma busca da percepção ampliada das necessidades, apesar da fragilidade do método.

Constatou-se também, que de acordo com a unidade, a chegada do paciente sofrerá influência a partir da estruturação do programa uma vez que a rotina organizada para as consultas dependerá da presença do profissional e do espaço físico disponível para as ações. Nas unidades onde havia restrições referentes à falta de profissionais e/ou dificuldades no ambiente devido ao fato deste dividir o mesmo espaço faziam-se necessárias adaptações nas condutas dos profissionais para iniciar o acompanhamento dos usuários assim como para garantir a qualidade das ações. Conforme observamos na fala a seguir:

Feito o diagnóstico, agente oferece CD4, carga viral e aqui nos temos os coquetéis. Então, esse é o serviço assim, na atenção da enfermagem agente procura da o acolhimento na medida do possível, já que não temos uma sala prioritária montada para isso. Na medida do possível a gente vai orientar para família conversar com o psicólogo, fazer orientação junto com o médico. (Entrevista 7)

Observou-se que nas unidades parecia ser vital um espaço específico para que as ações pudessem ser desenvolvidas de maneira adequada. Destaca-se a falta de compreensão do que vem a ser

acolhimento, já que este deve ser um princípio das ações dos profissionais e não algo relacionado somente com espaço físico propriamente dito.

Durante a realização da pesquisa em certa unidade pudemos acompanhar um atendimento da enfermeira. Nesta o serviço de pneumologia também atende aos usuários do programa HIV/AIDS. Naquele momento um paciente se aproximou da janela e solicitou remédio, pois o mesmo havia acabado e a enfermeira pediu o prontuário e observou que ele estava fazendo tratamento para tuberculose e não comparecia às consultas há três meses. Observou-se que a enfermeira atendeu através dessa janela, sem providenciar um ambiente favorável e solicitou um exame de raio-X, e agendou uma consulta com a médica para daí a dois dias. O paciente apresentava dificuldades de entendimento e, não havia feito o procedimento solicitado anteriormente para seus contatos domiciliares. No prontuário constava o nome das pessoas que residiam com esse paciente e que ainda não tinham sido atendidas nessa unidade a fim de serem orientados quanto à profilaxia necessária ao caso.

Pode-se constatar que as ações em saúde tornam-se deficitárias à medida que há problemas estruturais nas instituições levando a uma prática profissional com vistas a minimizar problemas que são postos no dia-a-dia sem, no entanto, prever ações necessárias ao acompanhamento da clientela. Constatou-se que o fato de não haver a estrutura física ocorre prejuízo na percepção das necessidades de saúde do grupo populacional assistido, mas também o fato relatado nos remete a falta de preparo do profissional.

Nos CMS em que havia estrutura física adequada e pessoal disponível ao atendimento a chegada do paciente ocorria com menos problemas de agendamentos. Muitas das vezes havia “porta aberta” tanto para pacientes de primeira vez quanto para consultas subseqüentes. Este fato nos remete as questões fundamentais para uma prática de saúde com vistas à qualidade da atenção, a partir da garantia de acesso ao serviço. E também, essa estruturação permite uma priorização no atendimento por parte do enfermeiro com melhor interface de questões envolvidas com a saúde, conforme observa-se no fragmento abaixo:

“Primeira vez com o enfermeiro, ai você faz toda essa abordagem com ele como um todo avalia família, avalia o estado dele, solicita, ah, outra coisa que fazia solicitava exames para quando ele chegasse na consulta médica ele já chegava com aquilo adiantado, por exemplo um hemograma, PPD, tudo o enfermeiro que pede, Raio X de tórax avaliar infecção oportunista por P. Carini, ai toda essa rotina EAS tudo o enfermeiro que faz na primeira consulta. Quando ele chegava para o médico ele já chegava com algo direcionado mais porque ele já tinha os exames com ele, né? os que estavam prontos, os que estavam em andamento...” (Entrevista 11)

O atendimento nos CMS sofre impactos das condições que o mesmo proporciona para o desenvolvimento de uma prática de saúde pautada pela integralidade nas ações. Estas condições contribuem para uma qualidade no atendimento e com isso também os profissionais desenvolvem ações que irão proporcionar uma visão mais global das condições de saúde dos usuários que estão em tratamento e/ou acompanhamento na unidade.

Mattos (2006 p.50), refere-se à integralidade como “um valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, ou seja, um valor que se expressa na forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram”.

Nos casos observados em que há conduta pautada na garantia de acesso, os enfermeiros são na sua maioria exclusivos para o programa HIV/AIDS. Como se observa nos relatos:

Às vezes o paciente pode estar mal e agente não perceber, não sabemos quanto está seu cd4 e a carga viral, então não posso agendar para daqui a dois meses... A primeira consulta que é o acolhimento é porta aberta, ele chegou vai ser atendido. (Entrevista 1)

Porque eles chegam a hora que querem e informando que a receita acabou, então quase todo dia eu atendo paciente do HIV. Porque faltou a consulta, porque percebeu que o remédio não ia dar, perdeu a receita, precisa de declaração de retirada de riocard, uma serie de coisas... (Entrevista 10)

Nos fragmentos destacados observa-se indícios de uma prática integral. A partir do entendimento das condições necessárias para a assistência, constatamos que as condições físicas e de pessoal se fazem fundamental para o atendimento adequado da clientela. Este atendimento à clientela não pode ser entendido com uma única vertente voltada para o usuário, mas também deve atentar para as práticas a partir da disponibilização dos recursos com vistas ao cumprimento das ações de saúde corroborando com a diretriz da integralidade. Esta constatação faz pensar na necessidade em se estruturar algo mais especializado nos serviços para desenvolver as ações de assistência aos portadores de HIV/AIDS nos CMS de forma eficaz.

Para tanto, a integralidade emerge como um parâmetro que norteia a organização do processo de trabalho dando subsídios a discussão sobre a importância da disponibilização dos recursos para alcançar uma resposta satisfatória às necessidades de saúde da população. Segundo Mattos (2006, p.63), “quando se busca orientar a organização dos serviços de saúde pelo princípio da integralidade, busca-se ampliar as percepções das necessidades dos grupos, e interrogar-se sobre as melhores formas de dar respostas a tais necessidades”.

Outro fato diretamente relacionado com a organização estrutural é o funcionamento do programa HIV/AIDS em conjunto com outra clínica, ou seja, divisão do mesmo espaço físico. Em algumas

unidades, observou-se o atendimento juntamente com a pneumologia e em outras, com a clínica médica. Apesar de esta condição propiciar uma atuação profissional em dois programas, uma vez que o usuário pode estar inscrito nos dois, percebeu-se que a equipe de saúde estava mais centrada no atendimento quando havia ambiente específico.

Durante a realização da pesquisa observou-se em certa unidade que a consulta de enfermagem acontece para os programas tanto HIV quanto tuberculose no mesmo local. A enfermeira tenta separar devido a co-infecção e a falta de espaço na sala de espera atendimento prioritário no dia de mais HIV, nos outros dias os que são portadores de tuberculose.

Constatou-se que o fato de estar dividindo o espaço físico com outros programas dificultava também, uma condição essencial para o trabalho com este tipo de clientela que é a privacidade. Este fato parece comprometer a prática profissional eficaz uma vez que impede o processo de formação do vínculo necessário para a condução da assistência.

