UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO

CONDUTA CLÍNICA de Enfermagem para CUIDAR do cliente portador do HIV/AIDS: o que fazem e o que sabem os enfermeiros do IPEC.

Adriana Silva Muniz

Rio de Janeiro,
2008.

CONDUTA CLÍNICA de Enfermagem para CUIDAR do cliente portador do HIV/AIDS: o que fazem e o que sabem os enfermeiros do IPEC.

Adriana Silva Muniz

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,
Escola de Enfermagem Alfredo Pinto,
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro,
como parte dos requisitos necessários
à obtenção do Título de Mestre.

Orientadora: PROFª. DRª. Nebia Maria Almeida de Figueiredo

Rio de Janeiro – RJ

CONDUTA CLÍNICA de Enfermagem para CUIDAR do cliente portador do HIV/AIDS: o que fazem e o que sabem os enfermeiros do IPEC.

Adriana Silva Muniz

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade Federal do Estado Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre.

_____

PROFª.DRª. Nebia Maria Almeida de Figueiredo - Orientadora
Presidente

_____

PROFª.DRª. Tereza Tonini
1ª. Examinadora

_____

PROFª.DRª. Gláucia Valente Valadares
2ª. Examinadora

_____

PROF. Dr. Luiz Carlos Santiago
Suplente

_____

PROFª.DRª. Sônia Maria Ferraz Medeiros Neves
Suplente

Rio de Janeiro,
Dezembro de 2008.

Muniz, Adriana Silva

Conduta clínica de enfermagem para cuidar do cliente portador do HIV/AIDS: o que fazem e o que sabem os enfermeiros do IPEC. / Adriana Silva Muniz. Rio de Janeiro: s.n., 2008.
156 f. tab.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.
Orientadora: Profª. Dra. Figueiredo, Nebia Maria Almeida de

1. Cuidados de Enfermagem. 2. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. 3. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. 4. HIV.
I. Título. II. Dissertação (Mest. – UNIRIO/EEAP).

CDD - 22.ed. – 610.730692

DEDICATÓRIA

A DEUS*,* porque tudo posso naquele que me fortalece...
Pode uma mulher esquecer-se tanto de seu filho que cria,
que não compadeça dele, do filho do seu ventre?
Mas ainda que esta se esquecesse, eu, todavia, não esquecerei de ti.
Eis que na palma das minhas mãos te tenho gravado:
os teus muros estão continuamente perante mim.
Isaías 49 16/17.

“O homem quase sempre se torna aquilo que acredita ser. Se eu ficar repetindo que não serei capaz de fazer tal coisa, é possível que acabe me tornando incapaz de fazê-la. Por outro lado, se acredito que posso fazê-la, certamente irei adquirir tal capacidade, mesmo que não a detenha num primeiro momento”.

Gandhi.

O mestrado é apenas o início, de um caminho.
Que almejo dedicar-me na busca de conhecimento, na tentativa de transformar a nossa prática de cuidar nos contextos de saúde.

Adriana Silva Muniz.

À minha mãe,

Mãe, quer dizer amor, mãe; quer dizer pureza, mãe;

(sabe quem eu sou e acha que eu sou perfeita!).

Mãe quer dizer carinho, mãe; quer dizer beijinho, mãe;

(me faz sentir especial) e acha que eu sou especial.

Quantas vezes eu não te escutei e escolhi os meus caminhos, mas você não desistiu de mim.

Você sempre viu muito além do que os outros conseguiram ver e porque você orou e esteve comigo eu venci.

Mãe, eu não te mereço; mãe, eu te agradeço; mãe, você não te preço; mãe você e tudo de bom, mãe, você é tão bonita; mãe, amor da minha vida; mãe, minha melhor amiga, quem te conhece te quer.

Mãe, você pra mim é o melhor exemplo de mulher.

Mãe, você pra mim é o melhor exemplo de mãe.

Quero me lembrar de você, como alguém sempre ousou sonhar e creditar nos sonhos de Deus.

Quero me lembrar dos verões, quero me lembrar das canções e das lições que me ensinou.

Se, eu pudesse voltaria a traz e ouviria mais os seus conselhos, mãe.

AMO-TE MUITO, e lhe agradeço pela dádiva da minha vida,
Querida e amada mamãe,
Elzira Silva Muniz.

Agradeço à

Percussora do Saber de Enfermagem do século 2000,

Minha querida e amada,

***Orientadora: PROFª. DRª. Nebia Maria Almeida de Figueiredo**,*

Literalmente um Gigante !!!

Um gigante de sabedoria e de bondade.

Recordo-me de algumas palavras e frases quando penso nesse gigante:

Compromisso,

Sabedoria,

Humildade,

Dedicação,

Paciência.

Um Espírito Empreendedor, Um ser além do seu tempo.

Paixão pela vida,

Paixão pela Enfermagem,

Paixão pelas Profissões que abraçou: ser enfermeira e ser docente.

Apaixonada por nós simples mortais, aflitos por saber.

Obrigada pelo seu tempo disponibilizado a mim: por me permitir conhecê-la e sua infinita sabedoria - pelo seu direcionamento e orientação.

Obrigada pela sua intensidade de sentimentos: amor paixão, dedicação, firmeza, doçura.

Assim que a vejo INTENSA, lindamente intensa.

AGRADECIMENTOS

Aos Enfermeiros do Instituto de Pesquisa Clinica Evandro Chagas – FIOCRUZ, que participaram de uma fase tão importante em minha vida e, certamente, nunca serão esquecidos - pela disponibilidade, companheirismo e participação na pesquisa.

Aos queridos professores Tereza Tonini, Enirtes Caetano Prates de Melo, Luiz Carlos Santiago, Aparecida de Lucas, Gláucia Valente Valadares, que foram exemplos de profissionalismo, educadores e de dignidade.

A QUERIDA amiga Carla Dias de Castro pelo auxilio, socorro e paciência.
A QUERIDA amiga Nilsiara Luzial de Souza por almejarmos os mesmos objetivos e unir-se a mim nessa jornada árdua, difícil, fascinante e enriquecedora que foi o mestrado.

A minha querida amiga Márcia Regina dos Santos da Luz (secretária da coordenação do mestrado), pela paciência e dedicação.

Ao Querido Moacir Carneiro Barroso pela paciência, tranqüilidade e boa vontade em nós atender em nossas necessidades.

Aos Professores da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, por todas as trocas durante as aulas.

A Turma do Mestrado do ano de entrada 2007, pela amizade e contribuições produtivas no decorrer dessa linda jornada.

Ao Programa de Pós- graduação em enfermagem - MESTRADO – na Escola de Enfermagem Alfredo Pinto por ter me selecionado, abrindo a porta para um novo caminho na construção do saber profissional e pessoal.

Agradeço ao querido amigo Amilton Xavier Junior - *analista de sistema da FIOCRUZ - pelo carinho, paciência e dedicação.*

MUITO OBRIGADO!

SUMÁRIO

RESUMO ..... **xii**
ABSTRACT ..... **xiv**
1- INTRODUÇÃO **15**
Considerações Iniciais **15**
2- Considerações para o fundamento do objeto - REFERENCIAL TEÓRICO **36**
Sobre o Saber em Enfermagem **36**
Sobre o Cuidado de Enfermagem **41**
Sobre o Cuidado dos clientes portadores do HIV/AIDS **44**
Tabela I – As Áreas de Saber das produções bibliográficas de Enfermagem, na base de textos completos da BVSSP - LILACS, no período de 1992 - 2007. **46**
3- O Caminho Metodológico da Investigação - METODOLOGIA **56**
O Cenário **56**
Os Sujeitos do Estudo **58**
Procedimentos de Produção de Dados **58**
Aspectos Éticos da Investigação **60**
Análise do material produzido nas entrevistas..... **61**
4- RESULTADOS E DISCUSSÃO **64**
Organização da Análise – Resultados **64**
Figura I – Dados Demográficos dos participantes das 18 entrevistas do estudo, sendo delineado pela pesquisa idade, tempo de trabalho e tempo de formação dos entrevistados; no ano de 2008, no Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas (IPEC). **65**
Tabela II – Dados Demográficos da pesquisa com apresentação dos locais de atuação dos 18 participantes do estudo, no ano de 2008, no Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas (IPEC). **67**
A Pré-análise – Resultados **68**
QUADRO I - Como FAZ o plano de cuidado: Condutas Clínicas empíricas e científicas do cuidar. **71**
QUADRO II - Por que FAZ o plano de cuidado: Condutas Clínicas empíricas e científicas do cuidar. **74**
QUADRO III - a REFLEXÃO – Pensar o modo de Cuidar: Condutas Clínicas empíricas e científicas do cuidar. **76**
QUADRO IV - a EXPLICAÇÃO - O PENSAR o modo de Cuidar: Condutas Clínicas empíricas e científicas do cuidar. **78**
QUADRO V - a OBSERVAÇÃO - O cliente HIV/AIDS nos aspectos físicos, emocionais e sociais: Condutas Clínicas empíricas e científicas no cuidar. **80**
QUADRO VI - a EXPLICAÇÃO - O cliente HIV/AIDS nos aspectos físicos, emocionais e sociais: Condutas Clínicas empíricas e científicas no cuidar. **85**
QUADRO VII – O emprego do PROCESSO de Enfermagem e suas etapas: Condutas Clínicas empíricas e científicas no cuidar. **88**
QUADRO VIII – ESSENCIAL pra o CUIDAR: Condutas Clínicas empíricas e científicas no cuidar. **92**

QUADRO IX - Utilização do MANUAL: Condutas Clínicas empíricas e científicas no cuidar. **95**
QUADRO X – Os FUNDAMENTOS do CUIDAR: Condutas Clínicas empíricas e científicas no cuidar. **96**
QUADRO XI – a Reflexão - Os FUNDAMENTOS que utiliza no CUIDAR: Condutas Clínicas empíricas e científicas no cuidar. **98**
QUADRO XII – Unidades de Significações comuns dos participantes da pesquisa. **102**
A Codificação - Resultados **105**
QUADRO XIII - Condutas Clínicas ESPERADAS. **105**
QUADRO XIV - Condutas Clínicas INESPERADAS. **107**
A Categorização - A Discussão da Categoria **109**
QUADROXV - Os fundamentos e os conhecimentos empíricos empregados no cuidado de enfermagem dos enfermeiros do IPEC. **111**
QUADRO XVI – Os aspectos subjetivos do cliente como expressão no ato de cuidar. **120**
5- CONSIDERAÇÕES FINAIS **126**
6- REFERÊNCIAS **131**
APÊNDICES **138**
APÊNDICE I - Roteiro de Entrevista **139**
APÊNDICE II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido **142**
ANEXOS **144**
ANEXO I - Carta de Aprovação do Comitê de Ética. **145**
ANEXO II - Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). **146**
ANEXO III - Declaração de artigo encaminhado: Central de Material Esterilizado (CME): a infecção pelo *Clostridium difficile.* **149**
ANEXO IV - Declaração de artigo encaminhado: Classificação de risco: o emprego do computador pelo enfermeiro na UPA-24 horas Irajá/RJ. **150**
ANEXO V - Declaração de artigo encaminhado: O emprego do COMPUTADOR na Unidade de Pronto Atendimento: um relato de experiência. **151**
ANEXO VI - Declaração de artigo encaminhado: O OLHAR perspicaz do Enfermeiro sobre LESÕES CUTÂNEAS: indicando as feridas de Leishmaniose e Esporotricose. **152**
ANEXO VII - Declaração de artigo encaminhado: ESPOROTRICOSE HUMANA: CONHECENDO E CUIDANDO EM ENFERMAGEM (*com aceite para publicação*). **153**
ANEXO VIII - Declaração de artigo encaminhado: Os enfermeiros acerca do enfrentamento da situação da morte. **154**
ANEXO IX - Declaração de artigo encaminhado: CONDUTAS CLÍNICAS de cuidar em HIV/AIDS: a construção de um saber-fazer de Enfermagem. **155**
ANEXO X - Declaração de artigo encaminhado: Produção científica de enfermagem acerca do HIV/AIDS: um estudo sobre o saber produzido. **156**

RESUMO

O presente estudo é produto da dissertação de mestrado apresentada na Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO na linha de Pesquisa Enfermagem: o Cotidiano da prática de cuidar e ser cuidado, de gerenciar, de pesquisar e de ensinar. A pesquisa apresentou como objeto de estudo o fazer e o saber expresso no cuidado prestado pelos enfermeiros ao cliente portador do HIV/AIDS do Instituto de Pesquisa Evandro Chagas. Com os objetivos de Identificar o fazer e saber dos enfermeiros expressos no ato de cuidar de clientes portadores do HIV/AIDS e Caracterizar esse fazer e esse saber como expressão do conhecimento de enfermagem.

A justificativa para o desenvolvimento do estudo encontra respaldo quando acreditamos que os enfermeiros fazem o cuidado porque sabem e esse modo de fazer-saber vincula-se com o conhecer no seu cotidiano, o que se pretendeu desvelar, conhecer. Justificou-se também porque a Enfermagem precisa mostrar como e porque faz o seu trabalho quando cuida de clientes portadores do HIV/AIDS no IPEC.

O caminho metodológico escolhido para o estudo foi uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa, no cenário do Instituto de pesquisa Evandro Chagas – IPEC com 18 enfermeiros assistenciais. A produção de dados se realizou mediante a técnica de entrevistas semi-estruturada com a análise dos dados realizada com base na Análise de Conteúdo de Bardin (2008).

Com análise dos dados obtivemos a categoria: Conduta Clínica no Fazer/Saber/Pensar expressas no ato de Cuidar essa categoria versa sobre o conhecimento (fazer/saber), bem como o nível de complexidade introduzido pelo novo cliente que é objeto do cuidado nas unidades de saúde; que trazem para o cuidado de enfermagem o seu universo, suas diversidades, suas dificuldades social/cultural/educacional – para o local de trabalho do profissional enfermeiro. Em uma avaliação geral, o indicador de reflexão é designado como o fazer/saber acontecendo a partir dos fundamentos científicos, teóricos e conhecimentos empíricos. Há aplicabilidade dos conhecimentos empíricos, dos fundamentos científicos e os fundamentos teóricos para cuidar dos clientes portadores do HIV/AIDS, estão centrados no sujeito que precisa de cuidados. Isso significa dizer que é a prática que direciona suas ações fundamentadas no que eles conhecem como doença e como intervenção, marcada pelo modelo biomédico e cartesiano. Sendo imprescindível mencionar, que nossos conhecimentos estão impregnados por um modelo que está ultrapassado em nossos contextos históricos contemporâneo.

Consideramos que no delinear do fazer e do saber expresso no ato de cuidar dos participantes da pesquisa e algumas interrogações nos surgiram, que são referentes à importância do fazer. Praticamos as ações na prática embasadas nos eventos comuns da prática sem percebermos a diferenciação e a importância para cuidar dos eventos raros e extremos. Uma prática de cuidar que impõem uma ação de fazer-saber dinâmica que se articule com a eficácia do conhecimento, a subjetividade do sujeito e as transformações diárias do nosso contexto de cuidar (social, cultural, econômica, históricas).

Há pouca utilização de instrumentos científicos para fundamentar essa prática, o INESPERADO foi a não utilização e o não conhecimento do manual do ministério da Saúde.

Embora a maioria afirme que utiliza os fundamentos teóricos (adquiridos na graduação), que se utilizam das literaturas de enfermagem para direcionar o seu cuidar e demonstrem uma busca constante dos fundamentos científicos para correlacionarem com o *fazer e o saber* na prática do dia-a-dia de cuidar no IPEC.
Palavras Chaves: Cuidados de Enfermagem; conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida e HIV.

ABSTRACT

This study is a product of the master's dissertation presented at the Federal University of Rio de Janeiro - UNIRIO line Nursing Research: the daily practice of care and be careful in managing, researching and teaching. The research presented as objects of study and learn to express the care provided by nurses in the client with HIV / AIDS of the Evandro Chagas Research Institute. Aiming to identify the make and knowledge of nurses expressed in the act of caring for clients of HIV / AIDS and to characterize the expression and how this knowledge of nursing.

The justification for the development of study support is when we believe that nurses do care because they know this and know-how to make links with the familiar in their daily life, which now want to reveal to know. It is also because the nursing need to show how and why does its job when the customer takes care of HIV / AIDS in IPEC.

The path shown by the study methodology was a descriptive study of qualitative approach, the scenario of the Research Institute Evandro Chagas - IPEC care with 18 nurses. The production data is held by the technique of semi-structured interviews with the data analysis performed on the basis of analysis of content of Bardin (2008).

Analysis of data obtained with the category: Conduct Clinic at Make / Read / Think expressed in the act of caring that category is about the knowledge (to do / learn), and the level of complexity introduced by the new customer who is the object of care in the units health, they bring to the nursing care their universe, their diversity, their difficulties social / cultural / educational - to the workplace of the professional nurse. In a general assessment, the index of reflection is referred to as the make / know going from the scientific reasons, theoretical and empirical knowledge. There applicability of empirical knowledge, the scientific foundations and theoretical foundations for customer care of HIV / AIDS, focus on the subject that needs care. This means that it is the practice that directs their actions based on what they know as a disease and intervention, marked by the biomedical model and Cartesian. It is essential to mention that our knowledge is impregnated by a model that is outdated in our contemporary historical contexts.

We believe that the outline of how and knowledge expressed in the act of caring for the participants in the research and some questions arose, which are related to the importance of doing. Practice actions in practice based on common events of the practice without realizing the distinction and importance for the care of rare and extreme events. A practice of caring for that action to impose a dynamic knowledge-that articulates with the efficiency of knowledge, the subjectivity of the subject and the changing context of our daily care (social, cultural, economic, historical).

There is little use of scientific instruments to support this practice, the unexpected is not to use and no knowledge of the manual of the Ministry of Health Although most states that use the theoretical foundations (acquired in the ranking), which are used for the literature of nursing direct your care and show a constant search of the scientific foundations to correlate with and know how in practice the day-to-day care of the IPEC.

Keywords: Nursing care; knowledge, Attitudes and Practice in Health; Acquired Immunodeficiency Syndrome and HIV.

1 – INTRODUÇÂO

Considerações Iniciais

Ao optarmos pelo objeto de investigação o fazer e o saber expresso no cuidado prestado pelos enfermeiros aos clientes portadores do vírus da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS), um fazer e um saber do enfermeiro ao delinear as condutas clínicas no cuidar do cliente portador do HIV/AIDS, conjeturamos ser imprescindível destacar temas inseridos no contexto do objeto e que possuem sintonia com o problema, os quais se enfatizam como:

Sobre a AIDS no MUNDO

Ao pensar sobre o cuidado aos sujeitos portadores do HIV/AIDS nos deparamos com algumas questões que nos obriga a refletir melhor sobre a nossa prática de cuidar em enfermagem, que são: fazer um cuidado dividido em um lado em tratamento e investimento e, de outro em estratégias de ação para o controle e prevenção de infecção à população, valendo-se da vontade política, das tradições religiosas de cada povo e do apoio financeiro internacional para os Países mais subdesenvolvidos.

Há mais de 20 anos que o mundo lida com o problema e apesar de avanços científicos inegáveis no campo da pesquisa a epidemia da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) no mundo tem sido inevitável, mesmo tendo-se aumentado o tempo de vida dos portadores do vírus da imunodeficiência adquirida (HIV); a contaminação continua alarmante

indicando que ações e campanhas de prevenção não têm atingido as metas propostas pelos Governos.

Durante os 25 anos da AIDS, os dados apontados constantemente pela Organização Mundial de Saúde (OMS), demonstram a permanência da doença com uma pandemia que confirma a fragilidade entre as fronteiras entre os países, pois essas fronteiras, não impedem a entrada do HIV, que é um problema de caráter mundial, embora os índices confirmem um decréscimo da incidência de alguns Países, mas os percentuais ainda são crescentes mundialmente.

Ainda realizando uma reflexão acerca desses 25 anos da pandemia da AIDS, verifica-se no mundo a incidência predominante na desigualdade entre os sexos (incidindo mais no sexo feminino), bem como ainda existe o estigma, a discriminação, a pobreza, o machismo, a prevalência de relações sexuais desprotegidas, a inferioridade cultural e educacional da população como barreiras não só para diminuir a casuística da incidência da infecção pela AIDS no mundo, mas de como cuidar daqueles que adoecem e estão nos hospitais ou em suas residências.

Como dissemos “apesar de alguns avanços, o mundo está perdendo a guerra contra a AIDS. E as regiões mais pobres do planeta são as mais afetadas”. (UNIVERSIA-BRASIL, 2006). Os *dados sobre mortalidade dos portadores do HIV/AIDS* apontam que:

> Em 25 anos, 25 milhões de pessoas morreram em decorrência da doença e, atualmente, cerca de 38 milhões de pessoas vivem com o vírus, embora muitos nem saibam. Só em 2005, 2,8 milhões de pessoas morreram vítimas da doença e outros 4,1 milhões foram infectadas. Na América Latina, mais de 1,6 milhões de pessoas vivem com o HIV e novas infecções atingiram 140 mil pessoas em 2005 (Op. cit, 2006).

Embora, os estudiosos sobre o tema digam que a AIDS vem diminuindo, os números da *incidência da doença no mundo* ainda são aterrorizantes, pois:

> Houve 2,7 milhões de novos casos da doença no mundo em 2007. Entre 2,3 milhões desses casos foram nos adultos. A Organização das Nações Unidas (ONU) estima que aproximadamente 33 milhões de pessoas sejam portadores do HIV. Cerca de 2 milhões de pessoas morreram de AIDS no ano passado, a maioria de adultos. A ONU estima que 7.400 pessoas sejam infectadas diariamente pela AIDS no mundo, 45% delas têm entre 15 e 24 anos (RIBEIRO, 2008).

O País mais atingido pela AIDS continua sendo atualmente a África Sub-sahariana "calcula-se que 67% das pessoas infectadas com AIDS no mundo residam em países da região sul da África, que 22 milhões de pessoas sejam portadores do HIV". (Op. cit, 2008).

A afirmativa de ser África Sub-sahariana a região de abrangência mundial de maior incidência da doença faz jus a contextualização já apresentada por alguns estudiosos, em que:

> Em regiões como a África, o acesso à terapêutica é inferior a 5%. É evidente que isso colabora pra disseminação da doença. Além disso, para modificar o quadro da AIDS naquele continente, é necessária uma mudança brusca nas estruturas de base para que seja possível disponibilizar medicamentos e acesso a informação sobre prevenção e tratamento. Atualmente, nas condições em que estão os Países mais pobres da África – onde nem mesmo as gestantes têm acesso à profilaxia e medicamentos já existentes para a redução da transmissão vertical – isso é algo que só seria possível por meio de uma intervenção internacional em parceria com os governos locais. *O que acontece na África é mais um genocídio que assistimos de maneira contemplativa. Uma hipocrisia do mundo frente à pobreza e ao desenvolvimento* (PEDRO – UNIVERSIA-BRASIL, 2006).

Sobre a AIDS no BRASIL

No Brasil conforme os *dados epidemiológicos* publicados no Boletim Epidemiológico (2007) acerca de 474.273 casos da doença, observam-se diminuição de incidência em algumas regiões como a sudeste, bem como a diminuição da transmissão vertical, entre homens que fazem sexo com homens (HSH) e entre usuários de drogas.

Esses dados epidemiológicos dão a entender que as abordagens educacionais para a promoção à saúde em alguns grupos vêm demonstrando resultados positivos, visto que ações foram estabelecidas como: o fornecimento de agulha e seringa descartáveis aos usuários de drogas, a prática do oferecimento do teste anti-HIV nos exames de rotina do pré-natal, a distribuição aos indivíduos cadastrados de preservativos nos programas de DST/AIDS nas unidades de saúde, assim como a realização de teste rápido em maternidades com gestantes sem status sorológico para o HIV.

Entretanto, há ainda muito a ser estabelecido e avaliado no nosso País, nas nossas Unidades de Saúde para que haja um decréscimo ou controle da incidência no sexo feminino e nas classes sociais mais carentes. O ponto de partida para atingirmos os indivíduos que permanecem com comportamento de risco, ponderando acerca das ações de muitos profissionais da saúde e da enfermagem, em particular, é o pensar sobre o seu fazer como condutas de cuidar não só dos clientes/família/comunidade, mas nas situações de transmissão do HIV como um todo nos espaços onde os clientes se encontram.

Vale ressaltar que as informações assinaladas nos dados divulgados em Brasil (2007) demonstram a *diminuição da incidência* da doença no País: “em 2006, considerados dados preliminares, foram registrados 32.628 casos da doença, confirmando uma tendência de queda no número de casos, identificada a partir de 2002, quando houve 38.816 casos notificados”.

Destacando ainda, os dados acerca da *sobrevida* dos indivíduos portadores do HIV/AIDS que:

> Pela primeira vez, dados sobre a proporção de pessoas que continuaram vivendo com AIDS em até cinco anos após o diagnóstico. O estudo foi feito com base no número de pessoas identificadas com a doença em 2000. Os dados apontam que, cinco anos depois de diagnosticadas, 90% das pessoas com AIDS no Sudeste estavam vivas. Nas outras regiões, os percentuais foram de 78%, no Norte; 80%, no Centro Oeste; 81%, no Nordeste; e 82%, no Sul (Op.cit, 2007).

Acreditamos que mesmo tendo em vista esse aumento da sobrevida e que toda vez que uma doença nova surge e se torna alvo de investigações em diversos países, como é o caso do HIV/AIDS, a enfermagem como as demais profissões atuantes na área de saúde, tenta também demarcar seu território com práticas (mais visíveis) e abranger o saber ligado a situações em que exerce sua prática de cuidar – no caso de clientes portadores do HIV/AIDS.

Deste modo, o cuidado de enfermagem do cliente portador do HIV/AIDS requer uma atenção à saúde peculiar, visto que a transmissão do HIV/AIDS aborda questões informativas, educacionais e pessoais que estão longe de serem simples, pois envolve aspectos do comportamento humano e de mudança de hábito. Isto porque são questões relacionadas à comunicação, à informação, à educação e da pessoa; que estão vinculadas à transformação de costume, de atitude e do comportamento humano; assim torna-se imprescindível *pensarmos sobre:*

A) *A Comunicação*

Partindo da perspectiva de que para o processo de cuidar é fundamental se estabelecer a comunicação entre o cliente e o cuidador. Assim, a comunicação é um

instrumento importante na prática de cuidar do enfermeiro, pois o cuidado de enfermagem, muitas vezes, é resultante da forma e da eficiência como a comunicação se estabelece com o cliente. Foucault (2004, p. 126) diz que: “acima de todos esses esforços do pensamento clínico para definir seus métodos e suas normas científicas; plana o grande mito de um puro Olhar, que seria pura Linguagem: olho que falaria.” E afirma ainda: “Um olhar que escuta e um olhar que fala: a experiência clinica representa um momento de equilíbrio entre a palavra e o espetáculo” (Op cit, p. 126).

Para enfermagem é fundamental se comunicar, pois sua relação é direta com o corpo necessitado de cuidados e de informações constantes acerca do proposto como cuidado ou a partir do que o cliente queira de nós.

A comunicação entre o profissional e o cliente quando se encontram no ato de cuidar pode ser estabelecida através do olhar, da expressão facial, do contato manual (toque); mesmo não existindo uma conversa prévia. Logo não se fala de comunicação sem relacioná-la a seus meios como encontro, presença do outro que cuida, do que recebe o cuidado, se comunicar com ou sem fala é a realidade dos enfermeiros que se apropriam da comunicação e de seus meios para realizar a prática do cuidar no cotidiano em saúde, trazendo como grande desafio à interação cuidador/cliente, isto é, um cuidado - o dialogo que se dá no encontro.

Contribuindo com esse pensamento Silva (2004, p. 52) diz que “na área da saúde é fundamental saber lidar com gente, pois somente pela comunicação efetiva é que o profissional poderá ajudar o cliente”. Comunicar efetivamente é conversar, escutar, ouvir e trocar informações com o outro num processo - dialógico. Trocar idéias, opiniões, experiências é fundamental na comunicação com o outro.

Contudo é provável que sempre exista uma comunicação no cuidado, até porque calar (não falar) é uma comunicação silenciosa só percebida por aqueles que entendem as diversas formas de se comunicar e que têm aguçado suas formas de ler as expressões corporais. Nós temos entendido que no processo de se comunicar é fundamental entender os signos expressos pelo corpo do doente e de atentar para as nossas formas de expressão de nosso corpo quando cuidamos do outro.

Ainda, comunicar envolve interesse pelo que o outro ser quer, pelas questões que o afligem. Na comunicação as barreiras, as dificuldades em estabelecê-la tem sido um desafio e uma motivação, pois a apreensão, a percepção e a codificação dos aspectos subjetivos do indivíduo são os mais difíceis de serem alcançados, porém são imprescindíveis nessa comunicação – cuidado; principalmente pela diferenciação da subjetividade do sujeito. O alcance dos aspectos subjetivos do sujeito através da comunicação mexe com os interesses deles e nossos para cuidá-los, para conhecê-los, para compreendê-los e para ajudá-los a viver com o HIV ou AIDS.

Uma questão aqui colocada como desafio é o de afirmar que a comunicação não é só um instrumento de cuidado, mas um cuidado mesmo. Isso porque é através da comunicação que criamos redes de informações acerca daquele que cuidamos e essa comunicação encontra-se em tudo o que fazemos para ele, desde atividades mais simples até mais complexas. A enfermagem, como profissão do cuidar, é também o lugar onde a comunicação veicula e dando voz e sentido ao bem mais precioso que é o cuidado que fazemos.

Os elementos da comunicação são: “a realidade ou situação, os interlocutores, a mensagem, os signos, os meios” (SILVA, 2005, p. 24-27). A partir desses elementos é

definido o tipo de comunicação: “comunicação verbal – por meio da fala ou escrita e comunicação não-verbal – por gestos, silêncio, expressões faciais, postura corporal etc” (op. cit, p. 28).

A primeira construção desse instrumento-cuidado, a comunicação, é produzida no corpo que se comunica e se constrói na utilização de todos os sentidos. Comunicamos-nos através do olhar, da audição e do cheiro; sentidos do corpo entendido por Gil (1997, p. 8) como:

> Em metamorfoses do corpo não só como espaço interior: este, longe de se contentar em não se apresentar (por ser conteúdo de um continente), longe mesmo de não se exteriorizar se não filtrado (pelos orifícios da comunicação: olhos, ouvidos, boca, nariz, vagina e ânus), prolonga-se por uma estranha reversão, do corpo no espaço exterior.

Avançando mais, encontramos, em Silva (2004, p. 9-10), a afirmativa de que “comunicação não se constitui apenas por palavras verbalizadas. Temos de *aprender a ser artista*, no sentido de captar as mensagens, interpretá-las adequadamente e potencializá-las criativamente”. Devemos “comunicar de corpo inteiro e isso envolve grandes e pequenas verdades entre sabedoria em meio dos iletrados que povoam os leitos das Instituições de Saúde”.

Essa é uma questão que se encontra em nosso cotidiano de cuidar e de compreender aqueles com quem nos comunicamos e cuidamos. Compreensão que é formada por uma via de mão dupla, pois, eles também podem ou não nos compreender quando conversamos com eles.

O desafio está em entender que é possível conversar sem os preconceitos, tão comuns quando se afirma que “os clientes nada sabem sobre questões de saúde e doença ou mesmo quando não sabem argumentar/raciocinar acerca de assuntos; o que é entendido

como uma atividade intelectual que só diz respeito a ele, enquanto profissional que tudo sabe" (SILVA, 2005, p.10).

O profissional de saúde tem que se assumir como produtor de linguagem e como elemento transformador e intérprete de mensagens. Para isso, deve se apaixonar pela idéia de se comunicar com as pessoas (SILVA, 2004).

Nessa perspectiva, é imprescindível que estejamos *abertos* para que a comunicação aconteça, dispondo de tempo, de sensibilidade e paciência para que haja uma troca de conhecimento e informações verbais, de diálogo e de signos para que seja possível captar e compreender os significados da mensagem que passam do cliente para o enfermeiro e vice-versa.

Horta (1979) cita que "o Ser-enfermeiro sozinho não exerce Enfermagem". Há a necessidade de acontecer à interação com a pessoa, para que ocorram percepções e assim ações a partir das necessidades do cliente pelo enfermeiro. Em seu processo de enfermagem esta autora, apontava a comunicação, como uma necessidade básica do ser humano.

Desta forma, referenciamos a comunicação como um cuidado de enfermagem utilizando os sentidos para fazer seu diagnóstico e a partir deles fazer sua intervenção. Isto é, o que fazem de ordem racional e subjetiva pode ser considerado um processo porque têm uma intenção, um planejamento, intervenções, avaliação, e é considerado um saber de enfermagem.

B) *A Enfermagem Clínica*

A clínica é o equilíbrio entre o saber e o ver, a aproximação do cuidador ao cliente. “A clínica, sem dúvida, não é a primeira tentativa de ordenar uma ciência pelo exercício e descrição do olhar” (FOUCAULT, 2004, p. 96). É a partir do momento que a clínica se organiza em um corpo sistemático, dividindo-o, um novo conceito é introduzido, pois não tem olhar, a observação é abandonada e a filosofia se introduz – o início de uma *clínica cega* porque não tem olhar (Op cit, 2004).

Figueiredo e Santos (2005, p.3) referenciam a Enfermagem Clínica como:

> A Enfermagem realizada para qualquer tipo de clientela, porque traz em si os fundamentos e ações para atender alguém que está doente ou, ainda, em fase diagnóstica. Sua intenção é de manter as condições de vida instaladas; evitar complicações, detectar sinais e sintomas novos e agir para restaurar o bem-estar, o bem viver do ser humano, geralmente reconhecido como saúde. É uma Enfermagem centrada no cliente e não mais exclusivamente, na patologia/doença que lhe causa mal estar. A preocupação profissional é com o corpo total, onde a doença/mal-estar é um evento na vida de todos. É uma clínica que busca uma semiologia própria para a Enfermagem colocando em prática uma ciência do sentir e dos sentidos, das emoções e intuições, além da intelectualidade.

Assim, a enfermagem clínica está pautada no e*specífico clinicar de enfermagem*: um fazer pautado no *saber em enfermagem*, onde todos os sentidos do ser humano fazem parte do cuidar – a cientificidade integrada à subjetividade do cuidado de enfermagem, assim oferecendo ao objeto do cuidar o corpo condições favoráveis para o conforto, o bem-estar e o morrer. Um c*linicar* que nasce com a observação do corpo, individualizando-o, percebendo as suas necessidades e decodificando-as para cuidá-lo.

Deste modo, as condutas clínicas de enfermagem são as ações realizadas no dia-a-dia do cuidado, que estão repletas de cientificidade, condutas empíricas, intuições, habilidades e atitudes. Ações que realizamos constantemente mesmo sem nos dar conta,

pois elas estão no nosso pensamento. Significativamente ela se apresenta no cuidado de enfermagem daqueles profissionais que ainda não as reconhecem quando realizam a *percepção* de *pontos*, *de gestos*, *expressões*, no corpo que é o objeto do cuidado, e através dessa percepção estabelece o cuidar de enfermagem. Para reconhecer precisamos conhecer e para isso precisamos adquirir referências, para que a *percepção* seja decodificada.

A individualidade e a especificidade no cuidar em enfermagem são realizadas rotineiramente. Apenas carecemos refletir sobre o nosso fazer, e escrever as nossas ações no cuidado, para que o *específico clinicar* nas condutas de enfermagem clínica que já são realizadas, sendo que muitas vezes não as percebemos, apareçam. E assim passando a existir as condutas clínicas de enfermagem direcionem as *novas práticas de cuidar* no cotidiano do exercício da profissão.

Pensando nesses novos contextos históricos, no meio de inúmeras mudanças tecnológicas se encontra o enfermeiro precisando estar atento aos tipos de cuidados que surgem com as tecnologias, criando-lhe mais atribuições para além daquelas da hegemonia da área biomédica.

Por um lado, os enfermeiros delinearam as suas prescrições, ações mais concretas possíveis de serem vistas, controladas e identificadas; e por outro, tentam implementar, sem muito sucesso, uma prática específica de enfermagem entendida como necessidade de cuidar do corpo como um todo, o cliente total, indivisível, único, singular. Esse sujeito singular traz para a prática suas memórias, subjetividades em um corpo que é objeto do cuidado – que se diferencia em um sujeito portador do vírus (um indivíduo aparentemente sadio) e o sujeito portador da síndrome (um indivíduo atingido pelas doenças oportunistas –

indivíduo doente). Um cliente marcado pelo preconceito, medo da morte e o desencadear da síndrome, como um fantasma que está sempre à espreita.

E o enfermeiro nessa contextualização tem que estar atento e sensível para diferenciar esses clientes, os seus momentos, as suas necessidades de cuidado e as estratégias para atenção a saúde desse cliente.

Embora, com excesso de trabalho, ambiente muitas vezes inadequado no que diz respeito aos riscos químicos, biológicos, físicos e das relações humanas, o enfermeiro é cobrado o tempo todo para manter a produtividade, sem darem a ele, as condições de prevenção de riscos previsíveis a ele e aos clientes.

No meio de um turbilhão de desafios, eles se arriscam a afirmar que têm condutas clínicas de enfermagem, mesmo que elas não apareçam com a devida clareza que os teóricos de enfermagem solicitam ou que empiricamente deveriam mostrar. Essas considerações pressupõem a identificação da ausência de uma prática pautada em um processo de cuidar, que contém múltiplas referências individuais e coletivas; a falta de instrumentos específicos que dêem conta do corpo como objeto do cuidado, e a ausência de registros que indiquem um fazer-saber.

Assim, nos deparamos com concepções das condutas clínicas de enfermagem voltadas unicamente para a patologia do cliente e não para o indivíduo como um todo, valorizando e respeitando o seu meio ambiente, sentidos e emoções. Para esse argumento, nos apoiamos em Carvalho (2006, p.306) que menciona: “o saber-fazer da enfermeira deve consolidar-se a partir da interação do processo ensino-aprendizagem com o meio social”.

“Há décadas inserido no cuidar em saúde, o enfermeiro ainda não conseguiu definir o seu cuidado de enfermagem pautado em suas condutas clínicas, ou seja, no seu *específico*

clinicar" (FIGUEIREDO e SANTOS, 2005, p.4). O profissional realiza as suas funções conforme os manuais técnicos não atentando para o que faz no dia-a-dia e identifica a sua prioridade de cuidado nos problemas que envolvem os sinais e sintomas da doença no corpo do cliente.

Assim, realizam as condutas clínicas de enfermagem e não se conscientizam do e*specífico clinicar de enfermagem*, porque ainda não tem clareza da sua importância para a profissão. Além disso, não o documenta nos registros do cliente e nas produções científicas.

Realizando uma reflexão sobre essas perspectivas discutidas no estudo e reportando-se ao trabalho que desenvolvemos em uma unidade pública de referência no atendimento ao cliente portador do HIV/AIDS e Instituto de Pesquisa Clinica Evandro Chagas (IPEC) da FIOCRUZ, percebemos que não conhecemos o que os enfermeiros têm produzido sobre cuidado ou sobre seus clientes portadores do HIV/AIDS que se caracterize como um saber próprio da enfermagem dessa Instituição.

Ao refletirmos sobre o saber de enfermagem, desde os tempos em que a Enfermagem se entendeu como moderna, a partir de Nightingale, é que passa a existir um saber como o cuidado de Enfermagem e suas relações com os efeitos da natureza sobre o corpo doente e ainda hoje são possíveis de serem aplicados.

Um saber de Enfermagem Nightingaliano pertinente à conservação do ar ambiente, com arejamento e aquecimento do espaço físico do cliente; com iluminação adequada inclusive à luz solar; com condições sanitárias de moradia que assegure a higiene das habitações (ar puro, água pura, rede de esgoto eficiente, limpeza e iluminação); a ausência de ruído (para promover conforto e descanso) e a importância da limpeza e arejamento da pele (pessoal), do espaço e da roupa (NIGHTINGALE, 1989).

Esse é um saber que há mais de 100 anos vem sendo divulgado. Durante todo esse tempo outros saberes foram se somando e ampliando o saber de enfermagem que ainda se sustenta no saber biomédico e nas necessidades humanas básicas, fortalecendo o que é concreto na doença em detrimento do que é subjetivo no corpo. Embora os discursos sistêmicos venham povoando os pensamentos e o fazer de alguns profissionais.

Nesse cenário, a enfermagem se institui como aquela que cuida desses clientes portadores do HIV/AIDS e, nos quais, está impresso a marca de modos de cuidar institucional que é povoado por diversas tecnologias nos ambientes de cuidar.

Assim, na busca de saber como os enfermeiros falam de seu fazer e do seu saber para cuidar de clientes portadores HIV/AIDS, consideramos que os enfermeiros devem estar atentos à influência do meio social e das considerações existenciais que envolvem os clientes para a ação do cuidar. Essa ação diz respeito ao cuidado que fazem, cuidado esse que tem um saber próprio que os enfermeiros imprimem e que se configura como um fazer-saber específico de enfermagem.

Entendemos, dizendo a respeito aos enfermeiros do IPEC, que é importante investigar suas práticas para saber, a partir do cuidado que fazem se essa prática requer um conhecimento geral e específico. Nossa intenção encontra apoio em Almeida & Rocha (1986, p. 75) quando diz que: “não é somente a complexidade do saber que irá definir o que cabe a enfermeira fazer, mas sim o próprio desenrolar da prática de enfermagem no conjunto das práticas de saúde”.

Nessa perspectiva parece ser pertinente acreditarmos que os enfermeiros, ao cuidar de clientes portadores do HIV/AIDS, pensam entender sobre saúde e consideram os inúmeros aspectos relevantes quando elaboraram uma sistematização da assistência de

enfermagem ou cuidado. Entre esses aspectos destacar-se os de ordem sócio-cultural e emocional, dados os diferentes contextos em que vivem tais clientes, além do estigma social que a doença acarreta e da amplitude do que é definido como cuidado.

Vale ressaltar que a sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), é uma atividade específica do enfermeiro, com método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença, auxiliando nas ações de assistência de Enfermagem contribuindo assim para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade (COFEN, 2002 - Anexo - II).

Assim: “o Art. 1º - Ao enfermeiro incumbe: I - Privativamente: a implantação, planejamento, organização, execução e a avaliação do processo de enfermagem (um instrumento)”. Devendo ainda: “no Art.2º a implementação da SAE - deve ocorrer em todas as instituições de saúde, públicas e privadas” (Op. cit, 2002).

Ao pensarmos acerca da sistematização da assistência de enfermagem ao cliente portador do HIV/AIDS, e os aspectos relevantes que devem ser considerados para a elaboração da SAE a essa clientela, é importante recordar que no Brasil, o conceito de saúde é o mesmo definido pelas Organizações – OMS e OPAS que teve origem na Conferência de 1946 (Nova York) considerada como um marco inicial para o entendimento da nossa atual concepção de saúde. Durante essa conferência, foi aprovada a Carta Magna da Saúde, que aponta a concepção de saúde como sendo *o completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doenças* (BOTIM, 1994).

Em 1986, ocorre a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), que constitui o marco do atual Sistema Nacional de Saúde. Essa conferência define o conceito de saúde com um

sentido abrangente, que resulta de um conjunto de condições de vida e bem estar, enfatizando as organizações sociais, bem como ao acesso a serviços de saúde.

Mediante o surgimento de tal conceito, a saúde passa a ser assumida como um direito de todos e dever do Estado, como rege a Constituição Federal Brasileira de 1988. No campo das políticas públicas, surge, em 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS), legitimado pela Lei nº. 8080 de 1990.

Essas considerações são para se entender que o conceito de saúde transcende o corpo, sendo abrangente ao contexto social, ao meio e às condições econômicas do indivíduo. Uma apreciação essencial para todo profissional, cuja intenção é cuidar a partir do que é totalidade no cliente em seu cotidiano de ser portador do HIV ou que já desenvolveu a AIDS, provocando um desvio de saúde que mantém a sua saúde e a sua vida em risco.

Pressupomos que ao cuidar, os enfermeiros incluem os saberes dos aspectos expressivos, mas sem considerar ou associar tais saberes ao cuidado de enfermagem quando não registram e nem refletem sobre eles.

Acreditamos ainda, que os enfermeiros fazem e sabem fazer um cuidado no qual se expressa uma conduta clínica de enfermagem, sem muitas vezes registrá-la, e assim não deixam aparecer o seu *modo* de fazer o cuidado e expressar nele um conhecimento próprio.

Sem registrar que seus cuidados são diferentes daqueles que são propostos nos Manuais, os enfermeiros acabam não dando a devida importância ao que fazem como expressões. Expressões próprias dos seres humanos que se envolvem nas relações provocadas pela necessidade de um que recebe o cuidado e do outro que oferta o cuidado.

Em uma relação de um com o outro, os enfermeiros fazem o que precisam fazer. Provavelmente sabem por que fazem, pois como é afirmado por Souza apud Koerich et al (2007, p.450) “o saber terá pleno significado se leva à eficiência no fazer”.

Contribuindo com o estudo, Shinyashiki, Trevizan e Mendes (2003, p. 500) mencionam que:

> A aprendizagem possui dois significados: *operacional* – relativo à aquisição de habilidades ou Know-How envolvendo o desenvolvimento da capacidade física tendo em vista a produção de ações e, *conceitual* – que se refere à aquisição de Know-Why, implica o desenvolvimento da capacidade de articular conhecimentos conceituais e compreensão de uma experiência; em outros termos, é o raciocínio por trás do porque as coisas são feitas.

C) *SABER*

Contribuindo com os argumentos, Pai, Shrank e Pedro (2006, p. 86) referencia que:

> O saber da enfermagem está no exercício das atividades, no qual os profissionais devem relacionar os conhecimentos conceituais adquiridos com os problemas e acontecimentos encontrados em situações concretas. Assim, o enfermeiro estará atuando criticamente, rompendo com as delimitações impostas e tornando visíveis as suas competências.

D) *FAZER*

É o ato, ação de cuidar que decorre de um saber científico ou empírico. É por em prática o que sabe considerando o corpo do cliente como aquele que demanda cuidados diversos.

Alguns teóricos contemplam o tema acerca da reflexão do fazer em enfermagem, ressaltando um cuidado voltado para a relação do cliente com o ambiente. Um cuidar de enfermagem com o interesse pelo ser humano, o seu contexto social, o seu bem viver, Nigthingale (1989) e Figueiredo (2005). Ressaltando assim, uma reflexão do fazer em enfermagem, que envolve todo o universo do cliente (GEORGE, 2000 e GOMES, 2007).

- *CONDUTA*

Modo “operandi” de cuidar a partir de uma postura de um saber clínico-diagnóstico e intervenção que assegura a autonomia do enfermeiro em seu ato de cuidar. Autonomia e conduta ancorada no saber como científico não só da área biológica, mas que deve ser indicado o modo de operacionalização da intervenção, avaliação e prognóstico.

- *CONHECER / conhecimento*

> Do latim cognoscere indica a procura pelo saber. Ato da vida psíquica que tem por efeito tomar um objeto presente dos sentidos ou a inteligência; apropriação intelectual de determinado campo empírico ou ideal de dados tendo em vista dominá-los e utilizá-los. Designa também tanto, tanto a coisa conhecida como o ato de conhecer (subjetivo) e o fato de conhecer; a teoria do conhecimento é uma disciplina filosófica tendo por objetivo estudar os problemas levantados pela reação entre o sujeito cognoscente (o que pensa) e o objeto conhecido (JAPIASSU e MARCONDES, 1995, p.18-21).

O conhecimento deve ser capaz de apreender os objetos em seu contexto, sua complexidade, seu conjunto. O pensamento complexo integra os modos de pensar, opondo-se aos mecanismos reducionistas (MORIN, 2000).

Diz ainda:

> Todo conhecimento constitui, ao mesmo tempo, uma tradução e uma reconstrução, a partir de sinais, signos, símbolos, sob a forma de representação, idéias, teorias, discursos. A organização dos conhecimentos é realizada em função de princípios e regras que não cabe analisar aqui, comporta operações de ligação e de separação. O processo é circular, passando da separação à ligação, da ligação à separação, e, além disso, da análise a síntese, da síntese a análise (Op. cit, p. 24).

A partir dessas necessárias considerações iniciais tratamos em seguida de elucidar o problema desse estudo, com a experiência em cuidar de clientes portadores do HIV/AIDS atendidos no IPEC, quando nos deparamos com problemas do cotidiano de cuidar que merecem ser investigados para melhor compreensão do que acontece.

O primeiro problema é que sendo o IPEC um Instituto de atendimento para pessoas portadoras do HIV/AIDS e, é também uma Instituição de Pesquisa, portanto deveria

incentivar os enfermeiros a investigarem a sua prática acerca do que fazem e do que sabem quando cuidam desses clientes.

É importante pensar sobre nossa produção e da necessidade de nos colocarmos melhor no cenário da pesquisa e produção de conhecimento de enfermagem no cuidar do cliente portador do HIV/AIDS, atitude que é imprescindível, porque na história da assistência ao cliente portador do HIV/AIDS nesse Instituto não é recente e a partir daí, a equipe de enfermagem foi convocada, também, a cuidar desses clientes. Assim, acreditamos que a enfermagem foi encontrando estratégias e fortalecendo sua autonomia de cuidar dessa clientela.

Nesta perspectiva, é importante referenciar Santos e Gauthier (1999, p. 164) quando dizem:

> [...] a enfermeira, que deseja uma autonomia científica e profissional no seu campo de trabalho, deve avaliar criticamente qual é a sua necessidade: em termos de saberes, de dependência de sua profissão em relação às outras e o grau de independência almejado quanto às relações ordinárias a serem mantidas nos locais onde busca sua aprendizagem.

Uma autonomia que pode ser reconhecida a partir do trabalho desenvolvido e dos produtos científicos que emergem dele; de protocolos e/ou registros que utiliza, construídos por ela ou daqueles que são orientadores de condutas.

O segundo problema é a existência de um Manual do Ministério da Saúde – Brasil (s.d.) estabelecendo atribuições para o enfermeiro para controle da AIDS, que de um modo geral não privilegia o sujeito do cuidado como passível de apresentar questões mais subjetivas a serem atendidas através do cuidar.

O terceiro problema está relacionado ao saber-fazer desses enfermeiros que têm experiências significativas no cuidado do cliente portador do HIV/AIDS, podendo indicar que já existe uma conduta clínica para o cuidado, e eles precisam explicitar.

Diante dessas considerações definimos como objeto de estudo o fazer e o saber expresso no cuidado prestado pelos enfermeiros ao cliente portador do HIV/AIDS do Instituto de Pesquisa Evandro Chagas.

Desta forma, diante dessas problematizações, as questões de investigação para o estudo foram:

1- O que fazem e o que sabem os enfermeiros do IPEC quando cuidam de clientes portadores do HIV/AIDS?

2- Como ocorre a conduta clínica dos enfermeiros ao cuidar do cliente HIV/AIDS no IPEC?

Estas questões merecem serem investigadas, uma vez que a Enfermagem, quando cuida ou escreve sobre o cuidado vem se preocupando com “o sujeito por inteiro, onde a doença é apenas um desvio de saúde” (FIGUEIREDO, 2005, p.18).

Para dar conta das questões de investigação contidas no objeto de estudo foram estabelecidos os objetivos:

1-Identificar o fazer e saber dos enfermeiros expressos no ato de cuidar de clientes portadores do HIV/AIDS.

2-Caracterizar esse fazer e esse saber como expressão do conhecimento de enfermagem.

A justificativa para o desenvolvimento do estudo encontra respaldo quando acreditamos que os enfermeiros fazem o cuidado porque sabem e esse modo de fazer-saber vincula-se com o conhecer no seu cotidiano, o que agora pretendo desvelar, conhecer. Justifica-se também porque a Enfermagem precisa mostrar como e porque faz o seu trabalho quando cuida de clientes portadores do HIV/AIDS no IPEC.

Levando em consideração, que o saber da profissão de Enfermagem sofre pressões para se manter pedagogicamente de nível elevado, e assim há certa razão para os

pesquisadores da enfermagem desejar dominar conhecimentos capazes de apoiar a construção científica na profissão (CARVALHO, 2003).

Tendo em vista que reflexões e constantes questionamentos sobre as metodologias das abordagens em saúde pelos profissionais são imprescindíveis para cuidar em saúde e há de se acreditar que tais metodologias requerem enfrentamentos imediatos para que novos direcionamentos sejam buscados.

Para isso é fundamental identificar o fazer e saber do enfermeiro sobre o cuidar do cliente portador do HIV/AIDS e a partir dessas considerações, realizarem planejamento estratégico de combate à infecção pelo HIV/AIDS e redução de riscos para o cliente portador do HIV/AIDS.

Ao tentarmos saber como os enfermeiros lidam com essas ações de prevenção ou quando cuidam de pessoas portadoras do HIV/AIDS, podemos contribuir para o conhecimento da enfermagem, em relação a esta situação específica dos clientes portadores do HIV/AIDS, onde provavelmente os enfermeiros em seu cotidiano de cuidar devem apresentar uma postura ética e de reflexão sobre o que fazem e o que sabem.

Uma vez que, ao cuidarmos de clientes portadores do HIV/AIDS, realizamos estratégias como o aconselhamento que identifica as barreiras que dificultam as práticas preventivas e reforçamos a necessidade de adoção de práticas seguras para a redução de riscos de re-infecção pelo vírus. Assim como, tentamos desmistificar os sentimentos que se associam à culpa, à punição, à rejeição, à morte, dentre outros.

A conjuntura das problematizações apresentadas pelo arcabouço do presente estudo é de suma importância um posicionamento crítico a respeito do saber e do fazer do enfermeiro, que desenvolve ações essenciais no cuidar em saúde, elaborando as condutas

clínicas de enfermagem para o cliente portador do HIV/AIDS, principalmente direcionadas para a prevenção do HIV/AIDS e a diminuição de riscos para o cliente.

A pesquisa se justifica, pois almejou encontrar resultados que possam contribuir para a melhoria da assistência de enfermagem ao cliente portador do HIV/AIDS, visto que na investigação que realizamos sobre o estado da arte em pesquisas científicas; para distinguir como estava sendo estruturado o saber de enfermagem acerca do cuidado do cliente portador do HIV/AIDS, nas produções científicas localizadas na Biblioteca Virtual em Saúde – Saúde Pública (BVSSP) - LILACS. (Anexo XII - Declaração de artigo encaminhado: Produção científica de enfermagem acerca do HIV/AIDS: um estudo sobre o saber produzido - A pesquisa está descrita na íntegra no Referencial Teórico do estudo – Sobre o cuidado do cliente portador do HIV/AIDS).

Identificamos, a partir dos resumos das produções bibliográficas analisadas na pesquisa, que o estado da arte acerca do cuidar dos clientes portadores de HIV/AIDS na produção de saber de enfermagem está voltado para os aspectos biológicos, ainda apoiando-se no modelo biomédico e cartesiano. Assim, consideramos imprescindível que a enfermagem atente para o cuidado do corpo (objeto de nossas ações) considerando relevante, principalmente, os aspectos subjetivos do cliente portador do HIV/AIDS, da família, dos profissionais de saúde e da comunidade.

2- Considerações para o Fundamento do Objeto - REFERENCIAL TEÓRICO

Sobre o Saber em Enfermagem

O conhecimento humano é constituído de vários saberes, que se estabelecem em várias etapas da vida, arraigados no indivíduo a partir da cultura, do meio social e da busca individual de cada um. A partir disso, idealizamos espaços sociais para o convívio e trabalho; onde estão profissionais diversos e que exigem conhecimentos essenciais para a vida, para as relações sociais e para os profissionais.

Não obstante da realidade, na construção do saberes inerentes para a prática profissional de Enfermagem; utiliza-se de saberes que se estabelecem no meio acadêmico e do universo sócio-cultural da profissão. E sendo assim o saber da profissão que é o cuidado de enfermagem se dirige ao corpo do cliente, reabilitando ou lhe conservando a saúde, legitimados pelos saberes do enfermeiro ao elaborar a prática do cuidar em enfermagem.

Dessa forma, o estudo se apropria do referencial mencionado por Japiassu apud Xavier et al (1997, p.67) que cita “que o saber é mais amplo que a ciência, que pode ser ampliado ao aprendizado prático e a determinação intelectual e teórica”.

O enfermeiro requer, para a prática do cuidar na atenção à saúde do individuo, família e coletividade, conhecimentos inerentes para um fazer/saber de enfermagem. Assim, a articulação entre o fazer (a prática do cuidar) e o saber (conhecimento) no desenvolvimento das atividades assistenciais do enfermeiro com o cliente está associada à competência, habilidade e atitude de cada profissional, que constitui na prática um cuidado individualizado e diferenciado.

Tal afirmativa respalda-se em Xavier et al(1997, p. 69) quando menciona que:

> As enfermeiras valorizam a padronização da assistência de Enfermagem prestada aos pacientes com AIDS, como se seguissem um guia de condutas clínicas em AIDS com enfoque quase exclusivo no biológico e comportamental associado a princípios religioso-assistencial, não considerando os aspectos históricos, culturais e epidemiológicos da epidemia.

Para articular sobre os saberes de Enfermagem, temos que nos reportar a um recorte histórico realizado por Almeida & Rocha (1986), que mencionam que o processo de evolução do saber de Enfermagem ocorreu em três etapas distintas. Entretanto, alertam que uma etapa não terminou para que a outra se iniciasse, simplesmente, as etapas se sobrepuseram. Assim, a 1ª etapa há direcionamento às técnicas de Enfermagem e aos princípios científicos; a 2ª etapa com enfoque na divisão técnica do trabalho manual e intelectual, com a função da academia nesta divisão; e a 3ª etapa, a busca de definições dos saberes de Enfermagem com as definições das teorias de Enfermagem (influenciadas pelas teorias americanas).

No que concerne à Enfermagem pode apontar três tipos de saber: saber intuitivo, técnico e teórico.

Para Chauí (2004, p. 3) a intuição é: “uma compreensão global e instantânea de uma verdade, de um objeto, de um fato. Nela, de uma só vez, a razão capta todas as relações que constituem a realidade e a verdade da coisa intuída. É um ato intelectual de discernimento e compreensão”.

O saber técnico se confere pelas técnicas de Enfermagem que tiveram início no final do século XIX, na Inglaterra e no começo do século XX, nos Estados Unidos. Essas técnicas “[...] estiveram sempre presentes nos cuidados de enfermagem e eram tidas como a arte de enfermagem” (ALMEIDA & ROCHA, 1989, p.29). A partir de 1910, na Inglaterra, a Enfermagem deixou de ser uma atividade empírica, sem o saber especializado, mas como

profissão, para ser utilizada nos hospitais, tornando-se institucionalizada e específica (GEOVANINI, 2002).

O saber teórico refere-se ao fazer em Enfermagem que é respaldado no conhecimento e caracteriza-se da seguinte forma: a assistência de enfermagem tem funções e princípios próprios. Assim a enfermagem buscou para a sua profissionalização construir um corpo de conhecimentos específicos, sendo introduzidas às teorias de enfermagem como método de trabalho com a finalidade de transformar o trabalho do enfermeiro em científico (ALMEIDA & ROCHA, 1986).

Desta forma, observamos que a Enfermagem vem buscando a construção dos saberes que legitimem a prática profissional; que tem no objeto de trabalho o objeto do saber em enfermagem.

“O saber será considerado como o instrumental quando a Enfermagem o utiliza para realizar o seu trabalho. E esse instrumental é legitimado e reproduzido pelo ensino desta prática” (ALMEIDA & ROCHA, 1986, p. 24).

No caso dos enfermeiros do IPEC o instrumento que regula o seu saber, ainda, está ancorado nas áreas do conhecimento da biomedicina. Os instrumentos que utilizam para coleta de informações delimitadas nas folhas única do prontuário do cliente e/ou de protocolos.