Pode-se perceber que de maneira geral, há preocupação em garantir o acesso ao cliente soropositivo, uma vez que não há restrição no atendimento quanto ao local de moradia, e também o esforço em aperfeiçoar esta questão. Isto remete ao ideário de saúde como um bem de direito. E, dentre as principais ações que se destacam na estrutura do programa é a não necessidade de encaminhamentos para outros setores e/ou unidade para o paciente ser inscrito e assistido no programa, além da facilidade em encaminhar o usuário para outras especialidades, com vistas ao atendimento integral, que se constata no trecho a seguir:

O que a gente precisar agente consegue com o serviço social orientar como vai ser feito. Psicólogo também, a gente tem porta aberta tipo não tenho agenda para hoje, mas se paciente realmente precisar é atendido, gente tem essa facilidade. Temos parceria com a ginecologia, aqui tem que chegar cedo, é uma fila imensa. Mas se eu precisar de uma vaga consigo para hoje. Eu tenho a facilidade de pegar a agenda e marcar sem passar pela documentação. Dentista, todos atendem não quantos por dia, sei que encaminho e ninguém reclama. (Entrevista 1)

Esta preocupação em assistir o usuário como priorização dos encaminhamentos se faz necessário, pois a progressão da doença pode propiciar o aparecimento de diversos problemas os quais demandam respostas imediatas. Neste sentido, o enfermeiro assume um papel fundamental na facilitação deste atendimento prevendo a ocorrência de agravos de maior extensão. Assim, Mattos (2000 p.43) defende que “integralidade, quando se refere aos encontros entre usuários e profissionais de saúde implica a capacidade do profissional de compreender o sofrimento manifesto do outro, ou o risco de sofrimento futuro no contexto do modo de andar a vida deste sujeito com quem se encontra”.

Pode-se constatar que o papel do enfermeiro pauta-se no reconhecimento do atendimento prioritário a este grupo populacional com vistas a antever as necessidades de saúde.

No que se refere à estruturação da assistência, o enfermeiro busca sistematizar as ações a partir da implementação de rotinas e de organização do atendimento. Dentre os serviços que possuíam estruturação da consulta de enfermagem as quais totalizaram seis, somente em quatro presenciou-se a utilização de roteiros ou protocolos de atendimento, como se pode concluir com trecho a seguir:

Eu trabalho com protocolo que eu fiz um roteiro de anamnese e ali eu levantava perfil epidemiológico, o número de parceiras se houve situação de risco não, se ele fez foi exposto a algum acidente com material perfuro-cortante, se ele era usuário de drogas ou não, se ele já teve história de DST antes, ou seja, fazia toda uma anamnese. Não só o levantamento do histórico social como familiar, fazer todo um levantamento com ele dos possíveis fatores de risco que ele pudesse estar associado. Dali eu passava a traçar toda minha assistência em cima das carentes que ele me passava de informação eu direcionava o atendimento como eu te falei não da para a gente esgotar tudo de uma vez só tem que estar trabalhando aos pouquinhos. (Entrevista 11)

Cunha (2005, p. 154), se refere aos protocolos de atendimento como “uma ferramenta tradicional de gestão, geralmente confeccionados por grupos de especialistas que produzem o consenso do momento quanto à determinada patologia”.

Os protocolos de assistência podem ser um importante instrumento para auxiliar o manejo clínico dos pacientes. Contudo, é fundamental manter um olhar crítico e buscar para além do protocolo questões que contemplem a individualidade e subjetividade dos envolvidos. Em relação à confecção de protocolos de atendimento nas unidades estudadas, as quais foram observadas em somente três, podemos constatar que estes eram auxiliares na assistência e, principalmente eram utilizados em pacientes novos.

Destaca-se a existência dos manuais de atendimento aos portadores, os consensos da terapia, os quais são revisados anualmente, e auxiliam no tratamento e conhecimento dos mecanismos de ação dos medicamentos anti-retrovirais. Estes são ferramentas fundamentais de atualização dos profissionais para a assistência aos portadores.

### **3.2 Prática do Enfermeiro no Programa HIV/Aids**

Este eixo temático mostra o contexto da prática do enfermeiro no programa HIV/AIDS desenvolvidos nos CMS. Para melhor compreensão desta prática devido à diversidade do cenário,

buscou-se discutir as principais questões que interferem diretamente nas ações em saúde. Destacam-se desta forma as problemáticas que delimitam subcategorias que constituíram de maneira geral, os principais fatores que interferem nas ações em saúde do enfermeiro no programa HIV/AIDS.

### 3.2.1 Limitações Político-institucionais que Dificultam as Ações de enfermagem no Programa HIV/AIDS

Durante a realização da pesquisa, percebeu-se que a ação do enfermeiro está diretamente relacionada ao apoio institucional recebido e da equipe de saúde. Este fato nos remete a falta de autonomia do enfermeiro, uma vez que suas ações são dependentes de fatores externos para que possa ocorrer. E, a partir desta percepção observamos os motivos que se apresentavam como fator impeditivo no desenvolvimento das práticas nos CMS.

Os enfermeiros que não atuavam diretamente na assistência do programa se recusaram em participar deste estudo, sendo eles pertencentes a dois CMS distintos. Esses enfermeiros tinham o cargo no momento da pesquisa de coordenadores de programa, mas relataram que não se sentiam aptos para participar da pesquisa.

Dentre as principais manifestações dos depoentes que se apresentaram como fator limitante da prática está a necessidade do carimbo do médico para encaminhamento de laudos periciais e em algumas unidades esta mesma necessidade para o pedido de exames de cd4 e carga viral e de medicamentos, fato que observamos a seguir:

É uma pratica muito importante, mas é limitada tem coisas que o enfermeiro não pode tomar a frente, só o carimbo do médico que vale para muitas coisas. Por exemplo, o paciente não pode ficar sem medicamento então, você passa um aperto muito grande. Então, você tem de correr atrás de outra pessoa que possa carimbar. É um transtorno muito grande. (Entrevista 1)

Eu acho, por exemplo, que uma carga viral que o paciente vai ter que fazer CD4... Não vejo muito o porquê de a gente pedir um carimbo já que a gente está inserida dentro desse programa. Então, eu particularmente acho que a gente fica muito preso, você acaba ficando uma parte muito burocrática e uma coisa que você sabe que vai ser praxes, vai ser solicitado, a gente tem que parar o atendimento pedir o carimbo por que senão não vai ser feito. (Entrevista 3)

Atentou-se para a falta de ações delimitadas ao enfermeiro dentro do programa HIV/AIDS, uma vez que este estudo se desenvolve dentro da proposta de ação programática e ainda assim esta prática não está bem definida. Sabe-se que os enfermeiros que trabalham nos programas de saúde pública

possuem atribuições respaldadas na lei do exercício profissional (Lei 7.498/86, a qual dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem).

Em contrapartida, podem-se observar dois fatos. O primeiro se refere ao fato de que nas unidades onde havia apoio institucional observamos uma estrutura mais direcionada e parecida com outros programas desenvolvidos nos CMS, por oferecer melhores subsídios para a atuação do profissional. Desta forma, o enfermeiro amplia sua prática no programa tanto na parte administrativa e organização da demanda, mas também assistencial.

E, o segundo devido ao fato de mesmo nas unidades em que não há esse apoio explícito, mas ocorre a falta do profissional médico, o enfermeiro passa a ter maiores responsabilidades no programa e autonomia nas decisões necessárias. Assim constata-se que as ações dos enfermeiros estão diretamente implicadas a interesses externos (institucionais) como mostra o fragmento a seguir:

As minhas ações, por exemplo, quando eu to fazendo a consulta de enfermagem eu converso com o paciente, na maioria das vezes, que é muito importante da certa autonomia isso faz o nosso trabalho... Enobrece é você estar atendendo um paciente na consulta de enfermagem, que é o que eu estou conseguindo fazer no momento por que estou atendendo os da medica que está licenciada. (Entrevista 5)

Este fato encontrado nos mostra que o enfermeiro não possui clareza do seu papel dentro do programa. No fragmento destacado observamos nesta unidade o acúmulo de atribuições que muitas vezes podem não estar relacionadas com a ação do enfermeiro propriamente dita. Constatamos, portanto que apesar de uma indefinição da prática esta sofre pressão de fatores externos (institucionais) e que acarreta uma sobrecarga de trabalho.