Nesse caso, eles podem utilizar as orientações específicas determinadas no manual elaborado pelo Ministério da Saúde – Brasil (s.d., p.171) nos quais as atribuições do enfermeiro para o controle da AIDS, estão mencionadas, a saber:

- De Caráter Assistencial:

1. Realizar avaliação do estado de saúde de indivíduo portador do HIV e pacientes com AIDS,
2. Prestar assistência de enfermagem a pacientes em nível domiciliar, ambulatorial e hospitalar,
3. Participar da realização de atividades de apoio diagnóstico e de outras que apóiem o tratamento, o controle de infectados e pacientes com AIDS,
4. Aplicar medidas de biossegurança,
5. Realizar controle de doentes, contatos e faltosos,
6. Aplicar medidas de vigilância epidemiológica,
7. Realizar notificação,
8. Realizar investigação epidemiológica,
9. Participar das ações de integração social da AIDS.

- De Caráter Organizacional:

1. Participar com a equipe de saúde na formulação e execução de estratégias que visem à assistência integral em todos os níveis,
2. Participar da previsão, controle de material, medicamentos e pessoal para assistência a soropositivos e pacientes com AIDS,
3. Participar de comissão e/ou grupos de estudos específicos para o controle da AIDS,
4. Participar com a equipe de saúde do planejamento de assistência ao paciente,
5. Gerenciar a prestação do cuidado de enfermagem na sua unidade,
6. Coletar, processar e analisar dados clínicos e epidemiológicos,
7. Avaliar a qualidade da assistência de enfermagem segundo critérios estabelecidos,
8. Elaborar normas, procedimentos e rotinas para a assistência de enfermagem e organização do serviço,
9. Realizar supervisão do pessoal de enfermagem,
10. Elaborar e participar de estudos e pesquisas operacionais.

- De Caráter Pedagógico:

1. Participar do processo de seleção, treinamento e educação continuada do pessoal de enfermagem,
2. Realizar educação em saúde ao indivíduo, família e comunidade.

Atribuições do enfermeiro que não se configuram como modos de cuidar, usos de intervenções que interessam no que diz respeito a orientações específicas que incluem ações de cuidar antes, durante e depois, por exemplo, no primeiro item do *Caráter Assistencial*, que de um modo mais amplo fala do processo de trabalhar e como fazer o trabalho de cuidar. Todavia, de um modo geral não privilegia o sujeito cuidado como passível de apresentar questões mais subjetivas a ser atendida através do cuidado, uma atenção mais individual.

Assim, a Enfermagem vai marcando seu modo de fazer no próprio processo de cuidar como envolvendo o homem e seu ambiente, seja, macro ou micro. Desse modo, o enfermeiro transforma e se molda as condições próprias de cuidar no IPEC, que por si só é diferenciado de outras instituições. Por isso, ao pensar que o enfermeiro *faz* o cuidado e *sabe* sobre ele, acreditamos na sua existência como fazer e saber que se construa como prática científica - produto do conhecimento.

No entanto, o que ainda não sei é como eles se organizam e em que bases científicas se fundamentam; que limitações estão presentes para que possa ser entendida com um a conduta clínica de cuidar, mesmo que seja orientado para: aconselhamento, a transmissão de informações detalhadas e precisas ao cliente e a equipe de enfermagem, a competência técnica (princípios de Enfermagem), a promoção da saúde, a educação em saúde, a participação em pesquisas, ou seja, fazer parte de toda a pluralidade da atenção à saúde; ações que são pertinentes a qualquer cliente no cotidiano em saúde.

Em observância da pluralidade do universo que envolve o indivíduo portador do HIV/AIDS, o enfermeiro necessita reavaliar as suas atribuições dando prioridade a ele como objeto/sujeito do cuidado e estabelecendo um cuidado de enfermagem *aberto* e *flexível* para acolher toda a existência do ser. Essas considerações sobre o sujeito, seu universo não estão especificadas na orientação do manual e assim não se confirma como atribuições que são resultantes do fazer-saber da enfermagem.

Se a Enfermagem é uma prática científica e quer ser uma ciência do cuidado é imprescindível entender que:

> A enfermagem é uma ciência humana, de pessoas e de experiências com campo de conhecimento, fundamentações e práticas do cuidar dos seres humanos que

> abrangem do estado de saúde aos estados de doença, mediados por transações pessoais, profissionais, científicas, estéticas, éticas e políticas (LIMA, 1994, p.21/22).

Essa definição nos induz a pensar como o cuidado é ampliado para absorver tantas ações a partir de sua abrangência. Por isso, não posso deixar de lembrar Nightingale como fundadora da Enfermagem moderna e percussora da profissão e campo de saber, destacada, no Século XX, como uma das mulheres mais extraordinária e significativa na história da Inglaterra. Para nós, que importamos seu saber sobre um cuidado, ela não o limitou somente à doença, mas à saúde, destacando o interesse para o ambiente e para o ser humano doente ou sadio.

Sobre o Cuidado de Enfermagem

É extremamente difícil falar sobre cuidado de enfermagem por ter sido visto de diferentes formas a partir de diferentes práticas que marcam a definição de cuidado a partir da visão e das experiências dos teóricos. Para muitos enfermeiros, ele é a essência da profissão que se diz arte/ciência/ideal, desenvolvida e expressa por quem cuida e por quem é cuidado.

O cliente é, então, o objeto/sujeito do cuidado, que exige um *saber de enfermagem* que o insira em um universo, um espaço específico, um ambiente social, onde o cuidado pode ser uma rede de relações que se atam e se cruzam para atender a um objetivo comum - cuidar do outro.

Para Nightingale (1989), cuidado é: proporcionar a melhor maneira para que a natureza possa agir, a influência do ambiente sobre o ser humano doente ou sadio. George e cols. (2000, p. 42) mencionam que:

> Quando as situações de Enfermagem são vistas da perspectiva de Nightingale, usando o seu modelo ambiental; são identificadas novas visões do fenômeno de interesse da Enfermagem. O exame dos aspectos ambientais, como a luz, o ruído, o aquecimento, pode proporcionar uma visão da resposta humana à saúde e à doença.

Nessa mesma linha reflexiva sobre ambiente, Figueiredo, Francisco e Tonini (2005**,** p.30-31) têm entendido da seguinte forma:

> *Eco-Cuidado* de enfermagem que envolve questões da existência humana e um olhar diferente para *novos contextos históricos*. Seria um cuidado que Gattari chama de ecosofia social, que é a de desenvolver práticas especificas que tendem a modificar e a reinventar maneiras de ser (cuidado de enfermagem) no seio social do casal, da família, do contexto urbano, do trabalho etc. [...] a enfermagem guarda ações de biodiversidade de cuidados, pois no espaço do cliente, ela produz, reproduz, consome e conserva essa biodiversidade. Além disso, existe uma preocupação da profissão enfermagem por ecologias mais sensíveis que envolvem o SUJEITO que ela cuida tanto no que diz respeito ao que é concreto – razão quanto ao que é subjetivo – emoção.

Ferreira (2006, p.327-328) faz referência sobre cuidado como:

> O ato de cuidar implica no estabelecimento de interações entre sujeitos (quem cuida e quem é cuidado) que participam da realidade de ações, as quais denominaram cuidados, que é a verdadeira essência da enfermagem. Cuidar implica, também, em intervir no corpo do outro, no seu espaço intimo, seja na realização do cuidado direto ou indireto. Assim, seja ele técnico ou expressivo, da esfera psicológica ou espiritual, se expressarão no corpo do cliente através dos seus gestos, movimentos, ações e reações.

Chama-nos a atenção quando Carvalho (2003, p. 7) menciona que:

> [...] Muitos são os que cuidam (não só os da Enfermagem), os resultados alcançados não satisfazem aos parâmetros de qualidade tão imprescindíveis à assistência de Enfermagem. [...] o cuidado é a essência mesma da profissão e tem relação íntima com a natureza da enfermagem. [...] o cuidado é o conceito central da enfermagem [...].

As considerações aqui apresentadas guardam certa paridade inferida na concepção do conceito do cuidado de enfermagem nas diversas produções bibliográficas examinadas,

nas quais, os autores definem o conceito de cuidado de enfermagem sob diferentes argumentos tendo a Enfermagem como ponto de partida.

Desse modo é possível afirmar que um cuidado de enfermagem só se estabelece pela interação do sujeito (que faz) e o sujeito (que recebe) o cuidado. Um cuidar que se expressa no corpo do que cuida e do que é cuidado, seja ele técnico ou expressivo que se utiliza o cuidado sensível e psicológico do indivíduo. Assim dar ao cuidado uma identidade peculiar que é a de conectar a razão com a emoção para pensar o que é subjetivo e objetivo no sujeito.

Esses modos de entender ou representar a idéia de cuidado de enfermagem dá as possibilidades diferenciadas e flexibilidade de ações como devem ser. Só assim poderá atender as perspectivas dos sujeitos envolvidos nesse cuidar.

Ao ser portador do vírus ou adoecer pela síndrome o cliente portador do HIV/AIDS, ainda nesse século, a pessoa sofre pressões sociais e familiares, e o hospital surge como o espaço possível de sua restauração. No Hospital que o seu sentir cuidado acontece, por isso parece fundamental investigar como é esse acontecer e de que fundamentos estão ancorados nessa prática do cuidar.

As similaridades entre os conceitos de cuidado de enfermagem referenciados pelos autores no estudo são: referenciar o cuidado como a essência da profissão e um cuidado de Enfermagem teórico e expressivo/sensível, instituído para cuidar do cliente.

Essas paridades entre os conceitos de cuidados de enfermagem mencionados pelos autores (Nihthingale; Figueiredo, Francisco, Tonini; Carvalho e Ferreira) como um cuidado que se expressa no corpo do cliente, um cuidado que se estabelece pela interação entre os sujeitos, um cuidado técnico ou expressivo e um cuidado desenvolvido no contexto do

cliente, que envolva as questões da existência humana e a complementaridade do cuidado técnico e expressivo; um cuidar que acontece em um ambiente isento de risco, o que me encaminha a acreditar que a busca de uma conduta de cuidar é emergente e possível.

Sobre o Cuidado dos Clientes portadores do HIV/AIDS

A menção como referencial teórico do cuidado de Enfermagem prestado ao cliente HIV/AIDS se faz importantíssimo mediante ao direcionamento estabelecido pelo estudo, que enfatiza o cuidar prestado pelo enfermeiro a essa clientela tão significante no dia-a-dia do cuidar em saúde.

Brasil (s.d., p.37) menciona que:

> Assistência de Enfermagem a uma pessoa com problema de saúde ocasionado pelo HIV, sob o ponto de vista técnico, é basicamente a mesma daquela prestada a pessoas com outros problemas de saúde. Conseqüentemente, todos os enfermeiros têm competência para cuidar de clientes com doenças ocasionadas pelo HIV, na medida em que os cuidados baseiam-se nos mesmos princípios de enfermagem. Além disso, os enfermeiros conhecem os problemas de assistência à saúde que pessoas infectadas pelo HIV enfrentarão, devido aos seus conhecimentos e experiência no tratamento de pessoas com outras doenças progressivas. Para aumentar ainda mais a competência e a autoconfiança.

Uma assistência de enfermagem que se baseia nos princípios básicos de Enfermagem, cuja essência é o cuidado de enfermagem ao cliente portador do HIV/AIDS. E preferencialmente, ressaltando uma indagação que nos afligi, uma abordagem que priorize os aspectos mais subjetivos do sujeito para atingir um cuidar acertado, visto que é imprescindível conhecer à pessoa para se privilegiar estes aspectos a serem atendidos através do cuidado e assim estabelecer estratégias para o controle e prevenção da pandemia do HIV/AIDS.

Toda vez que uma doença nova surge e torna-se alvo de investigações em diversos Países, como é o caso do HIV/AIDS. A enfermagem, como as demais profissões atuantes na área de saúde, tenta também demarcar seu território com práticas (mais visíveis) e abranger o saber ligado a situações em que exerce sua prática de cuidar – no caso de clientes portadores do HIV/AIDS.

Assim, o cuidado de enfermagem do cliente portador do HIV/AIDS requer uma atenção à saúde peculiar, visto que, a transmissão do HIV/AIDS aborda questões diversas ligadas ao sujeito, aos hábitos, aos costumes, as crenças e até ao seu acesso a saúde. É uma conjuntura que, induz à reflexão e questionamento sobre como o saber de enfermagem vem sendo direcionando acerca do cuidar do cliente portador do HIV/AIDS.

A partir daí, entendemos ser imprescindível distinguir como se encontrava o estado da arte acerca do cuidar do cliente portador do HIV/AIDS e realizamos uma investigação sobre o saber de enfermagem no cuidar desse cliente. Assim, realizamos a busca das pesquisas cientificas localizada na base de dados da BVSSP - LILACS, no Portal Textos Completos e destacamos dessas produções bibliográficas as questões centrais e indicadoras de um saber sobre cuidado do cliente portador do HIV/AIDS.

As questões de investigação desse levantamento bibliográfico foram: o que produzem as enfermeiras sobre cuidado para clientes portador do HIV/AIDS e as questões centrais destacadas como de interesse quando elas escrevem sobre o que sabem acerca do cliente com HIV/AIDS que cuidam.

Identificamos 36 artigos, a partir de descritores: Enfermagem (E), HIV (H) e AIDS (A), publicados no período de 1992 e 2007. E com a reorganização das 36 produções

bibliográficas (o descritor H continha o descritor A), após nova leitura atenciosa dos resumos, nós encontramos 08 grandes áreas que são representadas na Tabela I, abaixo:

Tabela I – As Áreas de Saber das produções bibliográficas de Enfermagem, na base de textos completos da BVSSP - LILACS, no período de 1992 - 2007.

	Áreas de Saber	Total de Obras	%
01	AIDS/HIV e Cuidados	07	19%
02	AIDS/HIV e Mulher	05	14%
03	AIDS/HIV e Doença	10	28%
04	AIDS/HIV e Profissão	06	17%
05	AIDS/HIV e Abordagem da Representação Social	03	8%
06	AIDS/HIV e Sexualidade	02	5.5%
07	AIDS/HIV e Tecnologia	02	5.5%
08	AIDS/HIV e Comunicação	01	3%
TOTAL:	08	36	100%

As abordagens dessas 08 grandes áreas identificadas nos textos referências foram analisadas com base na análise de conteúdo de Bardin com a técnica de análise categorial, e destacamos 03 categorias apresentadas a seguir:

1ª Categoria - Corpo, cuidado e conhecimento de enfermagem.

Nesta categoria incluíram-se estudos sobre cuidados com diversas abordagens, as epidemiológicas, os sujeitos portadores do HIV/AIDS, profissionais de saúde e acadêmicos de enfermagem (SÊCCO et al, 2003); (ARAÚJO, VASCONCELOS e LIMA, 2005); (GABRIEL, BARBOSA e VIANNA, 2005); (GIR, VAICHULONIS E OLIVEIRA, 2005); (FREITAS, GIR e RODRIGUES, 2000); (CAETANO e PAGLIUCA 2006); (BRASILEIRO e FREITAS, 2006); (CASANOVA, 2006); (OLIVEIRA et al, 2006); (VAZ e BARROS, 2002); (LIMA et al, 2007); (MONTICELLI, SANTOS e ERDMANN, 2007); (THIENGO, OLIVEIRA e

RODRIGUES, 2005); (CARDOSO et al, 2005); (SENA et al, 2001); (REIS, GIR e CANINI, 2004); (MARZIALE, NISHIMURA e FERREIRA, 2004); (RIBEIRO et al, 2004); (LOPES NETO e PAGLIUCA, 2002); (SOLLÉ CASTELLANOS e CIRIA, 2000); (OLIVEIRA e BUENO, 1997); (ALFONSO et al, 1997); (MACHADO, et al, 1992).

Essa categoria tratou de uma diversidade de objetos investigados pela Enfermagem que traz, tanto como interesse sobre o conhecimento produzido no cuidado do corpo, como os resultados desse cuidado; reforçando os diferentes modos e formas de cuidar das pessoas portadoras do HIV/AIDS. Também envolve cuidados de atenção aos profissionais de saúde e estudantes (acadêmicos) acidentados durante o exercício de cuidar, com sangue contaminado; bem como as reflexões dos estudantes e profissionais acerca do vírus e da doença. As produções destacadas nessa categoria, se por um lado se preocupavam com diagnóstico de Enfermagem – observação e intervenção – e, sistematização da prática, por outro discutiam a preocupação e as dificuldades de cuidado e propostas de ações que se misturam a uma preocupação com a doença e com a pessoa doente.

A opção por denominar a categoria *corpo, cuidado e conhecimento*, procede porque a doença HIV/AIDS se localiza no corpo como espaço mínimo, como o lugar onde as práticas em saúde acontecem e onde sofrem intervenções de cuidados e técnicas (BRANDÃO, SANTOS E GAUTHIIER, 2003).

Sobre o Cuidado, referenciado nas produções bibliográficas foram abordados com base em algumas teorias de Enfermagem, preconizando a sistematização da assistência (SAE) com a utilização do instrumento o processo de enfermagem, sendo avaliado os riscos e as implicações para cuidar, bem como se dá através de técnicas alternativas e com

avaliação e implementação das práticas de enfermagem como ações educativas, medidas de biossegurança, autocuidado e vigilância.

Sobre o Conhecimento, as produções apresentam o conhecer da enfermagem que está em sua prática empírica. Ao investigar fenômenos que surgem nessa prática de enfermagem, se inicia um processo de construção de conhecimento acerca do que é cuidar em HIV/AIDS. Divulgando que esse conhecer segue leis, métodos e técnicas reconhecidas de produção de dados ou vai criando outros para darem conta do *sujeito-objeto* portador do HIV/AIDS.

Essa reprodução do conhecimento se liga a questões que impulsionaram a pesquisa, que questionar é uma atitude do investigador que pretende produzir conhecimentos, não para buscar verdades absolutas, mas para encontrar caminhos que indiquem possibilidades e limites de aptidões para chegar o mais próximo delas.

> Todo conhecimento constitui, ao mesmo tempo, uma tradução e uma reconstrução, a partir de sinais, signos, símbolos, sob a forma de representação, idéias, teorias, discursos. A organização dos conhecimentos é realizada em função de princípios e regras que não cabe analisar aqui, comporta operações de ligação e de separação. O processo é circular, passando da separação à ligação, da ligação à separação, e, além disso, da análise a síntese, da síntese a análise (MORIN, 2000, p.24).

O saber da profissão de Enfermagem sofre pressões para se manter pedagogicamente de nível elevado, há certa razão para os pesquisadores de enfermagem desejar dominar conhecimentos capazes de apoiar a construção científica na profissão (CARVALHO, 2003).

2ª Categoria – Corpo e comunicação nas atitudes, reações e experiências com o portador do HIV/AIDS; incluem-se clientes, famílias, profissionais e estudantes.

A partir dos textos referências desta categoria observamos um envolvimento da comunicação com o cuidar do Corpo do cliente portador do HIV/AIDS. Valendo ressaltar, que esta categoria versa sobre no processo de comunicação para cuidar do corpo, para modificar atitudes e reações das práticas sociais de preconceito, de medo e silêncio. A comunicação do enfermeiro nas práticas educativas para eficiência da prevenção, da aproximação/vinculo com o portador do HIV/AIDS, estudantes e família (FERNANDES et al, 2007); (ALMEIDA, CASSIA e LABRONICI, 2007); (GALVÃO et al, 2006); (FERNANDES et al, 2005); (SOUSA, KANTORSKI e BIELEMANN, 2004); (CAPPI et al, 2001); (GIL LANZ e RODRIGUES, 1999); (VAZ e BARROS, 2000); (SANCHES, 1999).

"Na área da saúde é fundamental saber lidar com gente, pois somente pela comunicação efetiva é que o profissional poderá ajudar o cliente". O profissional de saúde tem como tarefa interpretar o significado das mensagens transmitidas e que esteja atento à comunicação verbal e não verbal para realizar as ações de atenção à saúde (SILVA, 2005, p. 52).

3ª Categoria – Tecnologias e HIV/AIDS

Identificamos nesta categoria as produções cientificas que envolvem as tecnologias e o cuidar do cliente portador de HIV/AIDS (TORRES e RUFFINO, 2001); (FERNANDES e HORTA, 2005); (SCHAURICH, COELHO e MOTTA, 2006); (CAETANO e PAGLIUCA, 2006).

Nesta categoria, consideramos que os contextos de cuidar em saúde estão repletos de tecnologias para facilitar, agilizar e auxiliar no cuidado. A enfermagem, não obstante da realidade, vem buscando técnicas a serem utilizadas como facilitadoras em suas práticas de atenção à saúde, bem como, as tecnologias que auxiliam a busca do conhecimento nas práticas em saúde.

Shirator (2006, p. 381) referencia que:

> Assim, a enfermagem deve se utilizar da tecnologia consciente e responsavelmente, apenas como um dos instrumentos para sua prática cotidiana e será preciso aliar comunicação entre os seres participantes da relação de cuidado. Sem essa interação, que urge constantemente buscar, a enfermagem prescindirá daquilo que é sua essência: a promoção do bem-estar do ser humano em todos os níveis de atenção à saúde.

Nos resumos das produções bibliográficas, diagnosticamos que o destaque das questões centrais da produção do saber da Enfermagem acerca do cuidado e clientes com HIV/AIDS ainda está voltado para os aspectos biológicos, os modelos biomédicos e cartesianos.

A partir daí, talvez seja, a fragilidade observada nas intervenções de enfermagem no cuidado com o corpo, nas práticas de atenção à saúde de estudantes, profissionais e do portador do HIV/AIDS. Embora, em algumas produções identificamos a busca de conhecimento nas práticas de enfermagem como uso de técnicas e da sistematização da assistência com teorias e o processo de enfermagem; consideramos que a enfermagem ainda precisa cuidar do corpo relevando os aspectos subjetivos do cliente, da família, do portador HIV/AIDS, além de estabelecer ações para intervenções como realizá-las.

Nessa perspectiva de realizar intervenções no cuidar do cliente portador do HIV/AIDS temos que atentar para duas situações distintas no cuidado desse cliente, eles apresentam o mesmo status sorológico positivo para o HIV/AIDS, porém cuidamos do portador do vírus

(assintomático) e do portador do vírus (com a síndrome já instalada). São fases que o cliente apresenta-se de forma diferente e distinta. Assim, é imprescindível fazermos uma diferenciação do cliente portador do HIV e do cliente portador da AIDS.

O CLIENTE com status sorológico POSITIVO PARA O HIV (PORTADOR DO VÍRUS)

Ao pensarmos no portador do vírus não podemos deixar de referenciar a fase inicial que é a confirmação do diagnóstico; que todos ficam apreensivos, depressivos, se sentido solitários, com medo da morte e preocupados com o novo rumo de suas vidas. Afirmativa de Stefanelli, Gualda e Ferraz (1999, p.69) quando dizem:

> É comum surgirem sentimentos de depressão, solidão e perda do significado da vida e desesperança. Estes sentimentos surgem da ambivalência do contar ou não para amigos, familiares ou um familiar específico. A quem contar? Sob o impacto do diagnóstico, mas necessitando urgentemente expressar a sensação de pressão interior, de opressão e de vazio, alguns procuram ajuda de grupos de “auto-ajuda”, convivência de pessoas com HIV/AIDS ou até de profissionais envolvidos com o assunto, grupos religiosos e, às vezes, um familiar. Outros se isolam, bebem, pensam em suicídio.

A mudança do status sorológico para positivo traz muita incerteza, stress, insegurança, visto que, o medo do preconceito, do julgamento, até pelos familiares é muito grande pelo portador do vírus. A partir daí a sua principal dúvida é revelar ou não as pessoas próximas acerca da doença. Segundo Stefanelli, Gualda e Ferraz (1999, p. 70) dizem:

> A situação conflitiva do portador do HIV, ao decidir a quem da família ou do círculo de amigos contarem; em quem confiar a quem pedir ajuda, com quem falar sobre o que vivencia, afetou também os processos de comunicação e relacionamento com as pessoas. Alguns deles tentam por muito tempo suportar sozinho o que sofrem. Chega um determinado momento que, como ser humano que é não tolera mais a opressão, a angústia, a solidão e toma a decisão de contar a alguém.

A oscilação de humor e comportamento freqüentemente acontece na vida do portador do vírus, ele passa por grande ansiedade, raiva, depressão, autopiedade e um grande

sentimento de culpa (a infecção pode ser encarada como um castigo pelas práticas sexuais diversas – transgressão moral/social). Muitos verbalizam que atravessaram ou atravessam pela fase *negra da doença,* onde é a fase das incertezas, do isolamento, da busca de um eixo (o conhecimento), a coragem para busca um alicerce que os estabilizem e os fortaleçam (a família e/ou os afins) a continuar à vida; é a fase da tentativa de conscientiza-se e prepara-se para luta que está por vir. Grilo (2001, p. 101) menciona que: “o HIV/AIDS é uma doença de enorme impacto psicológico, que combina três conceitos com elevada carga emocional: doença incurável, morte prematura e práticas sexuais diversas”.

Ainda, referencia que:

> Os pacientes assintomáticos vivem perante várias incertezas:
> 1) como irei reagir à terapêutica antiretroviral?
> 2) Quando terei a primeira infecção oportunista? Qual será essa infecção?
> 3) Irão descobrir uma cura a tempo de eu beneficiar desse tratamento?
> 4) como irão reagir meus amigos /familiares quando souberem? (Op. cit, p. 111).

O indivíduo portador do vírus, após receber o diagnóstico com status sorológico positivo, passa por fases variáveis se dando de forma diferenciada e individualizada, em cada pessoa. Nós acompanhamos indivíduos que tentam se adaptarem a nova condição de vida (ser portador do vírus) e pessoas que começam a sua própria autodestruição (com a negação da doença, com o abandono do acompanhamento clínico, com a sua autopunição e punição dos outros – transmitindo o vírus a todos que possam, entre outros comportamentos destrutivos).

Segundo Macieira (2001 p. 74-75):

> Culpa, medo e responsabilidade são núcleos que caminham muito juntos. Quando a culpa é muito grande, se transforma em autopunição e autodestruição. Ela se volta contra o indivíduo como um castigo. O organismo, constantemente bombardeado pelas cargas negativas e doentias da culpa, pode acabar por desenvolver doenças, que podem ser físicas ou psíquicas. É isto não dilui a culpa, só a fortalece. A culpa também é responsável em parte pela dor moral, além de acentuar a dor física.

Diz ainda:

> O fato de assumir a responsabilidade por si mesmo implica em passar a cuidar pessoalmente da própria vida e da própria saúde, abri-se para a confiança e a fé, o que consiste no primeiro passo no sentimento da verdadeira cura, que é sempre criativa e representa o nascer de uma nova forma de vida (MACIEIRA, 2001 p. 75).

É importante ressaltamos as defesas orgânicas e emocionais (psicológicas) adotadas pelo indivíduo (corpo/mente/organismo) quando sofre a injúria da doença, pois assim compreenderemos um pouco mais os nossos clientes portadores do vírus. Jeammet, Reynaud e Consoli (2000, p.276-277) dizem as principais atitudes reacionais do doente e as repercussões psicológicas ao traumatismo da doença são:

> - *A adaptação*: entendemos por adaptação não uma aceitação passiva e uma submissão à doença, mas uma atitude suave e equilibrada do doente que lhe torna possível mudar seu modo de funcionamento habitual sem por isso se desorganizar.
>
> - *A negação da doença:* inversamente, alguns doentes recusam a doença; raramente de modo aberto, porém mais frequentemente por uma negação inconsciente, às vezes camuflada sob uma pseudo-racionalização, que é traduzida, por exemplo, por uma recusa em se curvar às exigências do tratamento, pela persistência dos hábitos nocivos, por uma atividade excessiva.
>
> - *A reação obsessiva:* Para evitar a depressão e uma reação catastrófica, o doente repassa ao exterior a causa de suas infelicidades: queremos-lhe mal, cuidamos mal dele, e certamente são os cuidados que são responsáveis por suas perturbações.
>
> - *O isolamento:* é interpretado pela ausência aparente de afetos, de emoções, acompanhando a conscientização de sua doença. O doente fala com prazer de sua doença em termos científicos, se documenta abundantemente sobre o tema e parece conhecer muito bem, excessivamente bem, o fato. Por trás desse quadro, os afetos, simplesmente reprimidos, são deixados para eles mesmos e podem ter efeitos nefastos, tanto mais que eles não podem ser ligados às palavras e se torna, assim, comunicável e mais controlável. [...] uma adaptação excessiva a doença pode contribuir para seu agravamento secundário (às perturbações psicossomáticas).

Para os clientes portadores do vírus a parte física é imprescindível, pois é a conservação de sua auto-imagem, da sua auto-estima, do seu processo de viver preservado com a sociedade através: do emprego, da independência financeira, da vida sexual ativa, da sua autonomia e de se preservar da discriminação sobre a doença. Afirma Grilo (2001, p.

108): “na fase assintomática, a aparência física assume um papel muito importante, não apenas em termos de atratividade sexual, mas também da auto-estima”.

As questões psicológicas (emocionais) são importantíssimas no cuidar desse cliente, pois tudo que ele associa a mudança de portador do vírus para portador da síndrome, o leva a se desestruturar fisicamente e emocionalmente.

> Após o início da prescrição terapêutica, é comum que os clientes assintomáticos passem, a sentirem-se *doentes,* uma vez que tomam uma quantidade de medicamentos por dia. Raros são os sintomas resultantes da medicação e passam a deslocar-se regularmente ao hospital (Op. cit, p. 109).

O CLIENTE PORTADOR DA AIDS (SÍNDROME JÁ INSTALADA)

Ao refletir sobre o cliente portador da AIDS, iniciamos o pensamento com as primeiras mudanças na imagem corporal devido ao avanço do estágio da doença (com o aumento da carga viral, falhas terapêuticas, falha imunológica e o abandono do tratamento) levando a perda da massa ponderal, diminuição do vigor pele e atividades físicas (até mesmo a sexual). Obrigando-o a mudanças no estilo de vida, a dependência/perda da autonomia para familiares e afins e as primeiras hospitalizações que geralmente são para eles o primeiro passo até a morte (intensamente desgastantes emocionalmente).

Segundo Alves, Padilha, Mancia (2004, p. 138) dizem:

> A hospitalização pode torna-se um momento crítico, pois é muitas vezes o significado da evolução da doença e a consciência de que não há como negar o fato de ser portador do vírus. A atenção da enfermagem nesse momento pode ser um recurso decisivo que encoraje o cliente a enfrentar a hospitalização e amenizar ou superar estas dificuldades.

Corroborando Grilo (2001, p. 110) diz que:

> A sintomatologia, por vezes, obriga as alterações no estilo de vida a vários níveis; como o emprego, as visitas ao hospital, a maior quantidade de medicação, o

> isolamento social (por cansaço ou porque doente evita expor a sua aparência física aos outros), e a hospitalização.

Ainda, diz:

> Nos pacientes com AIDS, à incerteza são acentuadas em aspectos como: 1) Quando terei a próxima infecção oportunista? Qual será essa infecção? 2) Será que resisto a mais uma internação? 3) Quem tratará de mim, se ficar completamente dependente? 4) Quem cuidará dos meus filhos/pais idosos, se ficarem com um grau de dependência muito elevado? (Op. cit, p. 111).

Ressaltando ainda:

> Quando a gravidade da doença se torna evidente e o doente compreende que não pode negociar mais surgi a faz de depressão. Aparecem reações típicas de um quadro depressivo com seja: desinteresse geral, isolamento, inércia, não realização de atividades que antes constituíam uma fonte de prazer, angústia profunda e intensa expressão disfórica. Estes sintomas são acompanhados por significações de perda. Por um lado a perda, em termos financeiros, com a impossibilidade de trabalhar e as despesas impostas à família que muitas vezes conduzem a sentimentos de culpa. Por outro lado, e de uma forma comum nos doentes com a SIDA, aparece à perda da identidade corporal. E, finalmente a antecipação da perda da vida, que acarreta a perda das pessoas significativas para o doente (Op. cit, p. 114).

Vale relembrar que as atitudes reacionais e as repercussões psicológicas já abordadas como questões de defesa orgânica e emocional (psicológica) adotadas pelo indivíduo portador do vírus podem também ser apresentadas pelos indivíduos portadores da síndrome. Jeammet, Reynaud e Consoli (2000, p.276-277) dizem que são: “a *adaptação,* a *negação da doença; a reação obsessiva e o isolamento”.* A partir daí, temos que atentar para os momentos vivenciados pelo cliente portador da síndrome e do vírus, pois são imprescindíveis para o cuidado de enfermagem, precisamos praticar a aproximação, o conhecer e a identificação dos signos expressos no corpo do cliente para identificá-las.

3- O Caminho Metodológico da Investigação - METODOLOGIA

A pesquisa realizada foi um estudo descritivo de abordagem qualitativa, para se adequar à fase exploratória da pesquisa, que foi investigar como os enfermeiros fazem o cuidado com o cliente portador do HIV/AIDS e que sabem sobre esse cuidado.

A afirmativa de que é um estudo descritivo justifica-se pela “finalidade de observar, descrever e documentar os aspectos da situação” (POLIT, 2004, p.177).

A abordagem qualitativa é entendida como: “aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais” (MINAYO, 2006, p. 22).

O Cenário

O cenário da pesquisa foi o Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas no município do Rio de Janeiro, com os profissionais dos setores do ambulatório, ensaios clínicos, do hospital-dia e do hospital - Hospital Evandro Chagas – HEC (no Centro de Terapia Intensiva - CTI, internação e central de material esterilizado - CME).

A Enfermagem do IPEC

A equipe de enfermagem Hospital Evandro Chagas (HEC) no Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas (IPEC) sofreu algumas mudança conforme referência Cascardo (2007, p. 43):

> No ano de 1987, o Hospital Evandro Chagas passa a almejar o atendimento aos pacientes portadores de AIDS. Para tanto, foi necessária a estruturação deste *Departamento* para fazer frente a este propósito maior, que era a formação de recursos humanos para a pesquisa, tornando-se necessário o aumento do quadro de profissionais. A necessidade de se criar leitos para a assistência aos portadores do HIV/AIDS - que à época era um grave problema de saúde pública - e avançar nas pesquisas para o conhecimento dessa doença e no tratamento de seus portadores.

A partir daí ocorreram mudanças na assistência de enfermagem do HEC, pois havia a necessidade de atualizarem os seus saberes e a postura profissional sobre o cuidar do cliente portador do HIV/AIDS, o que os tornaram aptos a estruturar uma rotina de cuidados de enfermagem para os portadores do HIV/AIDS.

Esse Hospital é referenciado por Cascardo (2007, p.20) quando diz que: “[...] em 1942, em homenagem póstuma ao seu último diretor e grande sanitaristas, o Hospital originalmente Osvaldo Cruz teve o seu nome substituído para Hospital Evandro Chagas (HEC)”. A partir de 1987, o HEC começa a desempenhar o atendimento aos pacientes portadores do vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) e marca o início da reestruturação da equipe de enfermagem para o atendimento aos clientes portadores do HIV/AIDS. Assim como, foram estruturados outros serviços e setores que articulados integram a rede de assistência a esta clientela o IPEC. Atualmente cliente portador do HIV/AIDS é uma das maiores demanda assistenciais nesta instituição de saúde. Uma realidade que faz parte do dia-a-dia do cuidar em saúde, e principalmente do profissional enfermeiro nesta unidade assistencial.

O Hospital conta com 24 leitos de enfermaria e 04 leitos de CTI e o corpo de enfermagem é composto por 15 enfermeiros e 52 técnicos de enfermagem. A equipe de enfermagem do ambulatório é composta por 03 enfermeiras (sendo 02 responsáveis pela consulta de enfermagem ao cliente portador do HIV/AIDS e 01 assistencial) e 07 técnicos de enfermagem. A equipe do hospital dia é 1enfermeira (assistencial) e 02 técnicos de

enfermagem. Nos ensaios clínicos são 02 enfermeiras (01 responsável pela adesão dos clientes portadores do HIV/AIDS e 01 das pesquisas clínicas com o cliente portador do HIV/AIDS).

No decorrer do delineamento do estudo, 05 enfermeiros foram incorporados no quadro de efetivos da instituição e 02 enfermeiros contratados tiveram os seus contratos de trabalho encerrado (os 05 enfermeiros formam incluídos no estudo e os 02 demitidos não). As 02 enfermeiras entrevistadas para a avaliação do instrumento foram retiradas da amostras final dos sujeitos do estudo - os dados obtidos dessa avaliação, pré-teste do instrumento, foram transformados em artigo já encaminhado a apreciação para a publicação (Anexo XI - Declaração de artigo encaminhado: CONDUTAS CLÍNICAS de cuidar em HIV/AIDS: a construção de um saber-fazer de Enfermagem).

Os Sujeitos do Estudo

Os sujeitos do estudo foram 18 enfermeiros que possuíam como critérios de inclusão: atuam no IPEC na assistência ao cliente portador do HIV/AIDS. Esses profissionais desenvolvem suas atividades laborais no ambulatório, nos ensaios clínicos, na internação, no CTI e na CME.

Procedimentos de Produção de Dados

A produção de dados se realizou mediante a técnica de entrevistas semi-estruturada. Para coleta de informações, utilizou-se um roteiro de entrevista, previamente testado,

contendo perguntas abertas e fechadas (Apêndice I), que foram gravadas e transcritas na íntegra para a pesquisa. Nas entrevistas foram gastos o tempo de 168 horas e 536 horas para a realização das transcrições das fitas.

Pope e Mays (2005, p. 27) dizem:

> A transcrição é um processo que consome um tempo imenso, já que cada hora de uma entrevista frente a frente pode levar de seis a sete horas para ser transcrita, dependendo da qualidade da fita. O custo de qualquer estudo baseado em entrevista deve incluir o tempo apropriado para transcrição.

Os enfermeiros foram contatados para informar sobre as questões que envolvem o estudo a partir de uma agenda com data, hora e local das entrevistas, em que se preservou sua privacidade e anonimato preservado; quanto aos dados confidenciais envolvidos apenas para esta pesquisa. Deu-se, também, a liberdade ao participante de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalidade alguma e sem prejuízo.

Na identificação das entrevistas, utilizou-se da abreviatura (E) para designar a palavra *enfermeiro* seguido de numeral ordinal, conforme a ordem das realizações da entrevistas. As entrevistas foram gravadas em meio digital player com autorização dos entrevistados, e transcritas pela pesquisadora. Logo depois apresentadas aos entrevistados para validação dos respectivos depoimentos.

Para validação do instrumento foi realizada a entrevista com 02 enfermeiras, e a partir delas foram realizadas as seguintes modificações no instrumento: à finalização de cada pergunta foram incluídas perguntas explicativas, já que após a realização das perguntas de número 4, 6, 8 e 10 às enfermeiras não se recordavam das perguntas para responderem os porquês respectivamente.

A partir da aplicação do roteiro de entrevistas, obtivemos as respostas de apenas as 16 primeiras perguntas, deixando de responde de 17-22. Este evento foi devido às limitações dos entrevistados, que não conheciam o manual do ministério da saúde com as atribuições do enfermeiro para o controle da AIDS. Assim, o número de instrumentos aplicados para o estudo foi de 20, ressaltando que não foram incluídas na amostra as 02 entrevistas da avaliação do instrumento (pré-teste).

Quanto à entrevista, baseando-se em Turato (2003 p.308-309):

> A entrevista é um instrumento precioso de conhecimento interpessoal, facilitando, no encontro face a face, à apreensão de uma série de fenômenos, de elemento de identificação e construção potencial do todo da pessoa do entrevistado e, de certo modo, também do entrevistador. Que consiste no encontro interpessoal estabelecidas para obtenção de informações verbais ou escritas, sendo instrumento para conhecimento para assistência ou pesquisa.

Minayo (2006, p. 267) menciona que:

> A modalidade de entrevista semi-estruturada difere apenas em grau de não estruturada, porque na verdade nenhuma interação, para finalidade de pesquisa, se coloca de forma totalmente aberta ou totalmente fechada. Mas, neste caso, a semi-estruturada obedece a um roteiro que é apropriado fisicamente e utilizado pelo pesquisador. Por ter um apoio claro na seqüência das questões, a entrevista semi-aberta facilita a abordagem e assegura, sobretudo, aos investigadores menos experientes, que suas hipóteses ou seus pressupostos serão cobertos na conversa.

Ainda diz: “por roteiro se entende uma lista de temas que desdobram os indicadores qualitativos de uma investigação” (Op. cit, p.189).

Aspectos Éticos da Investigação

Com relações aos aspectos éticos da pesquisa, atendendo à Resolução nº. 196/96 do CNS que trata das normas de pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto foi encaminhado a Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/IPEC) com vista apreciação do aspecto

ético e legal. A pesquisa intitulada – CONDUTA CLÍNICA de Enfermagem para CUIDAR do cliente portador do HIV/AIDS: o que fazem e o que sabem os enfermeiros do IPEC. Foi aprovada no CEP/IPEC em 18/08/2008 com o CAAE (certificado de aprovação para apreciação ética) de número 0007.0. 009.000-08 (Anexo-I).

Os sujeitos que acordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo apresentado aos referidos na pesquisa intitulada – CONDUTA CLÍNICA de Enfermagem para CUIDAR do cliente com HIV/AIDS: o que fazem e o que sabem os enfermeiros do IPEC, à finalidade do estudo, informando que teriam o seu anonimato preservado e poderiam desistir a qualquer momento de participar da pesquisa; em observância a Resolução nº. 196/96 das Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisas com Seres Humanos (MS, 1996).

Análise do Material Produzido nas Entrevistas

A análise dos dados foi realizada com base na Análise de Conteúdo de Bardin (2008), das 06 técnicas de análises de conteúdo sugerida pelo autor optamos pela análise categorial para avaliação dos dados produzidos.

Bardin (2008, p.11) menciona que, a análise de conteúdo é:

> Um conjunto de instrumentos cada vez mais sutis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a <<*discursos*>> (conteúdos e continentes) extremamente diversificados. O fator comum destas técnicas múltiplas e multiplicadas – desde o cálculo de freqüências que fornece dados cifrados, até à extração de estruturas traduzíveis em modelos – é uma hermenêutica controlada, baseada na dedução: a inferência.

Ainda, diz:

> A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações. Não se trata de um instrumento mais de um leque de apetrechos; ou com maior rigor será

> um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptáveis a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações (Op. cit, p. 33).

Com fundamento teórico em Bardin (2008) optou-se pela técnica de análise categorial que se constitui:

> Por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamentos analógicos / reagrupamento do conteúdo das mensagens (Op. cit, p. 199).

As frases e/ou expressões contidas nas 16 perguntas do instrumento foram organizados de acordo com as orientações de Bardin (2008) com três etapas básicas referentes à análise de conteúdo, a saber:

1). A organização da análise:

- A pré-análise (com leitura flutuante, exaustividade, preparação do material);
- Exploração do material;
- O tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

2). A codificação

3). A categorização.

Sobre a *pré-analise* Bardin (2008, p. 121) afirma que:

> É a fase de organização propriamente dita. Corresponde a um período de intuições, mas tem por objetivo tornar operacional e sistematizar as idéias iniciais, de maneira que seja possível organizar um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise.

A *codificação* "é o processo pelo quais os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo" (Op.cit, p. 129).

Sobre a *categorização,* Bardin (2008, p. 145) diz que "a categorização é uma operação de classificação de elementos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente,

por re-agrupamento segundo gênero (analogia), com os critérios previamente definidos", podendo empregar dois processos inversos citados como:

> 1- É fornecido o sistema de categorias e reparte-se da melhor maneira possível o elemento, à medida que vão sendo encontrados. Este é o procedimento por *caixas*;
> 2 - O sistema de categorizas não é fornecido, antes resultando da classificação analógica e progressiva dos elementos. Este procedimento é o procedimento por *acervos* (Op.cit, p. 147).

Com esse caminho metodológico delineamos a pesquisa, a partir da análise do material produzido nas entrevistas, apresentando os resultados e a discussão da categoria de análise do estudo.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante as entrevistas, alguns enfermeiros descreveram suas vivências no IPEC e em outras unidades em que desenvolvem ou desenvolveram atividades com os clientes portadores do HIV/AIDS. Evento apresentado na entrevista, aleatoriamente, pelos depoentes e o pesquisador não interferiu nas construções das respostas, visto que os cuidados realizados com o cliente portador do HIV/AIDS e as experiências da prática desse cuidado foram imprescindíveis para a construção da pesquisa não sofrendo modificações pelo local de desenvolvimento da prática.

As unidades de significações produzidas pelos depoentes nas entrevistas foram exemplificadas no texto com os respectivos quadros, sendo colocado à identificação dos referidos após *parênteses* na parte superior. Exemplificando: **E(1)**[2] – referente à entrevista **E(1)**, no quadro II.

A Organização da Análise - Resultados

Optamos primeiro por apresentar os dados demográficos dos participantes do estudo produzidos a partir das perguntas de 01 a 04 do roteiro de entrevista (Apêndice-I). Os entrevistados têm idades de 24 a 49 anos, tempo de IPEC de 02 meses a 04 anos e tempo de formação entre 01 ano e 08 meses a 20 anos de formação. Os dados demográficos são apresentados na *Figura I* e na *Tabela II* a seguir:

Figura I – Dados Demográficos dos participantes das 18 entrevistas do estudo. Sendo delineado pela pesquisa idade, tempo de trabalho e tempo de formação dos entrevistados; no ano de 2008, no Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas (IPEC).

ENTREVISTA	IDADE	TEMPO DE TRABALHO NO IPEC	TEMPO DE FORMAÇÃO
E (1)	31 anos	6 meses	7 anos
E (2)	32 anos	2 anos	9 anos
E (3)	42 anos	3 meses	18 anos
E (4)	24 anos	4 meses	1 ano e 8 meses
E (5)	28 anos	3 anos	6 anos
E (6)	31 anos	4 meses	2 anos
E (7)	32 anos	3 anos	6 anos
E (8)	33 anos	3 meses	10 anos
E (9)	49 anos	2 meses	20 anos
E (10)	37 anos	3 meses	13 anos
E (11)	36 anos	3 anos	11 anos
E (12)	30 anos	2 anos e 4 meses	6 anos
E (13)	25 anos	2 anos e 4 meses	3 anos
E (14)	34 anos	5 meses	2 anos e meio
E (15)	28 anos	3 anos e 5 meses	5 anos
E (16)	29 anos	3 anos	6 anos
E (17)	43 anos	4 anos	18 anos
E (18)	27 anos	3 anos e 3 meses	6anos

A partir da análise dessa Figura I, apresentaremos as idéias de Benner apud Valadares (2001, p. 38); conjeturando serem importantes esses conceitos para produzirem consistência na amostragem da pesquisa, “as idéias são acerca de cinco estágios por que passam os enfermeiros para adquirirem habilidades. São eles: 1) iniciante ou novato; 2) iniciante ou novato avançado, 3) competente, 4) proficiente e 5) especialista”.

As autoras apresentam os cinco estágios de habilidades do enfermeiro, nas atividades de labor – na mesma ou em semelhantes situações, conforme esquema a seguir:

- Novatos (até 02 anos);
- Novato avançado (mais de 02 anos);
- Competente (mais de 03 anos);
- Proficiente (mais de 04 anos);
- Especialista (mais de 05 anos).

Considerando o trabalho no IPEC, temos uma amostragem de 10 enfermeiros não novatos e 08 enfermeiros novatos, com um tempo de formação em média maior de dois anos.

Assim, é imprescindível descrever as características do enfermeiro especialista, visto que o objeto de cuidado nesse contexto de saúde no qual o estudo foi desenvolvido requer um fazer/saber associado a um cuidar de enfermagem específico (especializado), devido às especificidades dos sujeitos portadores do HIV/AIDS, Benner apud Valadares (2001, p.44) referencia como:

> Agentes de mudanças, executores, formadores e investigadores que melhorem ativamente a qualidade do cuidado dos clientes, numa área específica de especialização, em conjunto com as outras enfermeiras e membros da equipe multidisciplinar, graduadas com experiência prática comprovada que são capazes de gerir uma determinada área do exercício, estando na vanguarda da especialização; capazes de preencher as competências nucleadas determinadas pelo seu serviço, na ausência de linhas de orientação em nível nacional; são coordenadores de equipe; estabelecem padrões de forma a manter a credibilidade profissional; têm um nítido papel de consultor e perito através do ensino, gestão e aplicação de investigação de enfermagem relevante; possuem uma variada gama de capacidades, incluindo as de comunicação e liderança, tendo ainda uma boa compreensão do processo de enfermagem; controlam ativamente o seu desenvolvimento profissional; são capazes de trabalhar autonomamente, de iniciar mudanças, reconhecer as suas capacidades e limitações e legalmente assumir as responsabilidades enquanto dentro de sua esfera de competências.

Para elucidar a importância desse profissional especialista no IPEC exemplificaremos com os depoimentos descritos a seguir:

> **E(17)[6]:** *"Tem 11anos que eu trabalho com HIV/AIDS no inicio era muito difícil você fazer o trabalho de adesão sabendo dos efeitos colaterais, sabendo do número grande comprimidos, sabendo que a sobrevida era pequena e agora eu já tenho outro ponto de vista eu trabalho no meu dia-a-dia e eu vejo muitas pessoas boas sobreviverem, aquelas que venceram; através dos meus conhecimentos que eu recebo no dia-a-dia através de todos os procedimentos usados eu avalio que a sobrevida é grande. Eu vou continuar tentando que as pessoas sobrevivam a essa doença crônica que agora é infecção pelo HIV".*
>
> **E(17)[2]:** *"Pelo meu tempo de experiência avalio observo, os comportamentos se modificaram. Eu recebo muitos conhecimentos, eu tenho uma vasta pesquisa, ao nos atualizarmos em relação a essas deficiências. Eu procuro os objetivos a partir da compreensão do que ele está vivendo".*
>
> **E(15)[6]:** *"Eu sempre trabalhei na AIDS, eu convivo com muitos pacientes de todas as formas, de todos os níveis, em todas as situações emocionais desde o diagnóstico até o querer morrer. Eu já tive uma vivência muito grande com isso então eu já sei distinguir um pouco".*

Tabela II – Dados Demográficos da pesquisa com apresentação dos locais de atuação dos 18 participantes do estudo, no ano de 2008, no Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas (IPEC).

SETOR	**ONDE ATUA NO IPEC**	**Quantidade**	**%**
HOSPITAL	ENFERMARIA	06	33,3%
	CTI	05	27,7%
	CME	01	5,6%
AMBULATORIO	ASSISTÊNCIA	01	5,6%
	CONSULTA DE ENFERMAGEM	02	11%
ENSAIOS CLÍNICOS	PESQUISAS CLÍNICAS	01	5,6%
	AMBULATÓRIO DE ADESÃO	01	5,6%
HOSPITAL-DIA	ASSISTÊNCIA	01	5,6%
TOTAL	Locais de Atuação: 08	18	100%

Os dados apresentados na Tabela II são as representações dos setores onde os enfermeiros atuam na assistência ao cliente HIV/AIDS no IPEC. A partir dessa diversidade de campo de atuação é que apresentamos o arcabouço em que se delineou o estudo.

A Pré-Análise - Resultados

Na etapa da pré-análise, realizou-se a *leitura flutuante* do material produzido nas entrevistas realizadas com os 18 enfermeiros. Foram necessários 04 dias para organizar o material para a primeira análise, onde foram feitos recortes e colagens a partir de cada questão e de suas respostas. Esses recortes e colagens feitos em movimentos diversos de organiza, desorganiza, reorganiza durante 900 horas.

Com as unidades de significação produzidas pelos participantes da pesquisa e as sucessivas leituras das informações, atingimos a regra de *exaustividade* referenciada por Bardin (2008, p. 122-123) como:

> Uma vez definido o campo de *corpus* (entrevistas de um inquérito, respostas a um questionário, editoriais de um diário de Paris entre tal e tal data, emissões de televisão sobre determinado assunto, etc.), é preciso ter-se conta todos os elementos desse *corpus*. Por outras palavras não se deixar de fora qualquer um dos elementos por esta ou por aquela razão (dificuldade de acesso, impressão de não interesse), que não possa ser justificável no plano do rigor.

Após, iniciou-se a fase de *preparação do material* com a elaboração de Quadros, com indicadores de condutas clínicas dos enfermeiros com enfoque nas abordagens *empíricas* e *científicas* do fazer e saber em enfermagem.

Nesse momento, observamos as regras de homogeneidade e pertinência respectivamente:

> Regra da homogeneidade: os documentos retidos devem ser homogêneos, quer dizer, devem obedecer a critérios precisos de escolha e não apresentar demasiada singularidade fora destes critérios de escolhas. Regras de Pertinência: os documentos retidos devem ser adequados, enquanto fonte de informação, de modo a corresponderem ao objetivo que suscita a análise (BARDIN, 2008, p. 124).

Esses quadros guardam as respostas das questões abertas, examinadas cada uma em sua essência e conteúdo, sobre as perguntas realizadas e as respostas fornecidas.

Essas respostas são informações constituídas de palavras, frases, verbos que aparecem de diversas formas, indicando ocorrências acerca do cuidado para os clientes portadores do HIV/AIDS: como fazem, porque fazem como estabelecem o cuidado, o que sabem, entre outros.

Realizamos a pré-análise a partir das unidades de significações produzidas pelos enfermeiros, procurando validar ou não hipóteses adiantadas de que o fazer é empírico ou científico; fazem ou não fazem o cuidado porque não sabem ou sabem ser imprescindível ao cliente e a profissão. Desconhecem ou conhecem o documento do Ministério da Saúde e quando cuidam quais bases utilizam-se.

Bardin (2008) em um estudo sobre horóscopo destacou algumas possibilidades que são interessantes para a nossa pesquisa; quando trabalha com a temática, quando diz que é possível levar ao final um texto e nele levantar atitudes (qualidades, aptidões) psicológicas, re-agrupamentos de atitudes valorizadas e desvalorizadas; fazer atrair ou rejeitar as *qualidades* ou os *defeitos* individuais; atividades positivas e atitudes negativas: impulsividade, desencorajamento, preguiça, fraqueza de espírito. É um trabalho exaustivo e desconcertante, mas a alegria do investigador é enorme quando o estudo "*bate certo".*

A partir dessas considerações, é imprescindível registrar que em algumas unidades de significações apresentadas pelos enfermeiros identificamos um conflito entre uma assistência baseada em um modelo cartesiano/biomédico com um pensar direcionado para o modelo sistêmico de cuidar.

Assim, é proporcionada a narrativa dos participantes uma contradição entre o fazer/pratica e o saber/cuidado apresentado no cotidiano de cuidar em saúde; em alguns momentos eles contradizem-se no que queriam fazer/fazem com o que pensam que deveria

ser feito - ideal. Entretanto, vinculam nos seus discursos que é imprescindível fazer o plano de cuidados ao cliente.

A seguir apresentamos os Quadros, constituídos a partir da exaustividade da leitura das entrevistas e neles estão todos os recortes decorrentes do conteúdo bruto das entrevistas, os dados produzidos das unidades de significações; para seu destaque os critérios foram para responder as questões do instrumento do estudo.

QUADRO I - Como FAZ o plano de cuidado: Condutas Clínicas empíricas e científicas no cuidar

E(1): Eu procuro ver quem tem uma demanda mais urgente, a partir da passagem do plantão. Quem tem uma urgência maior de cuidado, curativo, de ver jejum, de ver dieta. E o que eles trazem também de problemas - enjôo. Diversidade de problemas que os pacientes apresentam, independente de ser HIV ou não na verdade.
E(2): Não tem plano de cuidado específico, no meu setor não tem um plano de cuidado específico para o paciente HIV/AIDS. É de acordo com a necessidade dele, da gravidade.
E(3): Pelo mais complexo, pelos que estão mais graves, eu vejo primeiro, eu faço uma anamnese desses pacientes.
E(4): Os pacientes que chegam com o diagnóstico recente, eu oriento procurar um posto de saúde próximo de casa. Caso ele esteja com dúvidas, eu oriento, eu explico, a gente encaminha para o serviço social. Os que vão para a consulta ambulatorial eles passam pela enfermagem para fazer medicação; orientação quanto à medicação e aos exames, é esse o nosso cuidado lá.
E(5): O contato que a gente tem no ambulatório é inicial, esse paciente vem é atendido e fica fazendo acompanhamento. Esse paciente vem é atendido, ele retorna para a residência ou ele interna e fica sobre o cuidado da enfermagem na enfermaria ou ele retorna posteriormente para uma consulta ambulatorial. O plano de cuidado a gente não trabalha com plano de cuidado diário igual é feito na enfermaria porque a gente não tem uma continuidade na assistência desse paciente.
E(6): O meu plano de cuidado é em relação ao que o paciente necessita, nem todo paciente que é HIV/AIDS tem que ter o mesmo cuidado. De acordo com o diagnóstico dele, além da AIDS, de qualquer outra doença oportunista que ele venha a ter. Eu faço o plano de cuidado de acordo com aquela doença.
E(7): Eu faço baseado em cima do meu exame físico, eu chego, examino o paciente, levanto em cima do exame físico todas as necessidades afetadas do paciente. Em cima da necessidade afetada eu monto o meu plano, por exemplo: higiene corporal se vai ser no leito ou não. E daí eu faço a prescrição. Há um tempo a trás a gente não tinha isso no setor, eu sou do CTI e hoje em dia a gente já tem, está passando ser uma rotina e por isso eu faço dessa maneira. Minha rotina que eu criei para mim é essa. Eu chego, recebo o plantão e logo que eu recebo o plantão eu vou para os pacientes verifico os sinais vitais. Eu já faço meu exame físico. Em cima desse exame físico eu levanto as necessidades e traço o meu plano.
E(8): A cada dia, avaliação do quantitativo de profissionais tanto técnicos, o meu quantitativo de enfermeiro. E da gravidade dos pacientes, dá prioridade aos pacientes mais graves ou mais instáveis.
E(9): Eu não estabeleço baseada em diagnóstico é claro que algumas ações são mais direcionadas de acordo com o diagnóstico do doente, o quadro que ele apresenta, porque as necessidades talvez sejam diferenciadas. Um cliente pós-operatório é diferente de um doente clínico, com as manifestações do vírus. Procuro tirando todo aquele processo de a gente fazer um diagnóstico e dali fazer um cuidado direcionando de acordo com a patologia, mas também direcionado a dificuldades que essa pessoa apresenta em relação ao aspecto como um ser humano como um todo. Às vezes assume o plantão e já sabe “o fulano está muito irritado ou doente tal está reclamando muito, então aquele doente é chato”. Pelas manifestações é um ótimo sinal quando alguém manifesta alguma coisa. Direcionar não só pelo aspecto clínico, mas visitar ou quando pegar o plantão ou ao longo do plantão numa assistência que eu vou fazendo, eu vou procurando ver o que está além daquela manifestação física, da demanda do ser naquele momento, na instituição, no retorno do cuidar. Qual interação, qual a troca que a gente pode ter. Não só para dar conforto físico, mas também para vê-lo como um todo, como eu que sinto falta de casa, acostumada a um tipo de alimentação passando por várias angústias. Dá pra gente dinamizar isso, ouvindo o doente, a gente colaborando de uma maneira direta ou indireta para esse doente ter um pouquinho de conforto. **E(9):** Não tenho o plano de cuidado direto, controle de processamento do material que é utilizado na assistência a estes clientes.
E(10): A partir das informações que eles me fornecem, os sintomas, tendo as observações. Eu vou fazendo conforme eu vou avaliando, conversando com ele, a gente vai montando um plano de atendimento meio empírico porque não existe aqui dentro do IPEC.
E(11): Eu trabalho na terapia intensiva. Eu chego ao plantão, faço exame físico, individual e a partir do meu exame físico eu vou traçar o meu plano de cuidado.
E(12): É complicado pelas limitações às vezes de recurso humano e materiais, estabelecer uma assistência adequada. Eu procuro fazer uma avaliação específica do cliente, da pessoa, do paciente e ver dentro do que ele está precisando naquele momento. Quais os cuidados que eu tenho que implementar, em função das necessidades que estejam abaladas naquela pessoa. Eu tento verificar pra pessoa e não porque é um cliente

de doenças infecciosas.
E(13): Eu analiso o aspecto do paciente, converso, a gente analisa o paciente, vê se ele tem condições de realizar a medicação ou não.
E(14): Plano de cuidado é feito diariamente até porque o cuidado ele muda a cada e dia. Paciente com HIV você tem que cuidar dele, Não cuidar como uma receitinha de bolo, a cada dia traça um plano de cuidado. Eu primeiro, pelo mais complexo, que estão mais graves, eu vejo primeiro.
E(15): Dando Prioridade aos que estão mais graves em relação às doenças oportunistas que estão apresentando.
E(16): A gente faz uma avaliação, a gente vai ter o diagnóstico de enfermagem, a gente prescreve os cuidados. A gente vê quais são os cuidados, as prioridades e desenvolve no decorrer do plantão.
E(17): Através de conhecer esse paciente, detectar os seus problemas, que fazem que não assumam o seu tratamento e tenha uma baixa adesão. A partir de conhecer esses motivos, eu começo a traçar o meu plano de trabalho com o paciente.
E(18): Trabalho na consulta de enfermagem e meu plano de cuidado é justamente trabalhar a adesão. Para os pacientes que fazem uso do TAR, que é a terapia retroviral, mais também para aqueles que não fazem pra que eles tenham maior qualidade de vida. Esse é o intuito do enfermeiro na consulta. Nós não fazemos anamnese, faz mesmo a consulta no sentido do planejamento, diagnóstico e principal que eu acho seria o maior plano de cuidado é a prevenção de possíveis infecções oportunistas.