Estas questões geram deturpação da prática e indefinição do papel do enfermeiro no programa HIV/AIDS como constatamos nos textos abaixo:

É a gente faz informalmente tudo, é como eu tô te dizendo, a gente infelizmente como a unidade de saúde que a gente tem poucos profissionais a gente tem que se desdobrar, né? Fazer mil coisas, às vezes a gente faz coisas que não são da nossa atribuição tipo o *remédio em casa* não chegou e o enfermeiro tem que dar conta... Coisas assim de digitação, são coisas que se você não faz não vai ter ninguém para fazer... (Entrevista 12)

... não temos uma enfermagem voltada para isso (*refere-se ao atendimento ao portador*). Eu já participei de acolhimento, mas aqui nós temos escassez de pessoal, então muitas vezes a enfermeira faz o papel da auxiliar de enfermagem também. Às vezes eu estou com paciente, mas não tenho como sair para dar uma atenção especial, para marcar porque nós somos poucos aqui. (Entrevista 7)

Para que haja resolutividade na prática de saúde voltadas para as DST e HIV/AIDS faz-se necessário o desenvolvendo de uma prática eficaz a partir da utilização de instrumentos que apóiam a formação do vínculo com os usuários. E também, é preciso estabelecer rotinas que favoreçam o diálogo entre os profissionais, em que a definição de objetivos da assistência sempre privilegie o cliente (FRANÇA, 2007).

As questões que este estudo revela nos dão subsídio para o esclarecimento da falta de definição da prática do enfermeiro uma vez que não foi constatada a valorização do diálogo como instrumento ou ferramenta utilizada por parte dos profissionais envolvidos. Ou mesmo quando havia menção a estes instrumentos eram postos de modo individual e dependente do profissional que atendia, E não de forma a embasar uma prática assistencial adequada e discutida coletivamente e, em especial com o enfermeiro.

Observou-se também, a importância da adequação da capacidade instalada ao número de profissionais atuantes no programa. Isto porque os sujeitos envolvidos na questão demandam não só habilidades pessoais como também disponibilidade de espaço físico para o desenvolvimento das ações específicas, atuando de modo a dificultar as ações em saúde.

### 3.2.2 Relação da Equipe de Saúde e o Processo de Trabalho no Programa HIV/AIDS

Notou-se a necessidade de discutir a relação da equipe de saúde na qualidade da assistência aos clientes e da importância do trabalho em equipe para o desenvolvimento dessa assistência. É notório que independentemente da área de atuação profissional o modo de pensar, a equipe e as práticas influenciam no desenvolvimento das ações em saúde dentro do programa HIV/AIDS.

À medida que as ações promovem o trabalho multiprofissional. Observou-se que esta prática se torna eficaz. Para tanto, é preciso perceber que não há um modo de agir em saúde e que um único saber não dá conta das respostas às demandas dos usuários, em especial na atenção nas DST e HIV/AIDS.

A noção do trabalho em equipe não abandona o saber específico de cada profissional, mas antes busca através dos diversos saberes, um caminho que permita a compreensão do processo de vida e assim, melhor ação.

Pinheiro e Honorato (2007) definem equipe como sendo “um conjunto de atores engajados em determinada ação, socialmente constitutiva e constituinte de outras ações a equipe só existe em função

do trabalho, da atividade que realiza. Assim, ela se constitui como o corpo de profissionais envolvidos na realização da tarefa”.

Percebeu-se deste modo, a importância da atuação do enfermeiro com a dimensão do trabalho em equipe para poder lidar de forma mais resolutiva com a problemática HIV e as diferentes demandas do cliente. Pode-se reafirmar a necessidade de pensar as ações em saúde a partir do trabalho em equipe e da importância do consenso dos vários profissionais no processo de atendimento.

Destacam-se os fragmentos abaixo para subsidiar a discussão a seguir:

A gente tem um suporte muito grande do serviço social para tudo que a gente precisa assim... Eles atendem muito as nossas solicitações muitas das vezes a gente precisa de uma internação eles vão tentando localizar a vaga ou vão achar abrigo algum lugar pra pessoa tem muito essas situações sociais também que agente tenta desenrolar e eles resolvem pra gente. (Entrevista 9)

Existe um impresso próprio que a médica preenche ela encaminha para odontologia, para psicóloga, para assistente social, existe um encaminhamento interno para outras clínicas, dermatologia. E é fácil, o paciente do programa ele tem prioridade em todos os serviços aqui dentro. (Entrevista 5)

Observa-se nas falas que a ação desenvolvida nos CMS estudados defende a importância do trabalho em equipe para que se possam atender às necessidades de saúde da população. Porém, constata-se ainda a fragmentação das ações, uma vez que não houve menção à discussão em equipe, os problemas para se pensar a assistência e a condução do tratamento dentro do programa oferecido nos CMS.

E também, a assistência em saúde dentro de um programa nos remete a algo pré-concebido, verticalizado e individualizado que busca propor caminhos e condutas a partir da queixa num processo de interação profissional-cliente. No Programa HIV/AIDS a assistência mantém essa lógica de organização o que leva os profissionais da área a seguir certa rotina de trabalho. Porém, constatou-se que quanto maior a relação da equipe de saúde melhor ocorria os desdobramentos em busca de respostas aos problemas de saúde dos clientes.

Neste sentido, Barros e Barros (2007) constataam:

em meio a insistentes fragmentações operadas pelo modo de gerir um suposto trabalho estático, individualizado, estável e controlável, o trabalho se move, se faz coletivamente, muda ao durar e se reinventa pelos encontros que o constituem. O trabalho se apresenta como co-engendramento – entre os trabalhadores e com o processo de produzir.

Corroborando a autora supracitada, Pinheiro (2007, p. 21) nos exorta que “num campo onde a ação necessariamente convoca uma rede de profissionais, cada qual com seus saberes, visando, portanto uma ação resolutive na medida da abrangência que cada situação requer”.

No decorrer da pesquisa, observamos que nos CMS onde não havia a equipe de saúde estruturada, todo o processo de trabalho estava comprometido, uma vez que era sempre necessário mudar as pessoas de setor para poder suprir uma determinada demanda momentânea. Este fato gera o desgaste do profissional e do trabalho e fragilidade nas ações. Como podemos constatar no trecho a seguir:

Por que a gente tem o projeto na cabeça gostaria de trabalhar de uma maneira mais especifica, mas temos 5 enfermeiras e 11 auxiliares de enfermagem para todos os programas. O deslocamento dos profissionais dificulta o trabalho mais estruturado. (Entrevista 7)

O trecho destacado reforça a necessidade de estrutura mínima quantitativa de pessoal e espaço físico para o desenvolvimento das ações que o programa demanda. Este fato torna o cotidiano das unidades de saúde muito tumultuado acarretando diversos problemas à equipe e, principalmente aos clientes. Constatou-se que nas unidades onde havia falta de médicos ou mesmo no momento de troca de profissionais havia sempre uma repercussão negativa para o usuário, como podemos comprovar no fragmento:

Os pacientes ficam muito nervosos esses pacientes do HIV a gente viu isso quando o médico saiu e entrou o médico antigo. Eles ficam desesperados quando não tem médico, médico foi embora. Então é difícil você falar isso para eles. Porque eles dependem daquilo. (Entrevista 6)

Porém, é notório que os enfermeiros não apresentam clareza da necessidade de estruturação das ações para que se possa desenvolver a assistência de enfermagem pautada pela integralidade, a qual não possui dependência diante com a ação de outro profissional. Não foi observada a menção da utilização do diagnóstico de enfermagem como forma de embasamento das ações em saúde desenvolvidas nos CMS.

Os modos de funcionamento do programa dentro dos CMS interferem na interação entre os profissionais e suas práticas o que gera conseqüências aos usuários. Como exemplo de trabalho em equipe, foi identificado a presença de grupos de pacientes voltados para a lógica da educação em saúde. Nas doze unidades que participaram do estudo, observou-se que em somente cinco delas havia a formação de grupos de pacientes, o que caracterizava a prática de consulta coletiva. Dentre os principais grupos formados houve maior referência aos de adesão, dos quais participam diversos

profissionais com o objetivo de aprimorar o vínculo com os usuários enfatizando-se a importância da terapêutica adotada. Nestes grupos havia referência às questões de cuidados gerais com a saúde como alimentação, prática de exercícios físicos, esclarecimentos sobre direitos de cidadania, dentre outros.

Durante a permanência no campo podemos observar que nessa prática havia diversas mudanças e que se adaptavam às questões do cenário atual. Como exemplo, observamos uma palestra sobre dengue voltada somente para os pacientes soropositivos. Conforme ilustra a fala abaixo:

Nesse grupo a gente tem psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, medico participa com a gente também, auxiliar de enfermagem, o atendente de farmácia colabora muito com a gente (Entrevista 11)

O tema adesão teve maior alusão entre as unidades que tinham grupos de pacientes ou consulta coletiva. Acredita-se que o tratamento do HIV/AIDS é peculiar em relação ao de outras doenças crônicas por interferir muito no cotidiano, pela alta toxicidade da terapia medicamentosa recomendada, devido às prescrições aos assintomáticos, e por conta de ser uma terapia com tempo indeterminado de duração. Com isso, a introdução da terapia antiretroviral combinada como padrão de qualidade no tratamento dessa doença, deve considerar a adesão do paciente a esquemas terapêuticos com múltiplas drogas como um objetivo importante.

Em um sentido amplo, a adesão está vinculada aos aspectos relacionados com qualidade de vida, envolvendo não apenas o uso dos medicamentos, mas um conjunto de ações como: a disponibilização de acesso aos serviços de saúde, a regularidade nas consultas, a frequência na realização de exames, os cuidados com a alimentação e a higiene, o conhecimento e aceitação da patologia, e o uso de medidas de prevenção secundária, entre outras.

O enfermeiro, parece, tem maior oportunidade de estar envolvido nas questões de adesão ao tratamento por permanecer mais tempo com o usuário e poder manter vínculo de forma diferenciada, como constata-se no trecho a seguir:

... eu considero esse aconselhamento individual, esse trabalho de adesão que tento fazer essa forma que muitas vezes eu considero que alcancei meus objetivos, que é trazer o paciente, resgatar. (Entrevista 5)

Naquele momento você tem todo um trabalho que é nosso mesmo, do enfermeiro de cuidado, de atenção de olhar ele como um todo, de ali você tentar minimizar todas as ansiedades dele. Trabalhar também a questão da família, a gente que o médico ele acaba tendo que correr nas consultas, a gente sabe que a produtividade do médico é maior ele precisa de uma produtividade maior, o enfermeiro ele já tem, é sei se você vai me entender.... (Entrevista 11)

O fato observado nas unidades onde havia atendimento diferenciado por parte do enfermeiro sempre havia em comum a estruturação e a adequação do espaço físico. Estas questões durante o estudo tiveram destaque quanto à preconização de ações pautadas pela qualidade no seu desenvolvimento.

### 3.2.3 Bases Teóricas que Orientam a Prática do Enfermeiro em HIV/AIDS nos CMS

Nesta subcategoria buscamos reconhecer os conceitos teóricos que embasam a prática assistencial dos enfermeiros dentro do programa HIV/AIDS a partir dos depoimentos. Constatou-se que nas seis unidades não havia estrutura para a realização da consulta de enfermagem, isto é dentre as unidades que participaram da pesquisa em somente seis delas havia essa prática. E, em contrapartida ficou evidente o desejo de realizar esta ação nas unidades que não a apresentavam e a necessidade de aprimoramento da mesma nas unidades que já a possuem.

Constatou-se também, que mesmo nas unidades que possuíam a prática da consulta de enfermagem não havia reconhecimento claro por parte dos enfermeiros a respeito do seu papel dentro do programa. E, a falta de um planejamento específico para as ações em saúde dificultava a percepção destas ações como sendo do enfermeiro. Como observamos no trecho a seguir:

... rotina consulta de enfermagem que seria o trabalho da enfermeira mesmo é um trabalho de conscientização, de renovação de receita e de conscientização, de orientação que eu falo de adesão em que há renovação de receita para 30 dias. (Entrevista 3)

Podemos observar que na prática assistencial do enfermeiro dentro do programa ainda há muita dificuldade em articular o conhecimento teórico com a prática diária, isto é com suas atividades de rotina. Neste caso, o enfermeiro busca a partir das ações que são postas no dia-a-dia do programa, superar essa indefinição na tentativa de busca das respostas aos problemas de saúde que lhes são direcionados.

Para Campedelli, (1989) “existe uma grande dificuldade para as enfermeiras no descrever a sua prática profissional, pois a enfermagem muda e evolui paralelamente a outras áreas do conhecimento, principalmente à medicina, fato compreensível por ser esta área da qual a enfermagem trabalha mais próximo”.

Com este estudo, observou-se que o enfermeiro tenta dar resposta aos problemas de saúde dos usuários à medida que realiza uma espécie de triagem na qual identifica a necessidade ou não de priorização no atendimento, bem como os encaminhamentos pertinentes a cada situação. Para tanto, o

mesmo lança mão de sua experiência clínica a partir da realização de uma anamnese e de exame físico criterioso em busca de problemas de saúde e solicita exames complementares, como podemos compreender nos trechos abaixo:

Tento priorizar o atendimento para a outra infectologista quando identifico a necessidade, quando é o caso de uma carga viral elevada mudança de protocolo ou encaminhamento para a emergência para a avaliação do clínico atender, isso na identificação de um problema. (Entrevista 5)

Dentro da atenção básica busca-se cada vez mais a utilização da clínica para embasar as ações em saúde. Mas, as intervenções em saúde dentro de um modelo de atenção que busque atendimento em consonância com o SUS devem extrapolar questões ligadas aos dados objetivos, obtidos através de laudos e exames em geral.

É sabido que o Ministério da Saúde lançou essa discussão a partir da política de humanização e, dentro desta lógica a compreensão da Clínica Ampliada. Este documento caracteriza a Clínica Ampliada (Brasil, 2004 b) como sendo: um compromisso radical com o sujeito doente visto de modo singular; assumir a responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde; buscar ajuda em outros setores, ao que se dá nome de intersetorialidade; reconhecer os limites do conhecimento dos profissionais de saúde e das tecnologias por eles empregadas; assumir um compromisso ético profundo.