Como faz o plano de cuidado é descrito de um modo geral pelos enfermeiros, conforme as dificuldades cotidianas do contexto de cuidar; direcionando-o para as estratégias de enfrentamento adotadas pelo profissional que são: à gravidade do cliente, às urgências de atendimento, as necessidades do cliente que são priorizadas no cuidado e as prioridades no contexto em saúde.

Identificamos a partir de algumas unidades de significações apresentadas pelos depoentes em alguns momentos que o plano de cuidado acontece sem a utilização de um instrumento científico de cuidar. É possível identificar nessas unidades de significações que existe *algo* no plano mental que induz determinadas ações. Possivelmente, devido ao conhecimento tácito (prático) ser pessoal e difícil de ser formado e comunicado.

Os depoentes descrevem ao pensar sobre o cuidar a importância da utilização de um instrumento validado para analisar o cuidado realizado, porém pouco utilizado devido à complexidade do cotidiano de cuidar a eles apresentado.

Eles identificam as dificuldades cotidianas no contexto de cuidar e a partir daí, estabelecem estratégias de enfrentamento - de ação, para cuidar nesse contexto de saúde devido à gravidade dos seus clientes que requerem prioridades.

O que fica claro sobre o *como faz*, é que: todos os respondentes falam dos clientes que cuidam; os cuidados são priorizados; o plano só é estabelecido após exame físico; fazem supervisão para os clientes graves ou os encaminham quando não podem resolver o problema ou quando não se apresentam como mais um problema de Enfermagem.

Os temas norteadores de cuidados são: a doença, o medicamento, os sinais vitais e a higiene. Em relação à identificação da condição do cliente depois da avaliação é: *grave*, *necessitando de cuidados complexos* e no quais os enfermeiros estão atentos as necessidades de *orientação* para o cliente.

Como faz o cuidado é determinado pelo fazer/saber que eles têm sobre eles mesmos e sua prática, que envolvem situações e condições no espaço onde trabalham. *Como faz* exige ver, fazer, trabalhar, tentar, realizar, conhecer e traçar plano.

QUADRO II - Por que FAZ o plano de cuidado: Condutas Clínicas empíricas e científicas do cuidar

E(1): Eu penso que como o nome já diz urgência, a gente tem que ver primeiro. Tem paciente em tratamento, mas que estão clinicamente estáveis eu acho que esses podem aguardar um pouco mais do que os outros que têm algum problema aparente como alteração na glicemia, pressão, débito urinário, e os que estão em jejum; eu procuro ver logo, resolver logo.
E(2): Acho que por falta de uma rotina, de ter algo estabelecido, falta de rotina mesmo no setor. Eu acredito que seja isso, não tem nada específico de plano, de rotina pra pacientes com HIV/AIDS.
E(3): O mais grave porque ele é mais complexo.A gente acaba tendo que olhar ele dessa forma como um todo.
E(4): A gente esta orientando esses pacientes que chegam com o diagnóstico recente por não ter como absorver. A gente orienta procurar um posto de saúde próximo de casa, eu acho importante também tirar as dúvidas deles.
E(5): Apesar de a gente estabelecer um vínculo com o paciente, a gente não tem contato direto com ele. A gente cuidar a partir do momento que a gente conhece, sabe a demanda, mas é vínculo diário, não é um paciente que está internado, então apesar de a gente cuidar, a gente tratar paciente, tratar a patologia, a gente não tem um contato diário acho que esse plano fica meio quebrado por esse motivo.
E(6): É onde eu vejo a necessidade do paciente, ter um sarcoma ele vai ter um cuidado, uma tuberculose ele vai ter um cuidado.
E(7): Eu penso que não tem outra maneira de traçar o seu plano de cuidado, sem avaliar ele. Conhecer até quando o paciente acordado, você chegar e conversar com teu paciente. O que adiantava ou pegava, escrever tudo, sei que o paciente está intubado porque me passaram na passagem de plantão, aí eu escrevo várias coisas do paciente, mas quando eu chego à cabeceira não é isso. Eu acho que não tem outra coisa, é super importante 1º você ter o contato com o paciente. Às vezes até nem fazer como eu faço, de repente até cuidar antes porque no 1º contato que você tem você nem sempre visualiza tudo. Eu tracei assim, 1º eu faço esse primeiro exame físico onde escrevo tudo que eu vi depois do banho ou entro no banho ou entro após o banho é onde eu visualizo tudo do paciente, que eu termino o plano de cuidado vendo se tem alguma coisa, nessa parte da pele, das eliminações, participo de tudo.
E(8): É tenho 24 horas para eu realizar meus cuidados e tento fazer de forma mais criteriosa possível. Fazendo de início, os pacientes mais graves, passando visita, fazendo a rotina principalmente de curativos e a parte burocrática.
E(9): Pela minha função, como eu fosse colocada para que esse personagem tem uma assistência qualificada. **E(9):** Não é uma forma, não é uma formula. Isso aí varia de acordo com cada paciente, com cada cliente, determinados procedimentos são técnicos e isso eu não mudo, porque eu não sei fazer de outra maneira, aprendi, desempenho uma técnica. Mas, a abordagem individual para cada cliente, para cada ser que eu tenho contato e esse sim é direcionando para a necessidade, as angústias, as demandas internas; aquilo que estando no ambiente hospitalar o transforma, o angustia, essa linguagem que a gente usa. O quanto de conforto a gente pode oferecer, uma movimentação, massagem, conversa para colaborar com a recuperação desse doente. Eu não tenho uma determinação prévia, procuro seguir um determinado desempenho técnico, que eu sei o que são as boas práticas. Eu sei o que são boas práticas as boas práticas para que o doente não tenha infecção. E também boa prática no relacionar, no ouvir, no olhar, no tocar, com essas pessoas.
E(10): Eu acho que é a melhor maneira, questão de organizar a minha rotina. Vejo como está o paciente, eu já sei se ele pode evolui para uma febre, a gente vai montando uma serie de procedimento de enfermagem em cima daquilo que ele vai me relatando e a partir da doença de base dele se tiver mais alguma coisa mais específica.
E(11): Porque eu tenho que traçar os meus diagnósticos para eu poder traçar o meu, pra que eu trace os meus planos, pra que eu faça os meus diagnósticos eu tenho que fazer o exame físico, eu tenho que conversar com esse paciente, eu tenho que sabe o estado dele todo, geral, nutricional, psicológico. Ver o paciente como um todo pra assim eu traçar meu plano de cuidado.
E(12): É um ser humano acometido por uma enfermidade e não porque se trata de uma doença infecciosa que tem que ser uma característica de discriminação, o cuidado aí é padrão.
E(13): A gente consegue estabelecer não só a obrigação do paciente de fazer a medicação todos os dias, mas saber se naquele dia ele tem condições físicas e emocionais de realizar a medicação ou não.
E(14): Porque o paciente HIV, não só HIV, mas todo paciente que interna, eles precisam de um cuidado diariamente. Esse cuidado mudar de acordo com o quadro clínico e por isso que você tem que ter um plano de

cuidado diário. Reavaliar a cada dia o paciente pra traçar um plano de cuidado pra ele.
E(15): Priorizar o melhor atendimento aos que estão mais graves, aos que precisam de atendimento rápido, com urgência e os que podem aguardar um pouco mais o atendimento.
E(16): Porque acho que é certo assim. Desde a Faculdade a gente se aprende todas essas etapas da observação e tudo, como esta, do exame físico, pra poder avaliar e chegar ao resultado que seriam os cuidados.
E(17): Pelo meu tempo de experiência avalio observo, os comportamentos se modificaram. Eu recebo muitos conhecimentos, eu tenho uma vasta pesquisa, ao nos atualizarmos em relação a essas deficiências. Eu procuro os objetivos a partir da compreensão do que ele está vivendo.
E(18): Eu acho que é uma conduta minha conduta como profissional no sentido de trabalhar na consulta de enfermagem. O que eu trabalho as ausências dos pacientes. A partir daí eu vou trabalhar o meu plano de cuidado. Busca ativa para trabalhar a qualidade de vida e quando comparece após uma busca ativa, a gente estabelece aí essa questão da adesão do paciente, as consultas médicas, de enfermagem, de outros profissionais. A gente consegue trabalhar um pouco a qualidade de vida desse paciente que já vem com esse estigma de já ter o HIV.

Por que faz, remete os enfermeiros a pensar em seus clientes do cuidar sempre numa posição imperativa de agir quando estabelecem o plano, de oferecer cuidados, orientar sobre como os clientes devem se cuidar, destacando na prática o ato de relacionar, ouvir, olhar e tocar as pessoas. *Por que faz* dá o significado de *como faz*, porque além da medicação eles aventuram-se a pensar e agir sobre suas emoções, mais vínculo com cuidar desse cliente.

A reflexão se fundamenta no compromisso do profissional como o outro que é o objeto do cuidado (compromisso com a profissão), considerando a complexidade e gravidade do processo de adoecimento desse cliente.

QUADRO III - a REFLEXÃO – Pensar o modo de Cuidar: Condutas Clínicas empíricas e científicas do cuidar

E(1): Eu penso na prática do dia-a-dia. Penso mais em evitar maiores problemas, na condição de saúde-doença do paciente.
E(2): Penso em fazer o melhor para o paciente, cuidar da melhor forma e vendo as necessidades deles. A gente passa a visita, avalia, faz exame físico; eu costumo, tento fazer na medida do possível. No banho ver o que o paciente precisa, dali vem à prescrição de enfermagem e assim vai se desenvolvendo o cuidado vendo as necessidades do paciente à medida do possível, tentado suprir as necessidades dele.
E(3): Tem que cuidar o melhor possível: fazer de forma que você cumpra toda prescrição, A minha preocupação maior é se tudo está prescrito no horário correto, os antiretrovirais estão sendo feito de acordo, se ele esta com um acesso venoso pérveo porque se tiver alguma intercorrência você tem como intervir. Manter ele melhor possível, estável possível para que ele não complique e complicando a gente ter como acessar rapidamente acesso profundo e etc.
E(4): Eu penso no que é melhor para o paciente, eu penso no que é melhor para o paciente.
E(5): Que esse o paciente é uma pessoa que sofre preconceito da sociedade, que muitas vezes desestimulado com a doença, com a vida abandona o tratamento porque acha que vai morrer. Ele precisa ser incentivado e saber que o uso certo do medicamento traz uma melhor qualidade de vida pra ele. Que o comparecimento às consultas e um acompanhamento de rotina são benéficos para sua qualidade de vida.
E(6): No paciente no conforto do paciente, no cuidado para ele ir logo embora; porque não tem coisa melhor que está em casa.
E(7): A gente pensar no paciente como um todo, na melhora do paciente para a gente chegar ao plano de cuidado. A gente tem que olhar para aquela pessoa como um todo, é um ser único e tal. Não adianta eu traçar porque o paciente é HIV/AIDS e pegar um igualzinho para todo mundo, se cada ser é individual, único é assim que eu penso.
E(8): Não só do HIV/AIDS, mas como todos os pacientes, ordem de prioridade, o que é prioridade para aquele paciente e pensando no trabalho em si.
E(9): Dentro do conhecimento que disponho da formação do compromisso é que norteia as minhas ações dentro de um grupo da qual eu lidero e dentro de todo um instrumental de equipamentos que são apropriados pra que qualquer cuidado seja prestado a esse cliente seja com a qualidade que se espera para que não haja infecção e não leve iatrogenia. **E(9):** E tirando o trabalho de CME, com enfermeira assistencialista, é a ação que eu desempenho com esse doente é sempre voltada não só para parte técnica, mas o conforto que eu posso dar. O ouvir, o estar atento aos sinais que eles apresentam nesse período de internação, nesse período de afastamento de sua família, na angustia de conviver como o vírus, com a angustia de estar separado e com a sensação de discriminação de estar sendo julgado. Uma assistência não só voltada pra parte técnica, para a aproximação emocional desse doente.
E(10): Tento deixar o mais prático possível, uma coisa que consiga englobar o atendimento que eu quero prestar e que também facilita o serviço da equipe de enfermagem e não elaborar uma coisa que fique fora da nossa realidade, prática que a gente possa ter um instrumento de avaliação e evolução do paciente.
E(11): Penso em tudo até sexo, isso às vezes interfere quando você vai cuidar. Você tem um paciente masculino às vezes ele prefere ser cuidado por um homem e até isso você tem que pensar. Penso na gravidade, uma das nossas funções é prestar assistência ao cliente mais grave tudo isso eu vejo. Penso nas condições psicológicas dele, como ele está naquele momento, que está precisando, primeiro traço as prioridades.
E(12): Penso sempre que eu posso fazer o melhor que de repente eu estou fazendo naquela hora acho que cada plano é melhor que o anterior porque a gente vai aprendendo com colega, vai tendo essa troca de uma pessoa pra outra. Vendo a implementação do colega e você não pensou naquilo; você já se apropria daquela prática e coloca pra outro. Na realidade eu penso sempre está melhorando tentando de uma forma global atingir todas as necessidades e tentar satisfazer todas as necessidades comprometidas. Acho que é ineficiente poderia ser melhor.
E(13): Tudo o que eu faço, penso no paciente e na minha equipe. Tudo que eu estabeleço, eu converso com a equipe (médico, secretárias, técnicos), para que isso venha desenvolver um melhor conforto para o paciente. Nossos pacientes vêm todos os dias pra que não seja algo sacrificante pra ele.
E(14): Eu estabeleço através do meu exame clínico porque é através dele que eu vou determinar o que eu vou

esta traçando de conduta pra ele.
E(15): Satisfazer melhor a necessidade do paciente.
E(16): No meu melhor pro paciente. O melhor para o paciente e uma forma que o serviço corra de perfeita forma. A princípio o melhor para o paciente o que ele necessita de verdade.
E(17): Eu procuro como eu falei detectar deficiências e priorizar técnicas que possam atingir a aprendizagem do paciente para viver com o HIV/AIDS.
E(18): Penso em trazer uma melhor qualidade de vida para esse paciente. Ele vem sabendo que é HIV positivo para a consulta de enfermagem e com dificuldades de enfrentar o diagnóstico. Penso que posso trabalhar mutuamente com ele e com outros profissionais para trazer uma melhor qualidade de vida. Toda vez que eu monto um plano de cuidado, como eu vou enfrentar esse paciente, como eu vou trabalhar com ele é tentando melhor qualidade de vida dele, é claro que sozinha não conseguiria, o enfermeiro sozinho é muito difícil e o principal ator nessa história é o paciente.

A reflexão que fazem sobre o *como*, *por que faz* e *como penso* envolve emoções que exigem aproximação para com o outro; refletem sobre o conforto, ouvir e estão atentos aos sinais que o doente apresenta. Acreditam que é preciso conversar com a equipe de saúde e fora dela para que o cliente seja o único beneficiado; reflete sobre o cliente como ator do cuidado; pensam no melhor para o doente; refletem sobre as preferências dos gêneros no ato de cuidar (com quem se sentem mais à vontade).

O *pensar* é todo voltado para a melhora do cliente, porque o individuo sabe o que tem e os enfermeiros precisam identificar problemas; forma de ação; fazer o mais prático possível atendendo as prioridades, realizando medicamentos e fazendo o melhor possível no cuidado do corpo para mantê-lo estável.

Essas reflexões são na maioria das vezes direcionadas as estratégias de enfrentamento para prática do cuidar e com o pensar no cuidado a partir do cliente.

QUADRO IV - **a EXPLICAÇÃO - O PENSAR o modo de Cuidar: Condutas Clínicas empíricas e científicas do cuidar**

E(1): A minha preocupação maior é que a coisa não se agrave não piore de forma alguma até porque as pessoas se internam para buscar uma melhora, não a piora.
E(2): A gente quando cuida de um paciente HIV/AIDS, eu sempre me interessei por esse assunto, paciente soropositivo e tudo (sempre me tocou muito esse tema). Eu procuro saber como ele adquiriu essa doença. A história de vida, a história social dele, eu sempre busco conversar para saber um pouco mais dele da vida dele isso é uma aproximação. Quando o paciente não é lúcido, se restringe mesmo a necessidade da gravidade dele, fazer para melhorar o seu quadro, dentro das até das limitações da enfermagem.
E(3): Faço dessa maneira porque é a gente tem que priorizar o cuidado acima de tudo e uma coisa que eu não falei que eu acho que é importante é conhecer o paciente, ver a história dele e procuro esta vendo no prontuário. O que levou ele a vir, como ele adquiriu o HIV, até para você intervir no psicológico do paciente.
E(4): Penso no que é melhor para o paciente, nas condições clínicas e emocionais.
E(5): Penso dessa forma porque observo e vejo no dia-a-dia o número de pacientes que faltam as consultas de enfermagem e quando faço um contato e eu procuro saber o motivo que faltaram geralmente o motivo são esses: ele abandonou o tratamento ou está desestimulado com a doença ou ele aparentemente está bem e não quer lembrar que ele tem o HIV, então ele não comparece ao IPEC para fazer o tratamento é uma forma para ele esquecer que ele está doente.
E(6): O meu pensamento é em relação ao paciente, sempre tento-me por no lugar do paciente. Se hoje eu estivesse com AIDS e se estivesse com qualquer doença oportunista gostaria que a pessoa me tratasse bem, educação.
E(7): Eu tenho isso como rotina, esse plano que eu criei, de ter de levantar em cima dos problemas e das necessidades do paciente, levantar o meu plano, então não tem como eu não fazer único. Eu acho que tem que haver isso, o que você pensa, acho que você pensa no paciente no paciente em si na melhoria, no bem estar e assim individualizado. Traçar um plano individualizado, você tem que ver o paciente cada um é de uma maneira, vários pacientes HIV positivo tem o mesmo diagnóstico só que cada um é diferente do outro.
E(8): Existe um paciente que ele requer o cuidado do enfermeiro, um cuidado mais intensivo, de maior complexidade ou procedimentos que devem ser realizados somente por enfermeiros e por isso prioridade.
E(9): Quem está doente que é um ser e como eu bem ouvir de alguém eu não me lembro agora não existe a doença existe o doente. Como o doente é um ser como eu, me colocando no lugar dele, como eu me sentiria estando portadora de HIV apresentando a doença e todo o estigma social que ela traz e com o no dia-a-dia da assistência de enfermagem, é sempre muito corrida dada à dinâmica da assistência diária. Em algum momento parar pra ouvir um pouco, vê se tem alguma coisa que a gente possa fazer para minimizar essa dissociação da vida dele como um ser que trabalha; que tem família; que tem filhos. Pra ouvir, ver se tem alguma coisa que a gente possa trazer mais conforto. E então alguém em algum momento que possa parar um pouco e parar e olhar não só o doente que apresenta um quadro clínico uma manifestação clínica, mas também alguém que está ali em cima de uma cama ou mesmo que deambula; mas pela própria medicação ver sua cor de pele modificada, ver corpo a sua auto-imagem totalmente modificada daquela que costuma ter. Uma série de outras questões pessoais que estão ali e não tem como manifestar já que a gente não tem esse Aproxi com o doente porque a gente tem muita coisa pra fazer.
E(10): Ser o mais assim objetivo possível em cima no que eu estou esperando dele, a gente está observando, que eu espero que aconteça com ele, a gente monta, tenta montar uma série de procedimentos que vão guiar para a gente ter um instrumento de avaliação. A gente vai avaliar como esse paciente está evoluindo durante esses dias se ele estabilizado ou não qual é o perigo. Esta coisa que a gente está querendo analisar.
E(11): Faço um planejamento do meu dia, eu faço a visita rotineira em cada leito, a partir daí eu começo a traçar as minhas prioridades. Paciente com maior gravidade, aí começo a executar as minhas tarefas cotidianas, a gente chega ao leito, verifica os sinais vitais, fazendo higiene, higiene pessoal, higiene oral, fazendo as medicações.
E(12): Eu acho que o profissional enfermeiro não desempenha sua atividade como deveria; que aprende na graduação. A implementar cuidados é difícil porque geralmente o enfermeiro está comprometido com todo tipo de serviço do burocrático às pendências de setor a recursos de material e na realidade o paciente muitas vezes acaba sendo a última prioridade que ele tem. O paciente acaba sendo apenas um acessório dentro disso tudo.
E(13): Vou me colocar no local, se fosse comigo ter que vir todos os dias num setor onde eu não fosse tratado

bem, onde eu não tivesse condições pra pode receber uma medicação, conforto, pessoas uma equipe agradável ficaria muito difícil de eu continuar o tratamento. Se eu tiver fazendo algo que venha beneficiar o paciente eu acredito que isso vai ajudar no tratamento dele.
E(14): O pensamento é exatamente esse seria em relação à humanização porque o paciente HIV infelizmente na nossa sociedade hoje ainda é muito descriminado, então quando ele já está em um ambiente já hostil que é um CTI, que é um ambiente já um pouco mais complexo pra ele, o mínimo que a gente deve e fazer é exatamente isso tentar humanizar o nosso cuidado com esse cliente.
E(15): Dar mais conforto e tranqüilidade, mesmo para os não conscientes. Dizer o que está sendo feito pra poder ele também poder ajudar a gente cuidar dele.
E(16): Depois de avaliar o paciente e ver as necessidades dele a gente vai vendo os cuidados que ele necessita, a gente vê dependendo do plantão, a gente vai vendo quais são as prioridades e o que a gente pode fazer naquele momento. A gente está em uma instituição pública, tem alguns empecilhos, tem alguns obstáculos, mas de qualquer forma a gente tenta fazer que os cuidados sejam prestados da melhor forma possível.
E(17): As pessoas são todas diferentes cada tem um jeito de pensar, então eu tenho que avaliar, eu tenho que ter disponibilidade, tem que ter paciência, a maneira de atingir essa pessoa somente é conhecendo-a.
E(18): Eu fui bem elucidativa, o meu pensamento é justamente na visão pela qualidade de vida, eu acho que se eu conseguir levar pra esse paciente a explicação, a educação à saúde. Tem outra historia a cima disso que é bom para eles saberem e muitas vezes não só pelo médico mais por outros profissionais. Envolvidos nesse trabalho. O meu pensamento é na visão da questão multiprofissional e a questão da qualidade de vida desses pacientes HIV.

Ao elucidar sobre *como pensa o cuidado*, os enfermeiros trazem a explicação acerca de seu fazer envolvendo tratamento, cuidado, adesão. Eles pensam no que fazem e no que devem fazer a partir do exame físico, avaliação e reavaliação do plano delineado. É uma reflexão sobre o pensar a partir de sua prática, de sua vivência, mais a experiência com as observações do cliente. O pensar sobre o cliente é sempre cheio de humanidade, de preocupação com ele e com o estigma que traz a doença.

Evidenciamos uma sensibilidade no cuidar do enfermeiro que demonstra a preocupação que ele tem em individualizar o cuidado, conhecendo, conversando, se aproximando do sujeito e identificando a dissociação que a internação traz ao ser que está longe do seu contexto - a família, o emprego, entre outros.

QUADRO V - a OBSERVAÇÃO - O cliente HIV/AIDS nos aspectos físicos, emocionais e sociais: Condutas Clínicas empíricas e científicas no cuidar

E(1): Físico isso varia muito, no meu entendimento, do tempo de doença, de como ele se cuida, é das complicações associadas acho que está tudo interligado. O emocional; verifico aqui uma instabilidade tem hora que ele tenta se apresentar muito bem, muito consciente, tranqüilo, aceitando a doença, e por trás você vê que não é bem assim. Então tem o emocional bem variável, tem paciente que de manhã parece está bem, e daí de tarde demonstra ser mais depressivo, introspectivo e vice-versa, então eu acho, o emocional é muito lábil (varia muito). E social? O paciente que eu vejo aqui, o que eu percebo dos nossos pacientes é que socialmente eles são bem desprivilegiados. Nem sempre tem apoio da família, você ver muito paciente aqui, mas principalmente os homossexuais, que não vem um pai uma mãe. Eles se ajudam muito, percebo isso, eles criam relações muito interessantes, até no aspecto da biosegurança nem muito boa; mais é muito interessante para eles porque um cuida do outro, toma conta da medicação do outro, tem uns que acham, querem até se intitular enfermeiros. Isso assim você nota uma carência muito grande de cuidado talvez uma falha, uma falha não, uma falta da família do convívio social natural deles.
E(2): É um paciente que fisicamente alguns aparentam, como o setor é CTI, alguns estão debilitados, com a aparência de quem está doente mesmo, os pacientes que chegam ao CTI são pacientes com a doença bem evoluída, bem avançada, o aspecto físico dele é assim. No emocional costumamos pegar pacientes que já tem anos já com a doença algum até já se acostumaram com a doença, já aprenderam a lidar com a doença; outros acabaram de descobrir estão assustados, tão com medo, tão sem saber como vão lidar socialmente, sem saber como vai ser sua vida daqui pra frente, que é uma doença assim de muito preconceito, as pessoas se preocupam muito com o preconceito. Tem paciente que relata que não toma a medicação porque se tomar, já ouvir o paciente falando isso, as pessoas da vão saber que ele tem a doença, então não toma a medicação por isso, não é porque ele não quer tomar. É o medo do preconceito até dos próprios familiares, então é uma vida social complicada por conta mesmo do preconceito a coisa gira muito em torno do preconceito. O social eu acho que é assim, eles têm, alguns se revoltam e relatam que passam a doença pra quantas pessoas for possível e leva uma vida social desregrada e vai levando a vida até onde vai dá. Outros tentam se adaptar, tem mais consciência da situação e se preocupam com isso e vêm dúvidas que do tipo quando eles descobrem, será que eu vou poder ir à praia, dúvidas que pra gente, que acha até dúvidas bobas mais que pra eles fazem toda a diferença. Como vai ser daqui pra frente o meu relacionamento e se eu arrumar alguém vou contar ou não vou contar, é uma vida social complicada também.
E(3): Físico eles são bastante desidratado, muito emagrecidos, muitas vezes. Emocionalmente, muitos abalados. Uns ficam muito mais na defensiva, outros muito emotivos, outros muitos revoltados. Então eles não têm uma característica definida do emocional, depende do estágio que cada um esteja, do que está pensando cada um naquele momento. Então eu acredito que eles passam vários estágios, a gente pega aqui vários estágios: aceitação, negação e dependendo desse estágio que eles estejam uns ficam mais agressivos, mais revoltados, então esse emocional é muito oscilante, por conta disso. O social é nem sempre quem é pobre pega HIV, aqui a gente lida com uma classe social baixa mesmo, mais a gente também tem aqui uma classe média que a gente já viu internar. E que são diferentes em que? Na aceitação? Não. Acho que eles são diferentes no entendimento, na medicação, por exemplo, uns não tomam, ficam revoltados, uns não querem tomar medicação. E a classe social tem haver com isso? Eu acredito que não (do emocional com a classe social). Eu acho que os pobres são mais carentes precisando de mais ajuda, a gente fica com pena deles.
E(4): Bom, o perfil aqui do IPEC, são pessoas de renda muito baixa, são a maior parte já bastante emagrecidos, bem adoentados mesmos. É, o emocional bastante desequilibrado a maioria precisa de acompanhamento com o psiquiatra, problema, muitos problemas familiares, com a familiar, com amigo, com companheiros então eles são muito abalados emocionalmente mesmo.
E(5): Carente, em todos os aspectos. Fisicamente ele está debilitado, por causa de uma lipodistrofia, por causa de um emagrecimento devido a uma diarréia. Social: debilitado também. Por uma condição financeira ruim, por um é, abalo familiar, por ele não ter apoio da esposa, dos filhos, muitas vezes é por ele não entender algumas vezes a importância de uma continuidade,