Esta proposta enfatiza que as bases utilizadas pelos profissionais de saúde visem contribuir na adaptação das condições impostas pela doença e no modo de viver das pessoas. Com isso, a Clínica Ampliada propõe que o “profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas, não só a combater as doenças, mas a transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não a impeça de viver outras coisas na sua vida” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Neste sentido, o enfermeiro com vistas a atender de forma ideal aos problemas de saúde necessita uma compreensão das bases teóricas que pautam de prática. Os termos que tiveram maior alusão foram: acolhimento e vínculo, com estas palavras sendo proferidas e também a menção aos termos: “trazer o paciente”, “trazer para o tratamento” e “avaliar como um todo”, “considerar seu ambiente”. Concluímos que esses termos se referem à adesão e integralidade da assistência, porém pouco foram os exemplos da concretude destas ações.

Atualmente a discussão sobre acolhimento cresce no cenário das práticas em saúde. Segundo o Ministério da Saúde (2004), “o acolhimento é uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de

solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde”.

Para tanto, a prática do acolhimento exige uma profunda transformação nas atitudes dos profissionais além das mudanças na estrutura física. Esses processos intercessores como o acolhimento são atributos de uma prática clínica realizada por qualquer trabalhador em saúde, e focá-los analiticamente é criar a possibilidade de pensar a micropolítica do processo de trabalho e suas implicações no desenho de determinados modelos de atenção.

O portador de HIV/AIDS precisa ter neste primeiro momento é atenção pois ele pode não te ouvir. Porque ele chega um momento de choro, de desespero, de medo de sensação de morte. Então, nesse primeiro momento eu tentava minimizar tudo isso colocando para ele o que é AIDS o que é HIV, quais os riscos... (Entrevista 11)

O trecho supracitado nos mostra a necessidade de uma atuação profissional diferenciada ao portador de HIV/AIDS e da importância do acolhimento nas ações em saúde. No entanto, o tema do acolhimento apresenta outra possibilidade: o de questionar sobre o processo de produção da relação usuário-serviço sob o olhar específico da acessibilidade, no momento das ações receptoras dos clientes.

Esta conduta nos reflete as formas de organização dos serviços de saúde. E, destacamos como principais ações defendidas pelo Ministério da Saúde (2004):

“Uma reorganização do serviço de saúde a partir da reflexão e problematização dos processos de trabalho, de modo a possibilitar a intervenção de toda a equipe multiprofissional encarregada da escuta e resolução dos problemas do usuário; elaboração de projeto terapêutico individual e coletivo com horizontalização por linhas de cuidado; uma postura de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo usuário, que inclua sua cultura, saberes e capacidade de avaliar riscos”.

Observou-se que as ações em saúde devem refletir a prática de assistência com vistas à utilização de instrumentos como o acolhimento, objetivando a qualidade e o atendimento das necessidades de saúde. As intervenções que envolvem HIV/AIDS para atuarem de forma eficaz devem contemplar a utilização de tais instrumentos para uma atuação profissional mais próxima dos usuários possibilitando a formação do vínculo e garantia de responsabilização das ações em saúde dos envolvidos.

#### 3.2.4 Modelos de Atenção à Saúde e a Realidade Vivenciada no Programa HIV/AIDS

Nesta subcategoria temática buscamos analisar o cotidiano da prática assistencial do enfermeiro no programa HIV/AIDS com base no sistema de modelo de atenção à saúde. Pode-se constatar que essa

prática sofre influência dos diversos atores sociais envolvidos e da filosofia institucional o que pode gerar conflitos ideológicos entre os trabalhadores. Esta discussão é necessária, pois a pesquisa evidenciou que a realidade vivenciada por muitas vezes não está em consonância com o modelo de assistência preconizada.

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 no 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 (HERINGER, 2007).

De acordo com Pinheiro (2007, p.9), “os modelos de atenção a saúde são geralmente idealizados por planejadores ou gerentes, que querem fazê-lo acontecer, materializar ou concretizar, por meio de regras ou normas previamente estabelecidas”.

Corroborando a autora supracitada, constata-se que a implementação de modelos de atenção requer condições específicas para seu funcionamento. Partindo deste pensamento, as questões inerentes a saúde devem considerar o subjetivo e o imprevisível para que se busque uma ação mais eficaz.

Durante a permanência no campo de pesquisa, constatamos que os profissionais que lidam com HIV/AIDS necessitam de subsídios internos e externos para aprimorar essa prática no dia-a-dia, a fim de conduzir o trabalho visando a integralidade. Este fato leva a concluir que as condutas pré-estabelecidas na prática assistencial dos programas de saúde não dão conta da demanda dos usuários e, em relação ao cliente HIV, muitas questões de caráter íntimo e pessoal podem trazer dificuldades para o desenvolvimento das ações, as quais não são contempladas no referido programa. Como podemos perceber no fragmento abaixo:

Porque a gente escuta muito o que não quer escutar, coisas muito particulares, você lida com casais homossexuais e enfim, você escuta muita coisa... às vezes coisas que até te agride, mas que é importante para quem está falando, que não tem coragem de falar para médico, isso é muito bacana às vezes ele já teve uma relação homossexual que justifica e você vê no prontuário e isso ele te contou... isso é relevante. (Entrevista 5)

Este depoimento nos revela que é de extrema importância para o enfermeiro o desenvolvimento da capacidade em lidar com as diferenças sociais, modos de pensar e agir na vida, além do preparo emocional para lidar com questões da intimidade do cliente. Mas, vale ressaltar a necessidade de revisitar as bases epidemiológicas, pois estas auxiliam no estabelecimento de uma relação de confiança entre profissional e o usuário.

Portanto, para uma atuação em consonância com o princípio da integralidade os profissionais devem buscar além dos dados objetivos, questões referentes ao subjetivo de cada usuário. Este fato trará auxílio na conduta terapêutica, pois demonstrará uma forma diferente no enfrentamento da doença.

Eu tenho que abrir o verbo para ele e sutilmente acolher, ele chorar e dizer que se soubesse que tinha AIDS ele não tinha passado a doença para você. Porque eu acho que ninguém passa nada para ninguém porque quer.... (entrevista 8)

O fragmento supracitado nos mostra outro fator específico que remete às questões de preconceito e do medo de ser reconhecido como portador de HIV/AIDS. Isto nos revela que por mais que se tenha acesso ao desenvolvimento tecnológico, as questões como medo de identificação e o preconceito de ser portador de um vírus que pode denotar promiscuidade sexual ainda se faz presente e deve ser considerado no manejo clínico destes usuários. Como podemos exemplificar no trecho a seguir:

E, o paciente também é muito constrangido por causa do preconceito, entendeu? Esta semana atendi uma paciente que queria saber se esta sala só atendia portador do vírus HIV. Isso aqui é um consultório de enfermagem participa todos os programas. (Entrevista 10)

Os modelos de atenção facilitam a compreensão de determinados processos sociais da sociedade. E, no caso do HIV/AIDS foram desenvolvidos ao longo do tempo uma série de representações acerca da doença desde sua propagação até as questões que envolvem seu tratamento e o controle. Portanto, é de extrema relevância a análise do entendimento dos saberes (científicos e populares) envolvidos nesses processos, uma vez que pode facilitar uma operacionalização mais eficaz das ações em saúde nestes preconizadas.

E, para que se tenham ações menos verticalizadas e em consonância com a integralidade, os serviços de saúde devem se ocupar em responder as questões dos usuários de forma a considerar as necessidades em saúde a partir de uma visão ampliada e não só de determinado problema que atinja um grupo populacional de forma fragmentada do contexto social que o indivíduo esteja inserido.

## CONCLUSÃO

Esta pesquisa objetivou compreender e analisar as práticas do enfermeiro considerando a integralidade na assistência no programa HIV/AIDS, tendo como cenário os Centros Municipais de Saúde do Rio de Janeiro. Constatamos algumas questões de extrema relevância quanto a prática do enfermeiro neste cenário os quais sofrem influências a partir do cotidiano das instituições. Consideramos que o estudo dessas ações pode contribuir para a reflexão dos profissionais envolvidos no campo da saúde.

Tratou-se de uma pesquisa de natureza qualitativa e utilizamos para coleta de dados duas técnicas: a entrevista semi-estruturada e a observação livre a fim de resgatar nas falas dos sujeitos como se dava o cotidiano das práticas e de que maneira as ações eram desenvolvidas. O registro das observações auxiliou ainda na contextualização do cotidiano do programa HIV/AIDS de modo a permitir a visualização das especificidades do campo.

A análise dos dados apresentou um grande número de ações desenvolvidas pelos enfermeiros no programa HIV/AIDS. Percebe-se que estas ações são influenciadas pela existência da equipe de saúde, pela forma como é desenvolvido o trabalho em equipe, espaço físico disponível para a realização das práticas, presença de protocolos de atendimento e da filosofia da instituição. Tais questões atuam diretamente na autonomia do enfermeiro e no desenvolvimento das ações de saúde.

Identificou-se que a presença do profissional médico interfere de forma incisiva nas práticas do enfermeiro, uma vez que na ausência do médico ou quando havia demanda superior à capacidade de atendimento, as ações desenvolvidas pelos enfermeiros obtinham autonomia. Isto possibilita concluir que o papel do enfermeiro ainda não está claro dentro da equipe de saúde.

Apesar do cenário deste estudo envolver o desenvolvimento de ações programáticas, o que leva a pensar em práticas pautadas em objetivos claros e papéis dos profissionais bem delimitados, os enfermeiros vivem situações que dificultam sua atuação dentro da equipe de saúde. E ainda, as especificidades do campo, em especial a estrutura do serviço, comprometem diretamente a prática do enfermeiro. Constatou-se também que quando havia o cargo de coordenador de programa assumido pelo enfermeiro este não se sentia apto em responder questões relacionadas à prática assistencial dentro do programa HIV/AIDS. Este fato permite o questionamento sobre a importância da discussão sobre a horizontalização das práticas, ou seja, da necessidade em se propor mediação dos saberes na equipe multiprofissional nos CMS sob a perspectiva da integralidade.

Os aspectos que dificultam as ações em saúde indicam que o profissional desenvolve práticas pautadas na integralidade, à medida que obtém apoio institucional, o número de profissionais é condizente com a necessidade, observando-se a relação oferta e demanda e quando o espaço físico está adequado e oportuniza privacidade para a realização das ações.

No entanto, os enfermeiros encontram dificuldades para o desenvolvimento das ações. Alguns priorizam as reflexões dentro da demanda que o usuário refere e tenta extrapolar o campo biomédico, outros pensam e agem pautados em ações que visam a atenção à saúde focada em problemas de saúde específicos. A maioria dos entrevistados referem a necessidade de treinamento específico na área de HIV/AIDS, pois as questões que envolvem a rotina deste programa requerem habilidades em desenvolver uma escuta ativa e sem julgamentos devido às particularidades compartilhadas com os usuários, principalmente na vida privada destes. Isto nos faz pensar que a qualidade da assistência do enfermeiro implica diretamente ao seu perfil e em sua qualificação.

Contudo, constatou-se a partir do relato dos sujeitos que a prática do enfermeiro envolve uma questão essencial, que o diferencia de qualquer outro profissional, que refere ao tempo de permanência com o usuário. E, apesar das freqüentes queixas observadas durante a fase de coleta, a respeito do acúmulo de atribuições, este fato oportuniza a formação do vínculo com o usuário à medida que este desenvolve tecnologias diferenciadas na busca de respostas aos problemas de saúde vivenciados. Tais tecnologias parecem tratar de adaptações que o enfermeiro desenvolve na tentativa de buscar respostas imediatas às questões que são postas no dia-a-dia.

Percebeu-se também, que o acompanhamento do paciente por vezes se dava de forma inadequada, pois em algumas unidades não estava acordada a solicitação de exames de rotina para essa clientela como, por exemplo, CD4 e carga viral. Houve críticas nas unidades em que esta ação estava restrita ao médico, pois quando o mesmo não estava presente o atendimento ficava prejudicado o que gerava questionamentos na equipe uma vez que estes seriam solicitados sempre na rotina de acompanhamento. Destaca-se novamente a necessidade de pensar a delimitação das práticas neste cenário de modo a minimizar as dificuldades de acesso aos procedimentos necessários para o acompanhamento dos usuários no Programa HIV/AIDS.

O enfermeiro valoriza e reconhece que é necessário considerar a família ou o cuidador (alguém que é referência no acompanhamento do paciente) como sendo importante na adesão ao tratamento e prevenção de agravos aos usuários. Este fato remete a perceber que o enfermeiro utiliza ferramentas teóricas percebidas neste trabalho como importantes para a integralidade na assistência. A grande

maioria dos enfermeiros mesmo quando envolvidos somente com ações administrativas ainda assim consegue desenvolver ações que auxiliem os pacientes com questões mesmo no âmbito particular, ou seja, discute-se a intimidade dos pacientes na tentativa de galgar uma prática resolutive de acordo com a necessidade relatada pelo mesmo, apesar desta ocorrer informalmente.

Verificou-se a prática de educação e saúde com a formação de grupos de pacientes e que caracteriza uma ação coletiva na qual eram desenvolvidas várias atividades de natureza principalmente educativa. Dentre as temáticas destacam-se as ações voltadas para a adesão ao tratamento medicamentoso. Durante esta prática era demandado um treinamento realizado pelo enfermeiro para pacientes em uso de medicações invasivas, principalmente, e também as não invasivas além de nutrição, importância de atividades físicas, dentre outras.

Constatou-se que as ações sofrem influências capazes de modificar as práticas voltadas para o ideário da integralidade. Nesta perspectiva, as ações devem estar pautadas no diálogo e negociação com vistas a buscar entendimento do modo de viver dos usuários, para que se torne possível compreender o contexto das ações e possibilitar qualidade em seus resultados. Mas também percebemos dificuldades por parte dos enfermeiros em discutir as formas de transmissão a fim de facilitar o contato do usuário com o serviço e principalmente de permitir uma ação em saúde que possibilite interface com os demais programas ou clínicas.

A partir do conhecimento da prática do enfermeiro reconhece-se que na maioria das unidades de saúde as ações dos profissionais estavam pautadas na resolução dos problemas que são expostos ou que de alguma maneira chega ao enfermeiro e requer solução. Foi constatado que essa prática tenta priorizar o atendimento individual para outros profissionais da equipe, a partir da utilização de instrumentos da prática clínica e que por vezes as ações estavam pautadas em questões subjetivas e de ordem íntima dos usuários. E, por se tratarem de questões particulares o enfermeiro trabalha sempre com o imprevisível, o que foge ao tradicional, este fato distancia da discussão temática dos modelos assistenciais.

Com isso, é notória a fragmentação da assistência e a valorização de condutas individuais na assistência aos portadores de HIV/AIDS. E se constata a necessidade de condições mais específicas para o desenvolvimento de ações que possibilitem a visualização das necessidades de saúde dessa clientela para que possa desenvolver a integralidade de forma consistente nos CMS do Rio de Janeiro.

## REFERÊNCIAS

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; 2003a, 147f.

ACIOLI, S. Sentidos e Valores de Práticas Populares Voltadas para a Saúde, a Doença e o Cuidado. **Revista enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro. P153-158, 2003b.