de não entender que a gente está aqui, que está do lado para continuar uma assistência, o que é diferente, porque nós estamos aqui para ajudar porque somos profissionais. E muitas vezes ele não tem o que a gente precisa no dia-a-dia, que é o emprego, que é alguém da família dando apoio, dando auxílio, estando ao lado. É complicado por causa disso.
E(6): Físico: depende muito até que ponto a doença oportunista esta deixando ele, se ele tem uma doença oportunista muito grave o físico dele vai ficar bom ou ruim. Tem paciente que você olha assim e nem diz que tem HIV. Social: depende, a maioria dos pacientes se for um social dentro do hospital é difícil porque não tem segredo; mas fora você percebe muito que o paciente esconde, esconde porque você também percebe, ele também tem preconceito. O emocional pelo pouco contato que eu tive com esses pacientes eles revelam muito pouco do emocional deles. Eles costumam, não sei se eles acostumam com a doença ou se a doença para eles já faz parte então, se há abalo emocional neles aqui dentro ele não demonstra. Tanto eu não sei se é por eu não ser uma pessoa muito íntima dele, então pelo menos comigo não se abre tanto. Então esse emocional dele para mim que trata o paciente tentando para a melhora dele, tento que ele fique melhor. Então sempre procuro chegar bem pro paciente, ele acaba retornando educadamente, então se for alguma coisa deve ser mais com a família comigo não, sentir muita diferença não (na maioria dos pacientes só isso).
E(7): Dependendo como você responda é como você generaliza-se as pessoas só porque o cliente HIV/AIDS, parece que ficou rotulado, que a pessoa é HIV/AIDS todos vão ser iguais. As características você fecha os olhos e você lembra de algumas pessoas em particular e você não consegue descrever porque você vai pensar sempre em alguém. O emocional tem pessoas que já sabem há muito tempo, já tem, não sei se existe a palavra aceitação, não sei se a pessoa aceita, mas já esta com o vírus há muito tempo, já faz tratamento, pessoas assim, tem outros casos que não segue as medicações, que não aderiram ao tratamento e quão tem sérios problemas emocionais com a família e já teve vários pacientes no CTI que tinham esse problema, com a família, alguns negam a doença, não contam pra família. Em relação à parte física não dá para ter uma, tem de todos os tipos dentro do CTI, na maioria dos casos geralmente são pessoas que já tão no estágio avançado fisicamente, já estão super emagrecidos, já perderam bastante massa muscular, desidratados, é o que mais a gente vê, mais é claro que chegam alguns pacientes que não estão assim, mas essas não ficam muito tempo no CTI. Na parte social: geralmente o que a gente observa o que interna no IPEC são pessoas de classe mais baixa, em relação à família uns que a família é mais distante tem que chamar a assistente social para procurar a família e têm outros que a família é super presente então eu não consigo montar um. Eu acho que é isso físico para mim na minha prática, o que eu mais vi o tempo que eu estou aqui, pessoas bem debilitadas, bem desidratadas, bem emagrecidas com a gente montava antes quando a gente olhava uma pessoa muito emagrecida, com uma perda muscular muito grande e hipocorada, e aí você, “nossa, esse daí deve ter HIV”. No CTI vai muito assim, mas é claro que têm os outros que não (aquele fisicamente eu vejo desse jeito pelo menos lá no CTI).
E(8): Já foi um paciente mais complexo, em minha opinião da época da minha graduação e do meu trabalho – da época que eu estou trabalhando na enfermagem. Mas é um paciente mais complexo porque ele já sabe de todos os seus direitos e deveres. E nesse sentido da doença assim é um que já tem uma estrutura já formada em relação à medicação, a sinais e sintomas de doença onde agora o enfermeiro tem maior conhecimento sobre isso. A parte emocional também é um paciente diferenciado onde você tem que ter todo um cuidado diferenciado em relação a eles não especial, só diferenciado. Social também é um paciente onde que, você não pode só abordar o paciente e sim abordar família, companheiro, companheira, seja lá qual for e isso no social e emocional também.
E(9): Dependendo da manifestação clínica das oportunistas que ele esteja apresentando, com meu contato com esses doentes era em nível de terapia intensiva então nem sempre falavam; doentes que já estavam em prótese, comprometimento neurológico, comprometimento pulmonar então não havia como haver uma troca, mas o que eu via era que eles iam se recuperando apesar de uma recuperação lenta, apesar de dependerem de exame, da ação, da resposta também imunológica deles que pra alguns é um pouco mais rápida para outros era um pouquinho mais demorada. E quando eles iam acordando e que já iam começando a melhorar e a gente

vendo assim como eles ficam muito acuados, muito amedrontados, muitos sofridos, quanto vai ser a próxima? Quando eu vou está aqui de novo? O hospital que eu estava sendo acompanhado não tinha vaga e me mandaram para esse hospital longe de casa, minha família não pode me acompanhar, eu estava referendado pra um hospital, agora eu estou em outro, minha equipe era outra, as pessoas que me acompanhavam eram outras e eu estou no meio dessa gente que não sabe do meu caso; então assim era angustia desde a sua manifestação clínica da doença até angustia de não olhar e não ter uma pessoa conhecida, que acompanha esse doente a longo tempo. Então as manifestações são de medo, estou aqui longe, às vezes a família não pode ir pela distância e sem saber bem o que o espera no futuro; porque quando eles sabem, que são pessoas orientadas, pessoas com informação, pessoas que tem até mais do que eu, sobre a doença, como ela está manifestada e dali ver um prognóstico às vezes sombrio sobre o teu futuro. Isso é tudo, é baseado em coisas que eu vivenciei mesmo, faz acompanhamento no fundão e na hora de internar vai internar em um hospital a quilômetros de distância porque não tem vaga.

E(10): Um paciente que não tem uma característica, tem várias cada um chega de uma forma aqui. Tem uns pacientes que chegam fisicamente bem, falantes, tem força física boa e têm outros completamente debitados, sem noção do local onde eles estão - desorientados. Geralmente que é crônico é mais difícil de lida porque ele já tem uma história pra contar vem cheio das rotinas dele de como ele se tratava em outro chegar ou de como ele se trata aqui. Ele já tenta impor um ritmo paciente novo já tem mais instabilidade, devido até por ser uma situação nova pra ele, é uma coisa muito diversa a gente pega um leque bem grande de informações e de característica.

E(11): É muito complicado, o paciente com AIDS ele sofre até hoje um preconceito muito grande, gente mesmo como profissionais até para a nossa segurança mesmo, eu observo quando eu estou trabalhando aqui eu ponho mais de uma luva, estou sempre encapotada, estou sempre de máscara pra esse paciente pra vê a gente assim isso agride ele muito, por que ela esta me cuidando com tanta proteção. E a gente nem conversa muitas vezes isso com ele, a gente tem que trabalhar mais isso, ele é um paciente diferenciado é um paciente que é imunodeprimido, assim é debilitado com todas as infecções oportunistas.

É paciente assim bem complicado nestes aspectos físico, social, cultural e em tudo. A gente observa que as maiorias são homossexuais, você observa que são pacientes que tem um nível socioeconômico muito baixo. Você às vezes tenta explicar alguma coisa, mas a cultura dele é tão baixa tão baixa que ele não entende aquilo; não tem nem conhecimento que aquela doença é tão grave, não sabe de nada é completamente perdido. A gente tem que trabalhar muito isso.

E(12): Estou acostumada a trabalhar com várias classes, atualmente eu tenho verificado que a população com menor condição financeira tem atingido uma incidência muito maior dessas pessoas, mas pessoas com bom nível sócio-econômico também se internam, não aqui, aqui acho que no IPEC a gente atende uma parcela mais pobre. Fisicamente eu acho que o HIV/AIDS não tem aquela característica da década de 80 que você já poderia identificar e dizer essa pessoa está com AIDS, com a doença propriamente dita. Mas ainda tem pessoas que em função de, psicologicamente é uma doença que você tem o enfrentamento muito difícil porque há muita discriminação, muita falta de conhecimento a respeito então as pessoas. Por motivos seus muitas vezes abandonam o tratamento e em função disso ele interna e às vezes quando elas internam já estão em um estágio avançado então a gente tem esse mito de pessoas que não aparentam, de pessoas que aparentam. Emocionalmente alguns já estão na fase de resignação, aceitação total da doença, aceitação acho que ninguém tem aceitação, as pessoas começam a conviver com a doença; então acho que sempre tem momentos de fragilidade embora às pessoas tentem sempre colocar força pra continuar, nesse enfrentamento na luta. Mas são pessoas que eu acho que você precisa ter um pouco mais de sensibilidade, flexibilidade, não de paternalismo. Não estabelecer uma relação de você beneficiar, porque está com HIV, mas com, por exemplo, é uma doença que de certa forma te impõem um limite, um prazo de validade de vida, que você sabe que de repente você pode está aqui agora e ter uma infecção amanhã e você não está mais. Acho que o ser humano não sabe lidar bem com a sua própria finitude, acho que isso desestabiliza muito a pessoa, eu acho que essa instabilidade que vem às vezes do paciente que um dia ele está bem outro dia ele está falando pouco, a gente não sabe o que se passa realmente nessa mente, às vezes eu acho que a gente não compreende muito bem, mas eu acho que isso tudo é em função de você esta atrelado a 500 mil coisas e você não conseguir estabelecer uma avaliação melhor, da pessoa.

E(13): Quando ele recebe a notícia que ele tem HIV ele age de uma forma, eu vou falar do emocional é um back, um espanto, porque muitos pacientes ainda acham que vão falecer rapidamente depois quando ele sabe

da notícia que ele vai ter que vir todos os dias de repente fazer algum tipo de medicação venosa ele reage de outra maneira emocionalmente falando, porque ele tem que se adequar, tem que rever a rotina de vida dele. Quando ele descobre que algum paciente faleceu e esse paciente fazia parte do grupo de que ele vinha todo o dia fazer medicação ele também tem um choque porque ele pensa que ele pode ser a próxima vitima, mas, porém o meio termo de fazer medicações todos os dias hoje em dia todos os meus pacientes reagem bem, os pacientes do setor aqui com a gente.
E(14): Eu acho que o físico seria realmente quando ele começa a debilitar fisicamente, emagrecer, perdeu um pouco do cabelo devido ao efeito das medicações antiretroviral fisicamente ele começa a aparentar diferente do que ele era antes e com isso já começar a reparar nele. E socialmente já está ligado uma coisa com a outra pra sociedade ele começa ser visto com outros olhos, uma discriminação, infelizmente no nosso Brasil existe muito isso ainda e eu acho que o mínimo que a gente pode fazer é não tratá-lo com indiferença, tratar ele como uma pessoa como nós. Isso vai trazer conforto e fazer com ele até melhora na parte imunológica, igualdade resumindo humanização.
E(15): Físico depende do quadro de doença que ele se encontra. Emocional também depende da orientação que ele tem em relação à doença. Social hoje em dia não tem sinais, tem a pauperização da AIDS que a gente chama, mas hoje em dia esta muito diversificada, a gente tem diversos níveis sociais. Uns tem maior condição e outros não tem nenhuma.
E(16): Aqui realmente assim, a gente trabalha num setor fechado e tudo, no CTI, o paciente daqui é bem específico, diferenciado, de qualquer outro CTI que você trabalhe fora daqui tanto em instituição publica ou privada é um paciente que tem as suas peculiaridades. Fisicamente ele já chega pra gente um paciente bem debilitado, com os agravos da doença, com agravos das doenças de práxis mesmo, doença respiratória e tudo. Fisicamente ele é bem debilitado. A história social desses pacientes é muito parecida, raramente a gente tem alguém aqui com o 3º grau completo, acontece mais é raro. Normalmente são pessoas desnutridas que já vem subnutrida de casa, vem com o aspecto social bem complicado, eu já vi bastante história aqui. Às vezes eles internam pra comer porque não tem comida em casa, são bem complicados. E emocionalmente é bem variado. A gente atende pessoas que convivem com a doença há bastante tempo e que de repente se vêem com uma doença oportunista, como a gente atende pessoas que acabaram de descobrir são momentos de a doença muito diferentes são formas de lidar com a doença muito diferente, tanto homem como mulheres jovens, são pessoas que lidam super bem e pessoas que não tão nem aí, que não tomam remédio, na sua grande maioria que não tomam remédio e tudo. O aspecto emocional é subjetivo.
E(17): Atualmente nos temos no nosso serviço uma clientela que vem de longos anos vivendo com HIV/AIDS, então uma clientela que já passou por muitos momentos de fraqueza, morbidade e a nossa clientela às vezes está desfavorecida, de escolaridade baixas e também com dificuldades que infiltram na sua vida situação financeira, situação de isolamento social discriminação, então faz com que ele tenha uma baixa auto-estima e isso estão influenciando muito no uso do seu tratamento eles estão chegando aqui multifalhados, muitas vezes sem esperanças, alguns não, falharam porque acharam que conseguiriam enfrentar sem uso da medicação ter uma saúde melhor, uma vida melhor agora eles estão ficando muito despontados porque virão que não conseguiram e são dependentes de medicação mesmo e agora que nós temos um esforço dobrado pra tentar conscientizar essas pessoas que elas tem que fazer o uso correto da medicação pra ter essa sobrevida tão almejada, porque agora nós estamos contando com as últimas medicações que existem, claro que existem estudos das próximas, mas chega o momento do paciente assumir seu tratamento e eu entro nessa situação de incentivá-lo. E fazê-lo corretamente.
E(18): Isso varia muito de pessoa a pessoa e até mesmo de como ele recebeu o diagnóstico de HIV, como ele se contaminou, tudo tem uma história, se foi um motivo de traição ele tem uma revolta muito grande, quando é vertical a forma de transmissão é atendida em outra unidade da FIOCRUZ que é o IFF, mas tem aqui ainda mães que são acompanhadas aqui e o filho em outra instituição, elas têm um sentimento diferenciado, depende muito do paciente. Em relação os aspectos sociais alguns enfrentam ou a sua grande maioria ainda mesmo estando em 2008 um preconceito muito grande e eles tem bastante sigilo em relação à doença, em relação ao HIV. A questão social às vezes eles não conseguem viver bem a nível social, só um grupo restrito que realmente sabem da sua doença. Em relação ao psicológico, emocional, que você utiliza a palavra emocional, uns enfrentam bem, no início quase 100% que eles chamam da fase negra, da fase escura, de não sabem como agir, então o início ele é; eu ainda não tive paciente que eu tenha dado diagnóstico todos como eu falei vem com o diagnóstico já, então muito já passaram dessa fase já. Hoje não aceitam, porque nem tudo é

fácil de aceitar, então eles não aceitam, mais convivem. E o físico: os que tomam regularmente a terapia antiretroviral eles tem uma boa qualidade de vida, muitos tem, outros não se adequaram ainda por uma falha de terapia anterior, não se adequaram ainda encontram bastantes dificuldades, às doenças oportunistas elas infelizmente, elas tem aparecido e por isso há bastante paciente internado.

A observação do enfermeiro de *como* é o cliente portador do HIV/AIDS nos *aspectos físicos, emocionais e sociais* está impregnada da sua prática de cuidar em saúde, com a preocupação com todo o universo que envolve o cliente (o preconceito social, as pessoas que participam de suas relações afetivas); bem com as fases da doença que esse sujeito apresenta e o momento que o cliente está vivendo.

A partir dessa reflexão sobre o cliente, os enfermeiros reconhecem o ser, como um todo, o cliente como um indivíduo único, inserido em seu contexto existencial – descrevem o discurso sistêmico – a importância do holismo para cuidar em Enfermagem.

Os temas que norteiam essa observação estão delineados nas unidades de significações produzidas pelos participantes da pesquisa que são às dificuldades cotidianas de cuidar nesse contexto onde se tem uma clientela carente em todos os aspectos; muitas vezes com uma grande fragilidade emocional; segregados socialmente (referem à falta da família ou afins nesse cuidar) e as mudanças dos aspectos físicos que são referentes a várias circunstâncias tais como: carência alimentar, a falha terapêutica, a mudança de portador do vírus para portador da síndrome, o abandono do tratamento, dentre outras. .

Os depoentes expõem ainda sobre o medo do contágio por acidente com material biológico; a dificuldade em comunica-se com o cliente (passar informações); dificuldade de aproximar-se do emocional desse cliente, a falta na família e afins participando desse cuidar e a relação de aproximação entre os clientes (sem se preocuparem com a doença oportunista do outro, só com o apoio emocional que podem dar um ao outro).

QUADRO VI - a EXPLICAÇÃO - O cliente HIV/AIDS nos aspectos físicos, emocionais e sociais: Condutas Clínicas empíricas e científicas no cuidar

E(1): Observação diária, acaba percebendo aqui. Vê que eles não se incomodam muito com a própria doença do outro. Pacientes com tuberculose, em precaução respiratória, que fica lá fora na varanda e um outro que até já teve ou que não quer ter, que sabe que não pode ter um contato maior, fica junto, ele não se incomoda embora saiba, isso até assusta um pouco. Que esse cara tem consciência da doença ou pelo menos conhecimento sabe que corre um risco maior e, no entanto continua ali com o outro ajudando. O outro que ele acha que precisa; que de repente não sei o que passa na cabeça deles, mas acho que, eu imagino que eles devem pensar que um dia eu posso precisar e eu vou querer alguém que me ajude. Meu ponto de vista, eu imagino que eles pensam deve ser isso e o que eu observo é uma coisa, é uma relação mútua deles.
E(2): Baseado nos relato mesmo dos pacientes. Do que a gente lê, das pesquisas que já foram feitas sobre o assunto, das entrevistas que a gente, que nós não podemos fazer com os pacientes e o nosso ponto de vista é mais ou menos isso. A gente tem mais ou menos idéia do que eles passam quando a gente se acidenta com um paciente desse; a gente fica desesperada e quando vai pegar o resultado é uma sensação terrível, horrível, aí que a gente imagina como o paciente se sente. Pela vivência. Tudo que a gente ler livros, pesquisas.
E(3): A gente vivencia isso, a gente ver realmente o que acontece, a gente vê pessoas que são desprezadas pela família, uns que não querem que a família saiba, então acabamos dando muito colo para esses pacientes. A gente acaba se apegando muito neles e a gente vê que a aceitação vai muito da classe social mais baixa. O mito aquela coisa que aidético é, não pode conviver com o social ainda existe, a gente achava que hoje em pleno 2008; a gente acha que não vai ter gente rejeitando um HIV positivo e nós mesmos temos discriminação em relação a isso; o que isso tem a ver com a classe social ou não?
E(4): É o que vejo no meu dia-a-dia como eles chegam pra mim, contando às dificuldades que eles passam, procurando emprego, com namorado recente (se conta ou não que tem o vírus?) porque é difícil para outra pessoa que não tem o vírus compreender. Eles chegam com essas dúvidas, pedindo orientação, desabafando.
E(5): Eu ontem liguei para um paciente e perguntei por que ele não poderia vir a o ambulatório. Aí ele falou: “eu não posso ir porque eu moro em Areal, eu gasto 100,00 reais para passagem, eu não conseguir o meu vale ainda não foi liberado e eu não tenho como ir aí 3x/mês, a cada dia para uma consulta diferente”. Eu acho que cabe a gente também observar isso de acordo com a demanda do paciente, com cada paciente avaliar isso e tentar adequar para a realidade dele. Para que ele possa fazer o tratamento, porque engano eu marcar 03 profissionais diferentes para ele que eu fazendo uma coisa muito boa, que na verdade não porque ele vai não vai fazer o tratamento. Cada paciente a gente tem que investigar e avaliar o motivo porque ele tratando, não tratando e isso é uma coisa que requer tempo, requer custo é difícil. A gente tentando, tendo boa vontade a gente sabe que não consegue fazer isso em nem 70% dos casos.
E(6): Pelo contato que estabeleço com o paciente, tudo eu converso com ele, que eu falo com ele, esse meu ponto de vista é o contato direto que eu tenho com o meu paciente, eu tento sempre está conversando com os meus pacientes para saber com é que está, de onde veio, da onde não veio, como adquiriu a doença é em cima do que eu falo, é em cima do que eu vivo.
E(7): É o que eu vejo é a minha realidade é o que acontece ali. O emocional, muitos estão fragilizados e outros não porque já sabem e tem o apoio da família, o da família ou então já tão fazendo tratamento, já estão assim se eu for também pensar das experiências assim a maioria tem certa fragilidade. Poucos aceitam bem, usam medicação normalmente, mas a grande maioria tem essa fragilidade precisa até de psicólogo. A gente dá um apoio emocional para a gente é o emocional que está abalado. O físico eu acho porque a gente acaba internando tanto esse quadro como eu falei esse tipo físico, que acaba que ficou um pouco embutido assim no meu pensamento. Aconteceu uma vez comigo, que tinha um Tiveram pacientes que o físico era lindo atlético, nem parecia, mas os que ficam que você olha o paciente emagrecido e já aconteceu uma vez comigo que tinha um paciente tão emagrecido, tão desidratado que eu falei nossa, esse paciente não é HIV positivo e não era paracoco. Eu criei isso na minha cabeça.
E(8): Eu lido com pessoas, tenho pouco tempo aqui no IPEC, somente 3 meses; mas já lidei com diversos pacientes sendo portadores do HIV/AIDS. Não só pacientes, não só familiares, mas pessoas conhecidas íntimas minha portadoras do vírus. Com o tempo, com o estado e com o contato com essas pessoas tive uma certa tranqüilidade para tratar, tanto para conviver e tanto para cuidar sem nenhum problema.
E(9): Baseado na minha vivência no hospital geral de portas abertas, no hospital com emergência (receber o doente mesmo). Vai buscar quem esta acompanhando, qual é a informação que tem buscar o histórico desse

doente que é muito trabalhoso, porque por telefone as informações são limitadas; o ideal é o prontuário do doente pra você vê tudo que já foi feito. Então você descobrir qual esquema, o que, que estava sendo feito com esse doente porque que ele teve aquela agudização. Às vezes até começa do zero pra pesquisa colher líquor, é, fazer tomografia, uma série de exame que se talvez tivesse já uma comunicação, se agiliza isso para o restabelecimento desse doente. Não tem as drogas que esse doente toma no hospital, tem que localizar a família pra família trazer essas drogas, às vezes ele mora sozinho, às vezes a família não pode vir, vai adiando o início do tratamento desses doentes, não é uma assistência fácil a não ser quando a instituição já é a referência. Então você já tem toda a informação, quem está internando é o médico que acompanha é diferente do que acontece no dia-a-dia.
E(10): É o que eu vejo aqui dos pacientes e também fora tem uma variedade em vários estágios aqui: bem, paciente já em estágio terminal, paciente que tem um apoio familiar, paciente que não tem ninguém que o socorra, só contanto com a gente.
E(11): É o que eu falei mesmo, é uma doença preconceituosa que você fica pensando que, às vezes, até passa pela sua cabeça que está passando por isso tudo porque não se cuidou, não se preveniu não se cuidou é promiscuo, isso tudo pela nossa cabeça e a gente tem que trabalhar até um pouco isso pra gente mesmo para você esta prestando uma assistência de qualidade sem você querer julgar, você está ali cuidando de uma pessoa que está precisando de você, que tem todos esses problemas e que você não tem que fazer julgamento nenhum tem que apenas prestar assistência; a sua melhor assistência.
E(12): Talvez por ter pessoas na família que já passaram e que passam; eu tenho 02 familiares que são soropositivos. Acompanho de perto o que é essa oscilação de temperamento, essa dificuldade de enfrentamento. Nesse período da minha pratica profissional eu observei que esses eventos eles se repetem, então eu estabeleço essa minha opinião embasada na minha percepção pessoal na minha vivência e não em algo que assim eu tirei de alguma literatura.
E(13): Eu penso é muito ruim. Algumas medicações a gente tentou rever para que ele pudesse não vir todo o dia fazer medicações aqui no setor. Isso no meu dia-a-dia de repente eu hoje descobrisse que tenho HIV também seria difícil pra mim, devido ao meu trabalho ser diarista, todos os dias ter que sai pra poder fazer uma medicação. É cruel pro paciente ter que todos os dias ta aqui, mas infelizmente ainda é a forma na qual ele tem que recebe o tratamento. É bem complicado, mas tem formas de você se adequar no seu dia-a-dia pra você sobreviver.
E(14): Espero que a gente nunca passe por isso, mas a gente está sempre vulnerável a essas coisas e eu acho que o mínimo que a gente espera lá na frente é ser tratado igual o que a gente queria de fosse hoje.
E(15): Eu sempre trabalhei na AIDS, eu convivo com muitos pacientes de todas as formas, de todos os níveis em todas as situações emocionais desde o diagnóstico até o querer morrer. Eu já tive uma vivencia muito grande com isso então eu já sei distinguir um pouco. Que não é tão pesado para todos eles, muitos deles aceitam bem a doença então levam uma vida melhor e outros mesmo que tenha uma situação financeira muito boa não aceitam e o desfeche é trágico, o desfeche da doença. Acho que é mais pela vivência. **O que é o querer morrer?** Eu acho que quando eles chegam estagio de doença na grande maioria das vezes nem é doença física, mas assim eles pensam muito em relação, eu acho que é muito mais ligada a aceitação da doença, os que aceitam de uma forma mais tranqüila eles levam a doença de uma forma muito melhor a grande tendência é ficar com a doença mais estável. E os que não aceitam por sofrerem muito; acho que a negação da doença; fazem eles não conseguirem tomar remédio aí eles vão ficando cada vez pior então eles chegam ao ponto de pedir, de chegarem pra gente e falarem não vai tomar mais o remédio porque eu sei que eu vou morrer eles e já tive pacientes que me pediram pra morrer, não quero, não venho mais aqui porque eu quero morrer. O porquê é uma coisa que passa muito pela cabeça deles não tem como definir a vivência que ele teve. A gente já teve alguns pacientes que resolveram literalmente morrer. **E como você trabalha com isso?** É ruim, de início foi muito ruim quando comecei a trabalhar na infectologia eu achei muito pesado, a gente querer ajudar de forma, a gente não mede muito que vai fazer tenta de todas as formas convencer aquela pessoa que ainda tem chance que ainda pode e ele passar pra gente que não tem jeito porque a gente pode tentar o que for porque eles não vão fazer. Eu acho que hoje eu lido um pouco melhor pela opção que eles têm, são eles que impõem essa opção e não a gente, então eu lido um pouco melhor.
E(16): A gente vê realmente na prática, acabam se repetindo as coisas. É a nossa prática diária mesmo, por isso que a gente chega a algumas conclusões.
E(17): Tem 11anos que eu trabalho com HIV/AIDS no inicio era muito difícil você fazer o trabalho de adesão

sabendo dos efeitos colaterais, sabendo do número grande comprimidos, sabendo que a sobrevida era pequena e agora eu já tenho outro ponto de vista eu trabalho no meu dia-a-dia e eu vejo muitas pessoas boas sobreviverem, aquelas que venceram; através dos meus conhecimentos que eu recebo no dia-a-dia através de todos os procedimentos usados eu avalio que a sobrevida é grande. Eu vou continuar tentando que as pessoas sobrevivam a essa doença crônica que agora é infecção pelo HIV.
E(18): Acredito pela prática, pela minha vivência. É o que eu vejo cada história de paciente, cada consulta de enfermagem é uma história. Tem família que aceita muito bem, tem família que rejeita, o parceiro rejeita e o próprio parceiro transmitiu, são histórias assim que você fica é acreditando você, tem que ter a teoria, baseado na teoria, a gente tem que saber como se transmite você tem que conhecer o HIV, você tem que conhecer as doenças oportunistas, saber orientar os efeitos quanto colaterais de alguns medicamentos porque eles vêm com muitas queixas e tem queixas que não é do medicamento e eles vão atribuir as queixas aos medicamentos. A gente tem que conhecer que isso aí não tem nada a haver com o remédio, que isso aí é outra história uma outra coisa que a gente vai ter que pesquisar junto como o médico pra poder ver se muda ou não ou outro medicamento que vai entrar que não seja antiretroviral que não tem nada ver com o antiretroviral.

Nas unidades de significações apresentadas pelos depoentes na explicação sobre como os enfermeiros descrevem os aspectos físicos, emocionais e sociais dos clientes portadores do HIV/AIDS são direcionadas pela prática do dia-a-dia, pelas suas vivências no cuidar, pelas suas observações e até pelas suas experiências da prática com o risco do contágio do HIV/AIDS.

O tema que norteia essa *explicação* é: a dificuldade cotidiana de cuidar do cliente portador do HIV/AIDS, devido à complexidade que envolve esse cliente (o seu universo), principalmente a falta da família ou afins participando desse cuidado à saúde, cuidado de enfermagem.

QUADRO VII – O emprego do PROCESSO e suas ETAPAS de Enfermagem: Condutas Clínicas empíricas e científicas no cuidar

E(1): Na verdade a gente não pensa muito em processo de enfermagem a gente vai mesmo pela prática, eu vou mesmo pela prática do dia-a-dia, aquela coisa de é causa-efeito. A gente não pensa muito na teoria do processo de enfermagem não vem muito na mente isso não. **E(1):** Não utiliza o processo.
E(2): Só parte. **E(2):** No CTI, às vezes é difícil fazer anamnese tem um formulário de admissão do paciente no CTI, mas geralmente eles já chegam graves e não tem com perguntar, entrevistar. A gente faz alguma coisa, a gente sabe muita coisa dos familiares. É da seqüência mais avaliação do paciente, exame físico, prescrição de enfermagem, evolução.
E (3): Eu procuro seguir o processo, mas a gente não consegue seguir o processo todo porque cada caso é um caso e às vezes a gente tem que sair desse processo mesmo. A gente estabelece uma diretriz no seu cuidado, porém você muitas vezes foge porque são pacientes, cada um em um particular, então muitas vezes você foge desse plano. Eu procuro seguir o plano mais cada paciente estabelece o seu processo e a gente acaba fugindo dele. **E(3):** Todo o processo, 1º você tem que saber, ver o paciente como um todo, a visão holística dele, então é você tem que diagnosticar o que ele tem para intervir. Qual conduta você vai usar e avaliar o seu processo, o teu processo que você determinou ele ta sendo eficaz durante o seu dia de trabalho. Então você acaba fazendo todo mesmo.
E(4): Parte dele. **E(4):** Difícil fazer anamnese completa, é raro, intervenção eu faço, a gente faz intervenção prognóstico também, mas é muito difícil a gente usar o processo de enfermagem lá.
E(5): Segue o processo, faz anamnese, diagnóstica os problemas, a prescrição de cuidado não é uma coisa muito implementada no ambulatório o prognóstico do paciente por a gente ver ocasionalmente. O paciente é uma coisa complicada porque ele vai um dia e deixa de vir a 2 / 3 consultas e volta com um quadro muito ruim precisando de internação. **E(5):** Anamnese de enfermagem, identificar os diagnósticos e ver a onde a gente pode intervir. Prescrição de enfermagem é uma coisa que a gente não faz ali, porque não trata do paciente, com freqüência o cuidado não é diário. Evolução de enfermagem constantemente. Implementação dos cuidados nem tanto. No momento que o paciente está ali eu identifico um problema, eu vejo como eu posso atuar em cima daqueles problemas não é uma implementação diária dos cuidados. A evolução a gente faz e o prognóstico que é uma coisa que eu não diria solta mais que a gente não consegue fazer com tanto critério.
E(6): Eu sigo todo o processo e acho que eu acrescento mais alguma coisa. Eu faço a minha parte de enfermeiro e faço também em relação ao cuidar dele não só como um paciente da enfermagem. Olhar pra ele e ver se de repente alguma coisa eu possa fazer a mais para melhorar a situação dele dentro do hospital, eu tento fazer, pra ver se o dia-a-dia dele aqui dentro melhore – não fique tão ruim. **E(6):** É anamnese a gente faz durante, até porque a gente passa pelo paciente, pelo menos eu passo pelos pacientes, por todos em uma hora específica.
E(7): Eu acredito que eu acabo seguindo todo porque cada um se baseia em alguma coisa e eu me baseio na Wanda Horta que é a das necessidades básicas, começo a levantar os problemas e levantar o que foi atingido você consegue montar um plano de cuidados eu acho que eu acabo atingindo todas as etapas. As etapas de um plano é você fazer evolução, não, fazer exame físico, fazer evolução, pelo menos é o que eu aprendi na faculdade depois você traça tua conduta depois da conduta você monta sua prescrição que é o que os técnicos de enfermagem vão seguir. Acredito, consiga, de alguma maneira, contemplar baseado na Wanda Horta que é o que eu, mas gosto assim por conta das necessidades básicas eu acho que a gente consegue atingir tudo porque acaba chegando ao cuidar. Quando você vai pensar você acaba traçando tudo, você consegue traçar o diagnóstico de enfermagem dentro disso, então o plano fica completo. Eu não vou mentir pra você, você escreve lá o diagnóstico de enfermagem, eu realmente não escrevo pode ser até uma falha de não escrever. Acaba que eu consigo atingir de certa maneira, mas sem está relatando, não sei se isso é importante, eu acabo só fazendo uma evolução com o exame físico, a conduta e a prescrição. **E(7):** Identificação do paciente, você está observando, exame físico você levanta os problemas, que é o seu diagnóstico de enfermagem, e daí problemas (você traça o plano) sua conduta o que você via fazer e de seu plano você fez a sua prescrição de enfermagem e você pode fazer um prognóstico de enfermagem se você quiser estão eu faço tudo.
E(8): Infelizmente parte dele, até pela própria instituição não ter nenhum plano traçado em relação ao processo de enfermagem. Infelizmente não há a possibilidade de fazer todo o processo na íntegra dependendo de qual teoria que você vai utilizar. **E(8):** A grande maioria das vezes infelizmente é só avaliação imediata daquele momento ali e a intervenção. Pela própria instituição a gente tem que fazer o histórico do paciente que ta

internando, é infelizmente quando dá tempo, mas prescrição que eu vejo nós não, eu não realizo, eu vou falar por mim. Uma análise de algum problema imediato que está acontecendo e intervenção imediata também.
E(9): Isso já está fisiológico, a gente já tem isso, já tem isso dentro da gente, é o nosso instrumento de trabalho. Mesmo que você não tenha, nem consciência que esta seguindo aquele processo, mesmo que você pule alguma coisa fase você não deixa de fazer o essencial de todo esse processo que é você conhecer esse cliente, você estabelece um plano de cuidados, você colhe uma anamnese, fazer o seu exame físico, ouvir as suas necessidades, identifica as necessidades que esse doente precisa ser atendida, hierarquizar esse atendimento, as pessoas envolvidas nesse cuidado. Não adianta mais, o processo que a gente desenvolve não é mais só para o profissional de enfermagem a gente vai ativando a nossa rede de cooperação, a gente vai estabelecendo não só um plano direcionado ao profissional de enfermagem mais também como todo para esse doente. Acho que acabou essa história de um processo que é limitado, de duas linhas, começa aqui e termina. É um processo que envolve a equipe mutiprofissional e a gente vai interagindo com esse grupo. **E(9):** Anamnese, exame físico, ouvir as suas necessidades, identifica as necessidades que esse doente precisa ser atendida, hierarquizar esse atendimento, as pessoas envolvidas nesse cuidado.
E(10): Só, parte. **E(10):** Anamnese, eu sou bem sucinta. Eu não sigo o processo de enfermagem todo. É mais o histórico. O exame físico quando dá geralmente é bem superficial. Parte de diagnóstico de enfermagem sempre me deixa de “cabelo em pé”. O plano de intervenção aqui raramente só quando a gente percebe alguma coisa além do corriqueiro. Em outros lugares geralmente é trabalhado junto com a equipe médica numa coisa que a gente observa a gente logo comunica faz o plano já tem um atendimento mais completo.
E(11): Procuro seguir o processo de enfermagem todo, nem sempre dá. A gente que trabalha em terapia intensiva, essa vida corrida, mas eu costumo seguir o histórico de enfermagem, ler a história do paciente, fazer o plano de cuidado. Você às vezes até se perde nisso você não se dá conta que você está empregando o processo de enfermagem. Isso é feito de uma maneira tão, a gente nem percebe que a gente está fazendo esse processo de enfermagem agente faz de uma forma tão informal, tão rotineira, tão cotidiana que você não pensa assim agora eu estou fazendo o histórico de enfermagem, agora eu estou identificando problemas, agora eu estou traçando planos, agora eu estou analisando o que eu fiz. **E(11):** Todas.
E(12): Parte dele. **E(12):** Geralmente anamnese, o plano de cuidado acho que é algo que ainda está em construção não só no IPEC, mas de uma forma geral ainda não se tem essa coisa bem estruturada. Eu nunca trabalhei em uma instituição que você tivesse um plano, um planejamento em que faz realmente, aquilo que é sua atribuição de enfermeiro. O processo ele não é, ele não se cumpri no que é a proposta do processo é muito direcionado a causa e efeito. Eu acho assim que está muito mais ligado a identificação de problemas e tentar solucionar de alguma forma e não propriamente atingindo todas as etapas do processo, então você identifica você faz uma anamnese geralmente é muito direcionado ao problema aparente. Uma identificação superficial até porque é tudo muito objetivo, você não explora muito isso então o que você tem de aparente você já implementa uma intervenção direcionada aquilo. Acho que falta um pouco dessa exploração. Você identifica a causa do problema e você já vai para a resolução desse problema; você não vai para identificar, fazer um plano de estratégia, implementar alguma coisa.
E(13): Parte dele. **E(13):** A mais importante que eu realizo sempre é anamnese, planejamento, intervenção. Anamnese é primordial no processo de enfermagem.
E(14): A gente tem que seguir todo ele e mais um pouco. Eu acho que seguir todo ele e o que eu acabei de colocar, eu acho que a gente tem que se colocar no lugar daquela pessoa porque nem tudo é uma receita de bolo. **E(14):** Todas, principalmente o foco que é hoje a necessidade desse cliente, o que mais ele está necessitando nesse momento pra tentar suprir essa necessidade, pra tentar dar o maior conforto, maior pra ele se for uma paciente lúcido que tenha como se comunicar a gente chegar perto dele conversar com ele e perguntar qual é a sua necessidade.
E(15): Na verdade acho que está um pouco incorporado já na gente a gente não fica pensando naquilo, observar pra depois fazer um plano, pra depois aplicar, pra depois avaliar enfim já fica tudo muito incorporado é no automático. Eu não consigo separar porque acho que já está meio incorporado na gente. **E(15):** A gente usa todas, não de uma forma separadinha segundo roteiro porque na profissão da gente não dá pra seguir um roteiro.
E(16): A gente nunca segue todo, acho que a gente sempre pula alguma coisa, a gente, ou então a gente faz meio inconsciente, entendeu, a gente esquece de uma avaliação, pula alguma coisa porque os cuidados são mais eminentes. São pacientes graves que precisam você não tem tempo de fazer tudo, mas a gente procura

seguir pelo menos alguma coisa. **E(16):** Anamnese, por exemplo, nem sempre é possível à gente acaba resgatando muita coisa do prontuário do paciente é uma coisa que geralmente se perde porque o paciente já chega muito grave. Identificação dos problemas é inevitável a gente faz mesmo inconsciente entendeu, e no mais a gente consegue fazer tudo, mesmo que a gente não esteja ali vendo o que a gente está fazendo a gente acaba incorporando aquilo ali no nosso trabalho.
E(17): Parte dele, que eu recebi orientações na faculdade, mas foi adaptativo ao meu dia-a-dia. **E(17):** Anamnese, identificação de problemas, intervenção, estratégia e avaliação.
E(18): É praticamente todo. A única coisa que às vezes fica difícil de dar é prognóstico a gente tenta fazer, eu tento seguir todo o, histórico a gente pega bem, diagnóstico de enfermagem muitas vezes é complicado de eu fornecer eu dar mais a gente tenta fazer assim de acordo. Eu trabalho mais com Wanda Horta aquele método da minha formação mais é claro que têm outros mais atualizados mais é com esse que eu trabalho, tento trabalhar com ele na consulta. **E(18):** Praticamente todas. Alguns pacientes dão para a gente fazer tudo a anamnese é muitas vezes é colhida como história, como histórico, não anamnese física, o exame físico mesmo, porque se ele relata algum uma sintomatologia ele é encaminhado para o médico / o infecto aqui a minha sala também não esta vendo nós não temos uma maca. Na admissão da internação, eu fazia o histórico de enfermagem, no início anamnese principalmente com palpação pra ver algumas queixas esse paciente já vem internar por queixas a gente fazia um pouco mais todo o processo de enfermagem, mas que na consulta para todos os pacientes.

Optou-se em unir as unidades de significação referentes às perguntas 12 e 13 do instrumento do estudo (Apêndice I), pois os participantes da pesquisa apresentaram as mesmas representações nessas unidades de significação (respostas 12 e 13), que eram referentes ao emprego do processo de enfermagem e as suas etapas.

No emprego do *processo de enfermagem* a maioria dos entrevistados demonstrou a preocupação em desenvolvê-lo adequando-o ao cliente e a necessidade do serviço. Entretanto, a maioria desenvolve apenas parte das etapas do processo de enfermagem com a observação das necessidades do cliente.

Os temas que norteiam a utilização do *processo de enfermagem* ou as etapas dele (o processo de enfermagem) no cuidar dos enfermeiros são: a observação do cliente como um sujeito individualizado e único - que orienta a elaboração do processo de enfermagem na prática; a utilização dos conhecimentos teóricos de enfermagem adquiridos na formação (Teoria de Wanda Horta) para auxiliar na implementação do processo de enfermagem, a identificação do problema do cliente com a realização de uma intervenção com a

aplicabilidade (causa-ação) no cuidar, a adaptação do processo para o cliente, a preocupação da realização do processo de enfermagem na unidade de terapia intensiva (com os pacientes mais graves) e a idéia que o processo de enfermagem já está incorporação nas ações do profissional - no ato de cuidar no dia-a-dia embora mal delineado ao relatarem a sua utilização na pratica.

O processo de enfermagem é composto de partes e na prática os enfermeiros fragmentam essas etapas e assim, eles associam a utilização dessa fragmentação como à realização do processo de enfermagem.

QUADRO VIII - ESSENCIAL pra o CUIDAR: Condutas Clínicas empíricas e científicas no cuidar

E(1): Conhecer a história do paciente embora muitas vezes agente realmente não conheça. E também acho essencial a gente saber até como se cuidar diante disso, o HIV ainda gera certo preconceito um medo maior do contagio traz consigo muita doença oportunista que normalmente a gente não está habituada é essencial que a gente conheça isso tudo e também saiba como se cuidar pra ficar mais seguro diante do paciente, procedimento do cuidado do trabalhar em si com esse tipo de paciente.
E(2): Essencial que eu considero é em relação ao preconceito, não ter preconceito em relação à doença, em relação ao paciente que esta nessa situação e ter a sensibilidade de perceber o momento que ele, a situação que ele está passando; muitas vezes a gente ver o preconceito nos próprios profissionais em lidar com o paciente nos comentários, que não convém, o que mais me incomoda é isso, a falta de sensibilidade dos profissionais em relação ao que o paciente está passando e a busca do conhecimento mesmo sobre como cuidar, sobre a doença, sobre tudo, sobre HIV é essencial você saber, entender, compreender o que se passa.
E(3): Eu incluiria técnica, a gente não consegue mexer muito, técnica é técnica (puncionar uma veia, administrar uma medicação). Eu incluiria mais o cuidado psicológico, naquele momento a enfermagem se dedicando mais ao paciente como: mais atenção, como uma diferenciação porque esses pacientes são muitos emotivos, então eles precisam de muito carinho mesmo, eu mudaria a parte psicológica da coisa da enfermagem em relação a eles. OUVIR o paciente, você dar um pouco de si para esse paciente eu acho muito legal aqui.
E(4): Cuidado essencial com o paciente que eu tenho lá é a orientação.
E(5): Ter paciência, ser humano e tentar acho que o principal é você tentar se colocar no lugar do outro. Quando fui fazer a consulta de enfermagem e muitas vezes o paciente vinha como se fosse senta ali e a gente fosse, “falou assim já vim tomar o pito” com se a gente fosse brigar com ele ou reclamar, ou se ele tivesse que sentar ali e justificar porque ele deixou de vir a uma determinada consulta ou alguma coisa desse tipo. Aí eu observei, parei eu mudei a conduta: “olha não estou aqui pra te questionar nada, pra reclamar de nada, você é maior e sabe se você quer se tratar ou não eu estou aqui pra te ajudar”. Uma vez uma paciente entrou na sala e falou “olha acho muito legal isso que você estão fazendo é uma forma de mostrar carinho, de mostrar pra gente que vocês se preocupam com a gente porque às vezes agente precisa disso”. “Às vezes a gente está tão desanimada, tão desestimulado, que a gente precisa que alguém ligue ou alguém mande uma carta, e fale, vem que nós estamos esperando você aqui”. É legal vê que apesar de que no início as pessoas terem visto de uma forma como se a gente fosse controlar a vida deles, acaba que aos poucos pela postura que a gente vai tomando frente os pacientes a maneira que vai expondo as coisas eles vêem que não, é uma forma de preocupação de trazer de volta ao tratamento, de trazer de volta a qualidade de vida deles, de ter um pouco mais de atenção e de se importar com o que acontece.
E(6): Eu não sei se o número de funcionário é o suficiente, porque as coisas ficam tão corridas, que acabam não tendo tempo para o paciente, você passa pelo paciente, mais você acaba não conhecendo o paciente, não conhece quais as necessidades dele porque quando você tem um número maior de pacientes é inviável que você de uma atenção maior pro paciente. Você consegue fazer a sua parte, mas se você a faz como você acharia que deveria ser feito aí são outros quinhentos. Eu falo porque dependendo em só em relação à enfermagem, é porque deveria ter além do grupo da enfermagem, além do pessoal da assistente social tentar olhar mais, tentar aproximar ele mais da família, uma situação de contato com a família, se a família não tem dinheiro, arrumar um jeito de a família vir visitar. Porque ele já tem um preconceito com ele mesmo, ele já sabe que a sociedade tem um preconceito com ele e se a família vem a ele. Facilitar que a família venha ou comunicar as pessoas mais próximas a ele, que venham visitar o paciente ficar mais tempo com ele, conversar, ajudaria muito. Eu acho que quando as outras profissões se encaixam junto com a enfermagem eu acho que melhorar bastante.
E(7): Vou responder igualando essencial com o mais importante pra mim quando eu vou cuidar do paciente. Pra mim o que eu vejo de mais importante é conhecer a historia do paciente, eu vejo isso como importante, não só porque eu falei faço exame físico no início que eu falei, é principalmente quando chega o paciente no CTI e ele está acordado isso é meu, eu gosto muito de conversar com o paciente, até chegar também a traçar um plano e montar a sua prescrição no final de tudo. Você conversar com o paciente, que a gente sabe, a gente levanta tudo isso. Ver como é a história dele, social, se ele está abalado emocionalmente, o que ele ta precisando e muitas vezes a gente acaba até se envolvendo, eu até me envolvo, falando de mim, eu até me envolvo um pouco, eu acho que eu vejo de mais importante pra esse cuidar é realmente conhecer o paciente, é

até ruim quando eu chego ao plantão e o paciente já está intubado que eu tenho que buscar algumas coisas pelo prontuário ou pela família, mas eu busco sempre. Se ele não ta falando eu vou à família, eu encosto na mãe, no primo, marido, tento buscar, eu vejo isso importante.
E(8): Atualização dos profissionais relativos à patologia e alguns artigos e trabalhos tentando, não diferenciar, mas utilizar alguns produtos vinculados a essa patologia. Infelizmente eu vejo paciente com dor, pacientes com úlceras, diversos outros tipos de lesão podem ter um tratamento diferenciado devido à patologia de base e outras patologia associadas.
E(9): É conhecimento, a gente tem que está atualizado. Ter conhecimento de fármaco para saber que aquelas drogas como atuam e quais as manifestações - os efeitos colaterais. Para que a gente converse com eles explique para que eles soubessem que ele pode ter reação tão e também para ele ser um coadjuvante nessa assistência. Quanto mais a gente passar a informação para aquela pessoa mais ela vai está colaborando para o nosso trabalho como também para a recuperação dela. Eu acho que a gente tem que ter conhecimento técnico, a gente tem que ter o olhar diferenciado para entender não só a manifestação de voz para aqueles que também não tem uma manifestação na fala, mas a gente ouvir e vê outros sinais que esse cliente emite pra gente, às vezes nem ele mesmo está percebendo, está entendendo o que está acontecendo com ele, às vezes no olhar a gente percebe um estagno, consegue perceber uma outra manifestação que a gente vai associando com o conhecimento técnico que a gente tem não só da doença, mas de tudo que interage com esse doente. Até os exames que eles fazem até o doente como um todo.
E(10): O paciente com AIDS é um paciente que acaba sendo um paciente muito, não é um paciente pra você cuidar por parte. A parte física o tratamento já é um pouco mais fechada hoje em dia. É um paciente que tem uma instabilidade social e emocional imensa. Tem que ter ouvidos grandes para escutar e uma boca pequena pra falar.
E(11): Profissional preparado, gabaritado não só nível mesmo científico como a nível emocional também, porque agente conversa com outros profissionais e às vezes você vê até o profissional se colocando no lugar daquele paciente, é um profissional que é homossexual, você ver ele se colocando no lugar daquela pessoa então assim tem que ser um profissional preparado não só cientificamente como também emocionalmente. Eu não vejo esse trabalho aqui com a gente. Até que ponto isso é bom para a nossa cabeça? Quando acontece um acidente com perfurocortante você fica louco, você não sabe, vou ter que tomar esse remédio que dá um monte de sintomas. Isso aconteceu comigo, você pira e assim falta um pouco isso com a gente também é ser humano; falta um pouco essa orientação pra gente, essa coisa pra gente.
E(12): Inicialmente um olhar despido de qualquer preconceito, tem que ser um olhar imparcial. Isso já libera muita coisa já facilita a sua abordagem. Depois seria na ração do seu problema, motivo pelo qual tivesse internado que seja um problema hematológico, um problema de um quadro infeccioso, tentar ver assim que de repente pode esta piorando isso e qual a intervenção – eu posso fazer pra que isso melhore tentar trabalhar um pouco com essa adesão com esse paciente ao tratamento, à sua condição, a tudo; para que você tenha um objetivo que é a recuperação o restabelecimento dessa pessoa. É o que eu penso.
E(13): Aspecto emocional principalmente daqueles que faz medicação de segunda a sexta e passar mais de 3 horas no setor.
E(14): Primeiramente ser sincero, claro, bem transparente com ele, sobre tratamento. Acho que ele é a pessoa mais interessada em saber do sobre o seu tratamento. Sobre a sua evolução acho que isso falta um pouco de a gente ser mais transparente, não só na parte da enfermagem, mas com a equipe multidisciplinar.
E(15): Acho que *OUVIR.* Ouvir o que eles têm pra propor pra gente também acho que é muito uma troca a gente sempre fala no ambulatório que o tratamento do paciente a gente só participa em 1%; 99% são eles que ditam, a gente está aqui pra ajudar, a gente tem que ouvir muito pra saber como é que a gente pode ajudar ele. Eu acho ouvir não só como eles, mas de uma forma geral ouvir o paciente é a melhor coisa pra gente não sobre muito não ter muito trabalho e que eles talvez não precisem daquilo tudo, então a gente tem que aprender ouvir pra poder adaptar nosso cuidado ao que eles se propõem também.
E(16): Quando eu entrei aqui, quando eu comecei a trabalhar aqui eu achava que o paciente de CTI é paciente de CTI independente de ter AIDS ou não. Todo paciente de CTI é igual é grave do mesmo jeito necessita de basicamente as mesmas coisas, mas com o tempo você começa ver que os pacientes HIV/AIDS também têm as suas peculiaridades, então assim é importante a gente ter o mínimo de conhecimento da doença, porque tem umas restrições tem umas coisas que são peculiares da doença, tem que ter o mínimo de conhecimento da doença e assim uma coisa preconceito, julgar algumas coisas que não cabe a nós. Então tratar ele como um

paciente que precisa de seus cuidados e tudo e tendo conhecimento da doença.
E(17): Dedicação. Se despir de todos os seus conceitos, primeiro tem que ser dessa maneira, porque a nossa clientela é de opções sexuais variada, pessoas de comportamento de dependência de química, de variedades de comportamentos, então você tem que se despir. Segundo estar atualizado, ler, participar de congresso, fazer curso, você não pode parar porque a dinâmica é muito rápida; há 10 anos atrás eu recebi uma informação que hoje não é. A gente nem pode pensar que realmente era, porque o investimento é muito grande, para trabalhar como portador você também tem que também não é só o cuidar de prescrever, o cuidar de manusear, é o cuidar de passar informações. E a partir do momento que ele recebe informações ele começa a se fortalecer aí ele começa a dar importância ao seu tratamento, então eu pratico muitas atividades educativas, então o profissional ele tem que está muito atualizado descompromissado com seus preconceitos e amar o que você faz. É cansativo é muito cansativo que você lidar com outras doenças é cansativos, mas o HIV é pior porque está vendo a dor física e a dor mental. A dor comportamental, são pessoas que elas se sentem muito só, entendeu, a auto-estima muito pra baixo, você tem que tem motivações pra pode ficar perto dessas pessoas e nunca se entregar.
E(18): Eu acredito que assim todo o paciente independente de ele ser HIV/AIDS ou não, é que nós temos que estabelecer critérios como qualquer outro paciente, conhecer primeiramente esse paciente, a ele não é não veio com uma apendicite, ele não é um paciente que tenha outras doenças oportunistas, um sarcoma que tem que fazer uma ferida, não eu tenho que conhecer esse paciente como pessoa, quem é esse paciente, como ele adquirir, porque a gente fica muito quando a gente está assistência às vezes voltada só pra o cuidar do físico, cuidar tem uma ferida tem que fazer o curativo, avaliar essa ferida, a o paciente está com algum sinal e sintoma específico e eu vou lá e atuo sobre aqueles sinais e sintomas específico, não a gente tem que conhecer o homem, o paciente HIV tem essa particularidade, conhecer como ele chegou a ser esse tipo de paciente, que isso ajuda, ajuda na gente é, principalmente no conversar porque esse paciente é um dos poucos pacientes que não podem se abrir para todos e quando ele está em uma instituição que é referência e tem profissionais que ele pode confiar, então ele se abre ele expõe outras coisas que podem ficar muitas vezes guardadas que podem é aumentar a parte que a gente fala que é de somatização, o processo de somatização. Ele acaba guardando muita coisa que às vezes ele não consegue revelar, ele não pode, ele não quer por atribuir preconceito. Então esse seria um fator fundamental conhecer esse paciente como pessoa, claro vamos atuar na doença, vamos atuar na sua sintomatologia claro essencial. Mas também conhecer, ver quem é esse paciente trabalha com esse paciente não só o paciente doente, mas o paciente - pessoa.

No *essencial* para cuidar do cliente HIV/AIDS, as unidades de significações delineiam um cuidado que prioriza o ver, o ouvir, o conhecer, dedicação e conversar para apreender todo o contexto que desse cliente e adaptar, traçar, montar as ações do cuidar priorizado o cliente, contradizendo-se com as ações voltadas para a preocupação com a doença. Ainda, nós identificamos algumas estratégias de ação direcionadas por alguns depoentes para um cuidar atento à subjetividade do cliente.

QUADRO IX – Utilização do MANUAL: Condutas Clínicas empíricas e científicas no cuidar

E(1): Bem da verdade eu não tenho conhecimento teórico específico desse manual então bem da verdade eu não sei como eu utilizo isso. De repente até de forma indireta sem saber faço alguma coisa, mas inconscientemente.
E(2): Eu não utilizo porque eu não o conheço.
E(3): Eu desconheço esse manual então eu determino, estabeleço os meus critérios.
E(4): Eu não conheço esse manual.
E(5): Pra ser muito sincera eu desconheço a existência desse manual.
E(6): Desculpe mais eu nem li esse manual do MS, então eu posso ler e depois ter responder isso.
E(7): Falar a verdade? Eu não utilizo o manual.
E(8): Não tenho conhecimento deste manual, seria interessante tê-lo na enfermaria ou repassa-los pelos enfermeiros. Mas eu não utilizo porque eu não o conheço.
E(9): Desconheço.
E(10): Não conheço.
E(11): Não tenho conhecimento desse manual eu já li o manual de DST, é quando fiz o concurso (admissão pra cá) foi para trabalhar em terapia intensiva, tudo que me pediram a nível científico foi para terapia intensiva (nada, experiência nenhuma com paciente com DST, nada dessa parte de infecto, o que me foi pedido foi tudo sobre terapia intensiva – que é a minha formação).
E(12): Eu não sigo o manual, a gente tem muitas limitações, essas coisas não são bem implementadas, você tem o manual, você tem uma rotina, mas acho que você sempre segue o atendimento padrão. Você não segue uma norma para um tratamento específico, eu não vejo diferença de um plantão no IPEC a um plantão em uma outra unidade que não seja direcionada para doenças infecciosas. Acho que a coisa não está muito bem estruturada, eu acho que o que acontece aqui na realidade, acho que você realiza, utiliza as precauções, seja precauções ela aérea, as precauções padrões muito mais que em qualquer outro lugar, mas a assistência global à pessoa ela é a mesma.
E(13): Eu não utilizo, eu não o conheço.
E(14): Em relação o manual, vou ser bem sincero eu conheço pouco praticamente nada, eu dei uma lida bem rápida nada muito profunda, assim não posso dizer nada das atribuições do enfermeiro em relação a ele.
E(15): Sinceramente eu nunca li.
E(16): Não conheço.
E(17): Eu desconheço.
E(18): É eu te confesso que eu desconheço esse manual. Sei através de livros, de referências quais são as atribuições do enfermeiro e principalmente pelo código de ética estabelecido pelo COFEN, mas do ministério da saúde eu desconheço.

Nas unidades de significação produzidas pelos participantes acerca da utilização do Manual do Ministério da Saúde sobre as atribuições do enfermeiro no controle da AIDS, nos deparamos com as afirmações de que desconhecem o referido manual e que não utilizam o instrumento. Por isso não realizamos as perguntas relacionadas com o Manual, conforme se verifica nas perguntas de números 17 ao número 22 (Apêndice-I).