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://objnursing/index.php/nursing/article/view/577>. Acesso em 10 de junho de 2007.

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. (org). **O Trabalho da Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997, 296p.

ANDRADE, S. M. et al (organizadores). **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: Ed UEL, 2001, 268p.

ARAÚJO, C. L. F.; JUNIOR K. R. C.. **Aconselhamento em DST/HIV: repensando conceitos e prática**. Rio de Janeiro: folha carioca, 2004, 146p.

ARAÚJO, C. L. F.. A Prática do Aconselhamento em DST/AIDS e a Integralidade. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. de (orgs.) **Construção da Integralidade:** cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2007.

Associação Interdisciplinar de AIDS (ABIA). Disponível em: <[www.abia.org](http://www.abia.org)> em 06.08.2007, 16:00.

BARLETT, J. G.; GALLANT, J. E. **Tratamento Clínico da Infecção pelo HIV:** Faculdade de Medicina da Universidade de Johns Hopkins. Rio de Janeiro: VITERBO'S Computação gráfica. 2003.

BARROS, M. E. B.; BARROS, R. B. A Potência Formativa do Trabalho em Equipe no Campo da Saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. de (orgs.) **Trabalho em Equipe sob o Eixo da Integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPES: ABRASCO, 2007.

BONET, O. Aconselhamento Médico e a Diversidade Cultural: a busca de um enfoque integral na prática da medicina de família. In: **Construção da Integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2007.

BOURDIEU, P. et al (org). **O poder simbólico**. 2ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 1988, 311p.

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

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Guia de Tratamento**: recomendações para terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV. 2002/2003 – 5<sup>o</sup>. ed. Brasília, 98 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria executiva. Núcleo temático da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: a Clínica Ampliada. Brasília: MS. 2004a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria executiva. Núcleo temático da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: acolhimento com avaliação de risco: um panorama ético-estético no fazer em saúde. Brasília: MS. 2004b.

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

BRASIL, 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: MS, 2006b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **HIV/Aids, hepatites e outras DST**. Brasília: MS, 2006c. (Serie A Normas e Materiais Técnicos)

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. PNDST/AIDS. **Boletim epidemiológico- AIDS e DST**. 1<sup>a</sup>-26<sup>a</sup> de 2007 (semanas epidemiológicas) - jan/jun de 2007<sup>a</sup>. Brasília (DF): MS; 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de DST/AIDS**. Brasília: MS, 2007b. Disponível em: < HTTP://www.aids.gov.br>, acesso em 15 de julho de 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Aconselhamento em DST/HIV/AIDS para Atenção Básica**, Brasília: MS, 2007c. Disponível em: < HTTP://www.aids.gov.br>, acesso em 15 de julho de 2007.

CAMARGO JUNIOR, K.R. Políticas Públicas e Prevenção em HIV/AIDS. In: PARKER, R.; GALVAO, J.; BESSA, M.S. **Saúde e Desenvolvimento e Política: Respostas Frente a AIDS no Brasil**. 34<sup>o</sup> edição. Rio de Janeiro: ABIA, 1999.

CAMPEDELLI, M. C. et AL. **Processo de Enfermagem na Prática**. São Paulo: Ed. Ática, 1989, 136p.

CASTILHO, E.; CHEQUER, P. & STRUCHINER, C. A epidemiologia da Aids no Brasil. In: PARKER, R. et al. (orgs). **A Aids no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ABIA/IMS/UERJ, 1994.

CHEEVER, L. W. **Medication Adherence among HIV-Infected Patients**: understanding the complex behavior of patients taking this complex therapy. *Current Infectious Disease reports*, v. 1, p.401-407, 1999.

CHESNEY, M. A. **Adherence to Drug Regimens**: a learned skill. *IMHD*, v. 5, p.12, 1997.

COFEN. Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro. **Código de Ética e Legislações mais Usadas no Dia a Dia da Enfermagem**. Lei n<sup>o</sup> 7.498 de 25 de junho de 1986. Rio de Janeiro: COREN-RJ.

CUNHA, G. T. A Construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica. **Saúde em Debate**. São Paulo: Hucitec, 2005, 212 p.

DESLANDES, S. F.; MINAYO, M. C. (Org.) et al. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 26. ed - Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

DOURADO, I. et AL. Tendências da Epidemia de AIDS no Brasil após a Terapia anti-retroviral. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo; USP, 2006.

FLASKERUD, J. H. **AIDS/ Infecção pelo HIV**. 1<sup>o</sup>. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1992.

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

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 03 de setembro de 2008.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001.

LIMA, M. J. O Que é Enfermagem. São Paulo: Brasiliense, 1994 (**Coleção primeiros passos**),102p.

MADEL, T.L. (org). Políticas de Descentralização e Cidadania: novas práticas de saúde no Brasil atual. In: **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9 ed. São Paulo -Rio de Janeiro: HUCITEC, 2006.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.

MATTOS, R. A. Integralidade e a Formulação de Políticas Específicas de Saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. de (orgs.) **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2007a.

MATTOS, R. A. Repensando a Organização da Rede de Serviços de Saúde a partir do Princípio da Integralidade. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. de (orgs.) **Razões Públicas para a Integralidade em Saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2007b.

MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo Hucitec, 2002 (**Saúde em debate**).

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

NEVES, J. e col. **Diagnóstico e Tratamento das Doenças Transmissíveis**. 8º ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1994.

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: ROUQUAROY, M. Z; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. P. 567-586.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org). **Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO. 2005. 302.

PINHEIRO, R. As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. 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, 2006.

PINHEIRO, R.; LUZ, M.T. Práticas Eficazes X Modelos Ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. de (orgs.) **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2007a.

PINHEIRO, R. et al. Trabalho em Equipe e Responsabilidade Coletiva: a potência do espaço público. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. de (orgs.) **Razões Públicas para a Integralidade em Saúde: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2007b.

PINHEIRO, R.; HONORATO C. E. Trabalho Político: construindo uma categoria analítica para estudo sobre a integralidade como dispositivo do trabalho em equipe na saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. de (orgs.) **Trabalho em Equipe sob o Eixo da Integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPES: ABRASCO, 2007c.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RACHID, M. et. al. **Manual de HIV/AIDS**. 8 ed. Rio de Janeiro: REVINTER, 2004.

RANG, H. P.; DALE, M. M.; RITTER, J. M. **Farmacologia da Terapêutica**. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1997.

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](http://www.saude.rio.rj.gov.br) Acesso em 10 de agosto de 2007.

RIO DE JANEIRO. **Secretaria Municipal de Saúde**. Gerencia de DST/AIDS. Informe Epidemiológico 2008. Rio de Janeiro, RJ: Secretaria Municipal de Saúde, 2008.

TEIXEIRA, R. R. O Acolhimento num Serviço de Saúde Entendido como uma Rede de Conversações. In: **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2007.

TRIVINOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VICTORIA, C. G. et al. **Pesquisa Qualitativa em Saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. 136 p.

VERONESI, R. et al. **Tratado de Infectologia**. 1 ed. São Paulo: Atheneu, 1996.

WIGG, M.D. Vírus da Imunodeficiência Humana. In: Santos, N. S. O; ROMANOS, M.T.V. **Introdução da Virologia Humana**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2002 p. 183-197.

## **ANEXO A – Divisão da Cidade do Rio de Janeiro em Áreas Programáticas**

### **DIVISÃO DOS BAIROS DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO EM ÁREAS PROGRAMÁTICAS OU DE PLANEJAMENTO DE ACORDO COM A SECRETARIA MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO**

#### **Área de Planejamento 1.0**

Compreende a região denominada de Zona do centro da cidade englobando os seguintes bairros: Saúde, Gamboa, Santo Cristo, Rio Comprido, Cidade Nova, Estácio, São Cristóvão, Mangueira, Benfica, Vasco da Gama, Paquetá e Santa Teresa.

#### **Área de planejamento 2.0**

Esta área é dividida em duas subáreas que compreendem os bairros da Zona Sul (AP 2.1) e parte da Zona Norte (AP2.2).

#### **Área de planejamento 2.1**

Compreende aos bairros de: Botafogo, Flamengo, Catete, Glória, Gávea, Humaitá, Cosme Velho, Copacabana, Ipanema, Jardim Botânico, Laranjeiras, Leme, Leblon, Lagoa, Rocinha, São Conrado, Urca e Vidigal.

#### **Área de planejamento 2.2**

Compreende aos bairros Praça da Bandeira, Vila Isabel, Tijuca, Alto da Boa Vista, Andaraí, Maracanã e Grajaú.

#### **Área de planejamento 3.0**

Esta área também é dividida em três subáreas que compreende os bairros da Zona norte que não são englobados pela AP2.2.

### **Área de planejamento 3.1**

Maguinhos, Bonsucesso, Ramos, Olaria, Penha, Penha Circular, Brás de Pina, Cordovil, Parada de Lucas, Vigário Geral, Jardim América, Ribeira, Zumbi, Cacuia, Pitangueiras, Praia das Bandeiras, Cocotá, Bancários, 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 Bocaiuva, Cavalcanti, Engenho Leal, Cascadura, Madureira, Vaz Lobo, Turiaçu, Rocha Miranda, Honório Gurgel, Osvaldo 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**

Nesta área encontra-se a Zona Oeste juntamente com as áreas da 5.0. Na AP 4.0 estão 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 três: 5.1 (Padre Miguel, Bangu, Senador Camará, Vila Militar, Campo dos Afonsos, Jardim Sulacap, Magalhães Bastos, Deodoro e Realengo), 5.2

(Barra de Guaratiba, Pedra de Guaratiba, Santíssimo, Campo Grande, Senador Vasconcelos, Inhoaíba, Cosmos e Guaratiba) e 5.3 (Paciência, Santa Cruz e Sepetiba).

## APÊNDICE A – Termo de Autorização da Pesquisa ao Comitê de Ética



**Artigo I. Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

**Artigo II. Centro Biomédico**

**Faculdade de Enfermagem**

**Pesquisa: Prática do Enfermeiro no Programa HIV/AIDS nos Centros Municipais de Saúde do Rio de Janeiro**

### TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Ilm Sr. Diretor (a) do Comitê de Ética em Pesquisa

Venho pelo presente, apresentar o meu Projeto de Pesquisa do Mestrado, intitulado, provisoriamente, ‘**Prática do Enfermeiro nos CMS do Rio de Janeiro em HIV/AIDS**’, e solicitar a V. Sa., o desenvolvimento de tal proposta nos Centros Municipais de Saúde – SMS - RJ, e a divulgação e publicação dos dados e do nome da(s) unidade(s) de saúde. A referida pesquisa tem como objetivo: Compreender e analisar as práticas do enfermeiro na atenção básica com vistas à integralidade no Programa DST/AIDS em Centros Municipais de Saúde do Rio de Janeiro. Para a coleta de dados utilizar-se-á, como técnicas de coleta, a entrevista semi-estruturada e a observação não-participante, com os enfermeiros que participam do programa HIV/Aids. Para tanto, as entrevistas serão gravada em fita magnética(K-7) e aparelho de MP3(caso um dos recursos não funcione) e, filmada ou fotografada. E as anotações das observações serão transcritas em um diário de campo. Atenderemos aos critérios científicos estabelecidos pela Lei 196/96 do CNS (Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Autorização para entrada no campo). Todo o material da pesquisa estará à disposição desta unidade, sendo inclusive doado ao Centro de Memória da Faculdade de Enfermagem da UERJ.

Certa de contar com vossa aquiescência, desde já agradeço e, coloco-me à sua inteira disposição para quaisquer dúvidas e esclarecimentos.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2008.

---

Viviane Cordeiro dos Santos tel: 9132000 vivianecordeirosantos@hotmail.com

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**Artigo III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

**Centro Biomédico**

**Faculdade de Enfermagem**

**Pesquisa: Prática do Enfermeiro no Programa HIV/AIDS nos Centros Municipais de Saúde do Rio de Janeiro**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Conforme a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, solicito seu consentimento, através da assinatura deste termo, para entrevistá-la bem como utilizar, dados obtidos do seu depoimento, em publicações e divulgações em eventos científicos orientada pela Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Sonia Acioli de Oliveira e, que possui como título provisório “**Prática do Enfermeiro nos CMS do Rio de Janeiro em HIV/AIDS**”. Este estudo tem como objetivo: Compreender e analisar as práticas do enfermeiro na atenção básica com vistas à integralidade no Programa DST/AIDS em Centros Municipais de Saúde do Rio de Janeiro. Sua participação neste estudo é voluntária e perguntas podem ser feitas em qualquer momento que julgar necessário. Mesmo que você decida participar você terá plena liberdade para sair do estudo a qualquer momento, sem que isso implique em qualquer tipo de prejuízo. Será realizada entrevista gravada em fita magnética(K-3) e MP3(caso um dos recursos não funcione). E, posteriormente transcrita na íntegra, sem qualquer alteração do seu conteúdo. A sua identidade será mantida em sigilo. Eu, \_\_\_\_\_, li e entendi todas as informações sobre este estudo e minhas dúvidas foram respondidas a contento. Portanto consinto voluntariamente participar desta pesquisa.

\_\_\_\_\_ Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2008.

Assinatura da depoente

\_\_\_\_\_  
Viviane Cordeiro dos Santos 9132-0000, vivianecordeirosantos@hotmail.com

\_\_\_\_\_  
Sonia Acioli de Oliveira 9764-1180, soacioli@uerj.br (orientadora)

\_\_\_\_\_  
SMS-RJ: R: Afonso Cavalcante 455, sala 701, Bairro: Cidade Nova, CEP: 20211901,  
2503-2024, cepoms@rio.rj.gov.br

## APÊNDICE C – Roteiro para observação



### **Artigo IV. Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

**Centro Biomédico**

**Faculdade de Enfermagem**

**Pesquisa: Prática do Enfermeiro no Programa HIV/AIDS nos Centros Municipais de Saúde do Rio de Janeiro**

#### **Cenário:**

- Verificar postura profissional e o ambiente;
- Escuta ativa;
- Tempo de consulta;
- A interação enfermeiro-paciente;
- Os encaminhamentos internos e externos.

## APÊNDICE D - Roteiro das entrevistas



**Artigo V. Universidade do Estado do Rio de Janeiro**  
**Centro Biomédico**  
**Faculdade de Enfermagem**  
**Pesquisa: Prática do Enfermeiro no Programa HIV/AIDS nos**  
**Centros Municipais de Saúde do Rio de Janeiro**

### **Roteiro das entrevistas**

#### **Eixos de questionamentos:**

1. Rotina de atendimento

Como é seu dia-a-dia de trabalho? Fale sobre sua rotina de trabalho? Há Protocolo de atendimento?

2. As ações em saúde e a prática do enfermeiro

Como acontecem as ações de saúde no programa? Quem participa? Fale sobre a chegada deste paciente? Quem recebe estes pacientes de primeira vez?

3. Questões que influenciam as práticas

Como você caracteriza sua prática em saúde no Programa DST/Aids? O que influencia as ações de saúde dentro do programa?

# 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](#)