QUADRO X – Os FUNDAMENTOS do CUIDAR: Condutas Clínicas empíricas e científicas no cuidar

E(1): Eu acho que um pouco das 3 coisas porque a teoria a gente sempre tem, pode até não ser tão atualizada nossa parte científica até porque se desenvolve muita coisa muito rápida então talvez a gente não esteja muito atualizada. E empírico também, acho que não se tratando diretamente do paciente com HIV, é mais a experiência conta muito de uma forma geral.
E(2): Conhecimentos científicos do cuidar que a gente aprende e o dia-a-dia também; as coisas que a gente vai aprendendo no dia-a-dia.
E(3): Fundamentos teóricos de cuidar, a gente tem que ter conhecimentos teóricos, saber sobre as medicações, o que pode ser dado, à hora, para você poder até ter uma diretriz do que está fazendo e acaba também aquele conhecimento empírico adquirido no exercício da profissão e parte com o conhecimento teórico.
E(4): Eu uso também, conhecimentos empíricos, mas é conhecimento teórico que, no caso da faculdade mesmo que eu aprendi na faculdade, com o PSF, DST então eu uso o que eu sei e o que eu trago da faculdade.
E(5): Eu uso o que eu sei; o que eu aprendi na teoria, junto, associado a minha prática profissional. Porque às vezes a gente aprende muita coisa em um livro que na prática aquilo não funciona.
E(6): Conhecimentos empíricos e conhecimentos teóricos.
E(7): Na verdade um pouco dos dois primeiros que é a parte científica e teórica, mas assim buscando mesmo em livros é acesso a site de internet pesquisando. E muito da prática aquela sua última pergunta foi em relação a minha prática, muita da experiência que eu tenho que eu trouxe de fora. Eu já trabalhei em DIP em outro hospital, então na sua prática também você cresce muito, Aprende muito, troca experiências com outras pessoas da sua área ou de outras profissões e você acaba se interando cada dia mais e é assim. Quanto mais tempo você fica dentro de um setor, cada dia mais você aprende, você fica mais por dentro daquele saber.
E(8): Um pouco de cada, mas principalmente conhecimento empírico adquiridos no exercício da profissão é o que eu, mas utilizo. É claro um pouquinho de cada.
E(9): Eu procuro segui os conhecimentos científicos, alheados aí ao meu dia-a-dia. A manifestação, todo aquele conhecimento cientifico sofre mudanças, mudanças diferentes para cada ser porque nenhum ser é igual ao outro. Então assim existem alguns consensos e existe algo que é claro a terapia, quimioterapia tal traz isso. Mas existe a manifestação individual que não está no manual, a gente vai vendo no nosso dia-a-dia, eu procuro aliar não só a minha percepção como a parte teórico-científica, como a de outros profissionais que também atuam na assistência a esse cliente.
E(10): Fundamentos empíricos adquiridos.
E(11): Teóricos do cuidar, até porque como eu trabalho em terapia intensiva eu não vejo o paciente só como um paciente portador do vírus não, eu cuido do paciente como fosse um paciente grave, déficits e vários sintomas, déficit no sistema respiratório, urinário, digestório, déficit não só na patologia dele, mas como todo. Eu não vejo o paciente não só como portador do vírus claro que isso vai influenciar a gente está traçando algumas condutas, mas não vejo não só como isso, eu o trato como paciente grave, um paciente que está comprometido, um paciente que está precisando de uma prótese ventilatória, todo o contexto não só com a patologia dele, isso é através do meu conhecimento teórico.
E(12): Eu utilizo dos conhecimentos científicos, utilizo muito de artigo e revistas tanto cientifica de enfermagem como de infectologia. A nossa literatura padrão que é o tratado de enfermagem. Eu acho que o que você tem que utilizar, de certa forma o que diferencia muitas vezes é a precaução que você tem em relação a essa pessoa que de repente você não tenha tanta precaução comum que você não as que o status sorológico e que é de repente é uma pessoa positiva. Eu acho que a assistência, o fundamento de enfermagem ele é universal esse se aplica pro portador de HIV e para a pessoa que não é portadora do HIV. Então não é um conhecimento empírico, de uma prática que a eu vi que é assim, que se faz eu vou fazer pra esse não eu estabeleço um plano de cuidado é uma pessoa que tem uma doença infecciosa, mas acho assim se é uma precaução aérea que eu vou ter que utilizar associado à precaução padrão vou utilizar. Mas é claro tem que está atualizado aos tratamentos porque você vai ter um esquema diferenciado vamos supor um esquema de tratamento de antibiótico, um esquema de antiretroviral. Se você vai trabalhar com essa população eu acho que fica implícito que você precisa conhecer um pouco disso. Você tem que ter um cuidado pra administrar no horário certo, você tem que saber de um esquema antiretroviral o mínimo, o que esse esquema pode causar no seu paciente que a diferença está baseada de repente nisso, mas eu acho que a assistência é sempre universa, global, individual e não caracterizando para o paciente HIV.

E(14): Tanto empírico no exercício da profissão como também um pouco da parte da graduação. A gente sempre passa uma coisa bem superficial então isso que eu falo assim que eu o conheço ele pouco praticamente nada sobre ele.
E(15): Acho que os fundamentos científicos de cuidar que a gente sempre tem isso com a gente e muito mais o empírico que a gente aprende durante todo o tempo da profissão mesmo. Quem a gente chegar e tem que dar um jeito de tratar aquele doente de se adaptar aquela situação nova e a gente vai cada vez, mas aprendendo melhor a trabalhar com isso.
E(16): Tem toda uma base científica relacionada à doença e a condição do paciente, utilizo as bases científicas voltadas não só para a doença como para as condições do paciente que é um paciente no meu caso que eu trata de pacientes graves, então assim no meu ver são duas coisas são dois problemas o paciente com AIDS e o paciente que necessita de terapia intensiva. Então são bases científicas, claro que a gente adquiriu muita coisa da nossa prática, coisas que a gente muda um pouco pra se moldar a nossa prática, mas a base é toda científica com certeza.
E(17): Entendo um conjunto acho que tudo tem que ser moldado tem que ser a sua avaliação como um todo. Usaria todos.
E(18): Acho que conhecimentos empíricos a gente sempre trabalha é isso, estou formada uns 5 anos mais ou menos e a gente ver como o colega mesmo tem uma experiência boa em todas as áreas e ele acaba trabalhando olha, pela prática ele viu que tal procedimento é melhor ou mais ágil, em um determinado momento, mas eu acredito que assim, como eu falei anteriormente eu desconheço esse manual, eu nunca trabalhei com ele, mas eu trabalho com fundamentos mesmo assim, como eu falei Wanda Horta, alguns outros na minha área porque têm vários são livros, teóricos de outras áreas, que eu trabalho na parte de infecto que não tem muito o enfermeiro específico em infectologia não há muita literatura, mas a gente acaba atribuindo com outros cuidados de clínica que cabe com o paciente de infectologia também, acredito que seria, mas a parte cientifica também mais não deixo de lado os empíricos.

No discurso dos enfermeiros identificamos a utilização de fundamentos científicos e teóricos na prática do fazer em enfermagem interligada aos conhecimentos empíricos aprendidos no dia-a-dia do cuidar dos clientes portadores do HIV/AIDS. Os depoentes descrevem que buscam adequar os conhecimentos da experiência profissional com os conhecimentos científicos para fundamentar o cuidar de saúde – uma associação da prática com a cientificidade.

Nas unidades de significação produzidas pelos participantes, evidenciou-se a utilização, pela maioria dos profissionais, dos fundamentos teóricos do cuidar associado aos conhecimentos empíricos adquiridos no exercício da profissão.

QUADRO XI – a Reflexão - Os FUNDAMENTOS que utiliza no CUIDAR: Condutas Clínicas empíricas e científicas no cuidar

E(1): Eu faço, tento fazer uma análise individual, mas sempre baseada no que o paciente está apresentando, é procurar buscar aquela parte mesma teórica da deficiência imunológica. Ver as causas, é de repente perceber que o paciente tem um enjôo ou uma alteração do nível de consciência e tentar estabelecer uma relação desses sinais com de repente à medicação que ele está tomando, é buscar informações maiores quando acontece alguma dúvida com relação à medicação a clínica, o porquê agente faz assim como a gente faz mesmo. Eu procuro fazer assim pesquisar ou na internet ou quando é mais rápida tem que ser mais rápida, é procurar trocar com os colegas tanto enfermeiros, técnicos, médicos, fisioterapeutas, quem for necessário, a área que tiver diretamente envolvida com o problema que eu preciso resolver que eu preciso cuidar. É a busca, e acaba sendo uma busca individual de cada pessoa, é relacionada com o que precisa, com a demanda na verdade do cuidado do dia-a-dia.
E(2): Aqui no IPEC no CTI, pelo menos no CTI não tem nada estabelecido especificamente para o paciente HIV/AIDS. A rotina é igual para todos os pacientes que internam no CTI não tem nenhuma diferenciação para o paciente HIV/AIDS. O paciente chega à gente avalia, faz exame físico evolui, faz prescrição de enfermagem e não tem nada específico para o paciente HIV/AIDS. A gente tenta associar a teoria com a prática, a gente lê, estuda, tenta aplicar aquilo na prática algumas coisas dão para aplicar na prática outras não e você adapta conforme a realidade do setor, conforme a realidade da clientela e é mais isso. Você tenta associar a teoria e a prática.
E(3): De acordo com a situação que está acontecendo naquele momento. Eu procuro relembrar as coisas que aprendi e durante a minha jornada também que eu adquirir esses conhecimentos que vem do dia-a-dia mesmo. E estudar, pegar livros e viver estudando. A situação acontece sim a gente tem que está sempre perguntando é até porque, a quem tem mais experiência, pra gente está juntando os conhecimentos e está sempre inovando. Como a gente estava conversando, receita não tem do bolo, a gente com a situação que acontece, chega um paciente com uma tuberculose com vírus, com Doença de Chagas e vírus então, com é isso no organismo, então a gente tem que buscar aí, buscar no conhecimento científico.
E(4): O empiricamente pela prática do dia-a-dia. Aplico o teórico, aplico o que eu já li o que eu leio a respeito da doença.
E(5): Um paciente, quando está prescrito para o paciente uma determinada medicação antiretroviral para ele tomar 2x/dia de 12/12 horas e aí o paciente tem a rotina de vida dele, então ele chega pra mim e fala “eu posso fazer dessa forma, eu posso tomar assim”. Eu acho que a gente tem que ser o mais sincero possível como o paciente. Aí, na hora que eu vou percebe que o paciente está sendo franco com você, ele chega pra você e fala “olha se eu fizer assim, se eu tomar todos os medicamentos de uma vez eu não vou tomar porque eu vou esquecer”. Então você parte do princípio que você tem que estabelecer, é de re-estabelecer, você teria que reformular aquilo pra que uma prescrição ou pro um cuidado se adequar àquele paciente, então é melhor que ele tome ou deixe de tomar ou diga pra você que está tomando e não está tomando. Então a gente consegue manter uma relação, por exemplo, eu sempre falo isso para os pacientes: olha você vai fazer dessa forma, faça, mas fale sempre pra gente a forma que você está fazendo pra que a gente consiga intervir se houver algum determinado problema, então a gente vai adequar à vida do paciente, o estilo de vida dele, o horário de trabalho para que ele consiga seguir o tratamento e não adianta está escrito no livro que tem que ser daquela forma se a vida do paciente, se o cotidiano do paciente não permite que seja.
E(6): Conhecimentos teóricos do cuidar: eu faço isso baseado exatamente nos fundamentos, no que acho certo em relação ao cuidar. Porque devido ao que eu vivo, ao que eu leio, juntando isso eu tento dar o melhor para o paciente. Se é o melhor, eu não sei, nunca tive reclamação em relação a isso, mas eu tento fazer o melhor para o paciente. Eu acho que no momento que você está ali do trabalho a prioridade é ele.
E(7): Como através de livro, volta e meia acessando site até para buscar, porque sempre tem uma coisa nova, uma medicação nova, sobre a doença e também como através de troca de experiência como os colegas de trabalho de outras áreas de minha área. Porque eu acho que, na prática, cada dia que passa como eu já disse na outra questão, você, cada dia que passa você aprende mais um pouco daquilo porque você esta cuidando, daquela doença. Se eu não souber nada de parte teórica, do que é a doença, do que é a medicação se eu não souber nada disso também fica um pouco difícil par eu cuidar desse paciente também não, adianta levantar só o que está afetado, uma úlcera de pressão, mas não sei se está dando para entender. Como foi aquela úlcera um paciente HIV? Eu tenho que também saber a parte teórica de poder ligar as coisas. É de repente porque até

com diarréia foi alguma medicação não foi, porque alterou a cor da pele tem haver com a medicação que ele tomou. Então assim isso tudo a gente tem que buscar tem que saber. Eu também busco também através de cursos, já fiz cursos de atualização, não foi só um aqui. Mesmo no IPEC, já fiz curso de atualização de DST/AIDS, então através disso.
E(8): A enfermagem é uma profissão muito prática e conta muito com a experiência do profissional então desde a minha formação até todo esse meu período profissional; a cada dia você acrescenta mais um conhecimento, um saber, uma prática e com isso vai te delineando vai te dando um norte, um horizonte pra você cuidar. E a cada dia você aprende mais um pouquinho e você vai utilizando isso na sua prática. O seu conhecimento que você tem teórico, o conhecimento que você tem na tua vida profissional, sua vida pessoal e você utiliza no cuidado a cada dia do paciente.
E(9): Porque eu não vivo isolada do todo, eu faço parte de uma equipe, essa troca e eu não sou a contemplada com o saber total nem fechado. No meu dia-a-dia tem sempre pessoas que estão atualizadas e pessoas que estão menos atualizadas; eu procuro ir a traz das que estão mais atualizadas. Então junto com o infectologista, junto com as informações mais recentes, aí eu vou direcionando atenta na hora do round, na hora que se passa à visita eu vou também à visita médica em vou também à visita de enfermagem pra que esse saber aumente e pra que isso tenha um resultado bom para aquele cliente, para mim também que eu vou me sentir melhor mais feliz que eu estou podendo está prestado uma assistência melhor para aquele doente.
E(10): Eu faço assim, tudo tem uma base, fundamento, parte prática, parte teórica, tudo que aprende na faculdade, nos cursos que a gente faz; mas tem certas coisas assim, que não é aquele plano fechado de cuidado. O paciente apresentou espiro fazer isso, isso e isso. Acho que tem certo nuances que a gente com o tempo de observação, o tipo de prática a gente vai percebendo e vai colocando no nosso cuidado. Acho que cuidar na enfermagem além de toda uma carga teórica tem um aspecto pessoal; também à maneira como você cuida influi, sai da sua personalidade. É assim que sai você junta tudo o se fundamento teórico. O paciente HIV é um paciente clínico na maioria das vezes, então você usa todo conhecimento e fora experiência pessoal que você tem.
E(11): Eu diagnostico um problema e a partir desse problema eu vou atuar no meu conhecimento. Por exemplo: integridade cutânea prejudicada, um diagnóstico de enfermagem, eu observo que o paciente está com a pele seca é um paciente que está desidratado então isso daí eu busquei do meu conhecimento; diagnóstico e busquei na minha teoria a partir disso eu vou traçar o plano dele mudança de decúbito, ingesta hídrica, utilização de protetor de calcâneo e assim sucessivamente.
E(12): Eu diagnostico um problema e a partir desse problema eu vou atuar no meu conhecimento. Por exemplo: integridade cutânea prejudicada, um diagnóstico de enfermagem, eu observo que o paciente está com a pele seca é um paciente que está desidratado então isso daí eu busquei do meu conhecimento; diagnóstico e busquei na minha teoria a partir disso eu vou traçar o plano dele mudança de decúbito, ingesta hídrica, utilização de protetor de calcâneo e assim sucessivamente.
E(14): Eu faço da minha forma porque você tem que agir com as pessoas como você gostaria que agisse com você. Eu acho que assim, muitas pessoas têm muita dificuldade de se colocar no lugar do outro. Todas as coisas que eu faço na minha vida eu sempre procuro fazer assim, me colocar no lugar do outro. O paciente com HIV é uma situação muito difícil a gente tem que se colocar no lugar dele.
E(15): Na verdade eu não tive muito treinamento pra nada, quando eu comecei no ambulatório eu entrei, participei de uma única consulta com a enfermagem que é a que trabalha comigo e aí a gente vai tendo que fazer as outras porque a demanda é muito grande, então foi tudo muito, tem que fazer isso, tem que dar o diagnóstico, tem que iniciar o acompanhamento, tem que convencer ao tratamento e aí a gente vai utilizando o que a gente tem tanto de ensinar o que é ate sei lá tanto, falar em forma mais técnicas pra tentar convencer a ser tratar. Acho que tudo é uma adaptação até que ponto você pode expor isso para o paciente. É mais vivência mesmo não tem muita diferença não.
E(16): Primeiro que é o certo que a gente vê na prática que é feito, mas o que eu considero como base científica tudo é a forma como você faz os cuidados, a forma como você vê aquele paciente, a forma como você faz o cuidado você faz um curativo pra exemplo é da forma que tem que fazer você está usado o ali seu conhecimento cientificado. Você sabe que daquele jeito que você está fazendo é jeito certou de se fazer com aquilo ali você vai atingir o seu objetivo. Então isso é um exemplo da sua prática.
E(17): Porque eu avaliei que são conteúdos da minha vida profissional foi como eu recebi, durante a minha graduação, especialização que faz com que eu faça parte das minhas atividades que são muito direcionadas

pra parte educativa então esses conhecimentos já estão incluídos na minha dinâmica do dia-a-dia de atender de fazer a consulta do paciente nos somos muitos, direcionados a prevenção e do cuidar. É isso faz que sejamos diferenciados das outras profissões que nós temos esse olhar em prevenir e de cuidar e com o nosso dia-a-dia e com nosso conhecimento isso vai sendo aprimorado isso facilita muito a vida do paciente inclusive com o nosso linguajar direcionado de como o paciente está compreendendo a situação muitas vezes eles se têm mais encorajados de falar divulgar problemas que façam com que ele não consiga ter uma adesão adequada, isso devido à troca daquele momento do linguajar mais flexível mais simples. É um método de nós atingimos a clientela.
E(18): Antes de tudo é claro que a gente acaba falhando em alguns momentos porque somos seres humanos, a primeira coisa que eu penso quando for trabalhar com do cuidado com o paciente é à parte da ética, eu acho que eu começo por aí, mesmo sendo empírico ou cientifico, a ética tem que iniciar antes de qualquer outro procedimento meu, assim eu como enfermeira, mais é acaba que assim que depois da ética sabendo que eu posso ou não utilizar aquilo, como eu vou utilizar porque nem tudo que é empírico só porque o colega ou outra pessoa faz deu certo que comigo vai dar certo também, você tem que trabalhar e saber como você vai começar aquilo que você realmente pros seus pacientes na sua conduta aquela coisa empírica vai dar certo. O científico foi comprovado, está foi comprovado mais será que aplica aos meus pacientes, os meus quando eu digo os pacientes da instituição são atendidos na instituição, então será que pra eles aplica essa tal conduta cientifica, foi cientifico foi, comprovado, foi pesquisada, mas às vezes pro os pacientes que eu atendo, não são aplicáveis, naquele momento ou com aqueles a paciente. Então eu tenho assim, tem que ter esse equilíbrio de você saber empregar essas situações ou não. É claro que isso você adquiriu com a prática, sim, com o tempo, sim, então eu acho que com isso a gente vai; que eu estabeleço como eu vou atribui esses meus fundamentos científicos e outros fundamentos empíricos que eu trabalho na minha conduta diária profissional.

A reflexão do *como faz e por que faz* a emprego dos fundamentos e conhecimentos na prática do cuidar demonstra a utilização do aprendizado acadêmico, das literaturas de enfermagem, da tecnologia da informática e da busca pessoal de atualização. Os enfermeiros buscam o saber para fundamentar o fazer de enfermagem. Um cuidar realizado pela observação dos sinais e sintomas com foco na doença. A cientificidade associada á prática, aos conhecimentos empíricos, à vivência, e ao dia-a-dia do cuidar em saúde.

No tratamento dos resultados obtidos e interpretados, verificamos que durante as entrevistas algumas unidades de significações foram sendo apresentadas repetitivamente pelos participantes da pesquisa, independentes da pergunta realizada, que também requerem serem referenciadas pelo estudo, pois conjeturamos que o sentido das repetições seja o início da construção de conhecimento para cuidar do cliente portador do HIV/AIDS (partindo ainda de um modelo biomédico cartesiano, mas com um querer claramente

identificado de mudança para o modelo sistêmico) e a tentativa de caracterizar esse contexto complexo de atenção à saúde em que esses profissionais estão inseridos.

A partir dessas repetições de alguns eventos, independente da resposta referida aos depoentes, elaborou-se com as unidades de significações comuns, a representação dos dados produzidos pelos sujeitos do estudo, o Quadro XII, a seguir:

Unidades de significações	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q11	Total
1) Dificuldades cotidianas no contexto de cuidar	E(8) E(12)	E(8)	E(10)	E(12) E(16)	E(1) E(2) E(3) E(4) E(5) E(6) E(7) E(8) E(9) E(11) E(12) E(13) E(16) E(17) E(18)	E(1) E(2) E(3) E(4) E(5) E(7) E(9) E(10) E(12) E(15) E(17) E(18)	E(4) E(5) E(8) E(11) E(12) E(18)	E(6) E(8) E(11) E(16)		43
2) Cuidado/comunicação		E(9)		E(18)	E(11)			E(14) E(18)	E(5) E(17)	07
3) Pensa que poderia está no lugar do cliente – portador do HIV/AIDS				E(6) E(9) E(13)	E(14)	E(13) E(14)	E(14)	E(5)	E(14)	09
4) Adequar o cuidado ao cliente						E(5) E(13) E(18)	E(3) E(6) E(9) E(14) E(17)	E(15)	E(5)	10
5) Estratégia de cuidar – Abordando a Subjetividade	E(9) E(17)	E(5) E(9) E(13) E(17)	E(9) E(18)	E(2) E(3) E(4) E(9) E(15) E(17)	E(14) E(16)	E(17)		E(1) E(2) E(3) E(5) E(6) E(7) E(9) E(10) E(12) E(13) E(15) E(16) E(17) E(18)		31
6) Falta de estratégia de cuidar	E(2) E(5) E(10)	E(2) E(10)	E(10)	E(10) E(12)			E(1) E(2) E(4) E(8) E(10) E(12) E(13)		E(3) E(15)	17
7) Estratégia de enfrentamento: cuida a partir da gravidade, da urgência, das necessidades e das prioridades.	E(1) E(2) E(3) E(6) E(7) E(9) E(12) E(14) E(15) E(16)	E(1) E(3) E(6) E(8) E(9) E(15)	E(2) E(3) E(8) E(12) E(16)E(17)	E(1) E(2) E(3) E(7) E(8) E(11) E(16)			E(2) E(5) E(7) E(14) E(16)		E(6)	35
8) Falta de tempo para o cliente.				E(9) E(12)	E(12)			E(6)		04
9) Cuidado/Orientação	E(4)	E(4)	E(5) E(17) E(18)	E(18)	E(4) E(8) E(15) E(17)	E(4)		E(4) E(9) E(17)	E(17)	14
10) Pensar no cuidado a partir do cliente	E(11) E(14) E(16) E(17) E(18)	E(7) E(10) E(11) E(12) E(13) E(14) E(16) E(17) E(18)	E(1) E(2) E(4) E(6) E(7) E(9) E(10) E(11) E(12) E(13) E(14) E(15) E(16) E(17) E(18)	E(5) E(6) E(7) E(9) E(10) E(12) E(14) E(15) E(17) E(18)		E(6)	E(3) E(5) E(7) E(9) E(11) E(13) E(18)	E(7) E(16)	E(1) E(2) E(12)	52

A partir desse quadro arriscamos elucidar as contradições com a análise das unidades de significações produzidas nos discursos dos depoentes no sentido da utilização na prática de um modelo biomédico/cartesiano e um pensar direcionado para o modelo sistêmico. Ele proporciona a observação das representações na expressão no ato de cuidar do modelo biomédico (unidades de significações 01 e 07) que totalizam 78 citações nas unidades de significações apresentadas pelos participantes e no modelo sistêmico – embora mais no plano do pensamento – do conhecimento tácito (unidades de significações 05 e 10) referenciadas 83 no total das falas dos depoentes.

Essa distinção do fazer/prática – empregando o modelo biomédico/cartesiano e do pensar/saber com a representação do modelo sistêmico; conjeturamos que é o início da busca construção de um saber voltado para o sujeito, visto que a instituição tem em seu quadro de recurso humano - os enfermeiros - profissionais que estão buscando a construção de suas habilidades (com alguns funcionários novatos) nesse contexto de cuidar em saúde.

A partir da avaliação das unidades de significações produzidas nas entrevistas arriscamos a dizer que alguns enfermeiros já iniciaram essa construção, pois buscam adequar o cuidado ao cliente; pensam no cuidado a partir do cliente; pensam que poderiam está no lugar do cliente (com status sorológico positivo para o HIV/AIDS); preocupam-se com a linguagem/a forma de comunicação para atingir esse cliente (cuidado/comunicação); e pensam que a informação é o caminho para atingir esse cliente que é o principal ator do seu cuidado a partir da educação à saúde (cuidado/orientação). Essas ações de cuidar assinalada nas unidades de significações são exemplificadas a seguir:

> **E(5)**[6]**:** *“Eu acho que cabe a gente também observar isso de acordo com a demanda do paciente, com cada paciente avaliar isso e tentar adequar para a realidade dele”.*

E(5)[11]**:** *"[...] Você parte do princípio que você tem que estabelecer, é de re-estabelecer, você teria que reformular aquilo pra que uma prescrição ou pro um cuidado se adequar àquele paciente, então é melhor que ele tome ou deixe de tomar ou diga pra você que está tomando e não está tomando. Então a gente consegue manter uma relação, por exemplo, eu sempre falo isso para os pacientes: olha você vai fazer dessa forma, faça, mas fale sempre pra gente a forma que você está fazendo pra que a gente consiga intervir se houver algum determinado problema, então a gente vai adequar à vida do paciente, o estilo de vida dele, o horário de trabalho para que ele consiga seguir o tratamento e não adianta está escrito no livro que tem que ser daquela forma se a vida do paciente, se o cotidiano do paciente não permite que seja".*

E(1)[11]**:** *"Eu faço, tento fazer uma análise individual, mas sempre baseada no que o paciente está apresentando, é procurar buscar aquela parte mesma teórica da deficiência imunológica".*

E(9)[4]**:** "*Quem está doente que é um ser e como eu bem ouvir de alguém eu não me lembro agora não existe a doença existe o doente. Como o doente é um ser como eu, me colocando no lugar dele, como eu me sentiria estando portadora de HIV apresentando a doença e todo o estigma social que ela traz e com o no dia-a-dia da assistência de enfermagem, é sempre muito corrida dada à dinâmica da assistência diária. Em algum momento parar pra ouvir um pouco, vê se tem alguma coisa que a gente possa fazer para minimizar essa dissociação da vida dele como um ser que trabalha; que tem família, que tem filhos. Pra ouvir, ver se tem alguma coisa que a gente possa trazer mais conforto. E então alguém em algum momento que possa parar um pouco e parar e olhar não só o doente que apresenta um quadro clínico uma manifestação clínica, mas também alguém que está ali em cima de uma cama ou mesmo que deambula; mas pela própria medicação ver sua cor de pele modificada, ver corpo a sua auto-imagem totalmente modificada daquela que costuma ter. Uma série de outras questões pessoais que estão ali e não tem como manifestar já que a gente não tem esse Aproxi com o doente porque a gente tem muita coisa pra fazer".*

E(17)[11]**:** *"Porque eu avaliei que são conteúdos da minha vida profissional foi como eu recebi, durante a minha graduação, especialização que faz com que eu faça parte das minhas atividades que são muito direcionadas pra parte educativa então esses conhecimentos já estão incluídos na minha dinâmica do dia-a-dia de atender de fazer a consulta do paciente nos somos muitos, direcionados a prevenção e do cuidar. É isso faz que sejamos diferenciados das outras profissões que nós temos esse olhar em prevenir e de cuidar e com o nosso dia-a-dia e com nosso conhecimento isso vai sendo aprimorado isso facilita muito a vida do paciente inclusive com o nosso linguajar direcionado de como o paciente está compreendendo a situação muitas vezes eles se têm mais encorajados de falar divulgar problemas que façam com que ele não consiga ter uma adesão adequada, isso devido à troca daquele momento do linguajar mais flexível mais simples. É um método de nós atingimos a clientela".*

E(18)[3]**:** *"Penso que posso trabalhar mutuamente com ele e com outros profissionais para trazer uma melhor qualidade de vida. Toda vez que eu monto um plano de cuidado, como eu vou enfrentar esse paciente, como eu vou trabalhar com ele é tentando melhor qualidade de vida dele, é claro que sozinha não conseguiria, o enfermeiro sozinho é muito difícil e o principal ator nessa história é o paciente".*

Na etapa de pré-analise 11 Quadros foram delineados, dando início à fase *exploração do material.* Realizou-se uma nova leitura, para constituição dos resultados. A partir daí estabeleceu-se *o tratamento dos resultados obtidos e interpretação*; com a obtenção do

material da *codificação* destacamos as condutas clínicas na prática de cuidar dos enfermeiros.

A Codificação - Resultados

A *codificação* se deu a partir dos elementos avaliados "*esperados"* que nesse estudo são a respeito do determinado como cuidados de enfermagem, como identificação de necessidades humanas básicas, como diagnóstico de enfermagem e como procedimentos e; "*inesperados"* são a partir da atenção, à expressão e à subjetividade do corpo.

Assim organizamos as unidades de significação em 02 quadros com o material CODIFICADO apresentados a seguir:

QUADRO XIII - Condutas Clínicas ESPERADAS

Pensa no cuidado a partir do indivíduo. Diferença de cuidar a partir do indivíduo.	Um plano voltado para as prioridades, gravidade e necessidades afetadas.
Prioriza acerca do procedimento.	Importância dos recursos humanos para o cuidado.
Prioridades.	A individualidade respeitada no fazer do cuidado.
Seguir um determinado desempenho técnico; sei o que são as boas práticas.	Ela não segue uma conduta clínica para todos os pacientes.
Sinais que o cliente apresenta por está separa, afastado da família, na angustia de conviver com o vírus e com a sensação de estar sendo julgado.	Procuro aliar não só a minha percepção como à parte teórico-científica, como a de outros profissionais que também atuam na assistência a esse cliente.
Dar conforto.	Pensa que o cliente é uma pessoa que sofre.
Incentiva-lo e ensiná-lo que o uso correto do medicamento traz uma melhor qualidade de vida, assim como o comparecimento à consulta e o acompanhamento de rotina.	Se colocar na situação do outro que é cuidado (se estivesse soropositivo) o que espera da equipe de saúde. O profissional se colocando no lugar daquele que recebe o cuidado – o outro.
Dar conforto, ouvir e estar atento aos sinais que o cliente apresenta no período de internação.	Pensar no exame clínico – determinando conduta do cuidado para o paciente.
Identificar a partir dos problemas as necessidades do paciente e implementar um plano único.	Conhecer a historia de vida dele, a historia social e isso é uma aproximação (saber mais dele, da vida dele).
Ter paciência, ser humano e principalmente se colocar no lugar do outro.	As ações voltadas para o cliente não só voltadas para a parte técnica.
Pensar no conforto do cliente. Dar conforto.	Orientação.
Condutas clínicas empíricas – a partir das informações dele, sintomas e observações	Um plano através do conhecer o paciente, detectar seus problemas, que fazem com que ele não assuma o seu

(conforme avalio, converso com ele).	tratamento.
Ver, satisfazer, atingir as necessidades comprometidas do cliente.	Ver o paciente como um todo para traçar o plano de cuidado.
Social: a pauperização da síndrome, quadros sociais complicados.	Emocional: Varia conforme o estágio em que o cliente esteja. Instabilidade emocional.
Todas as unidades de significações dos participantes descreveram que utilizam os fundamentos devido a sua vivência.	O ponto de vista em relação aspectos emocionais, sociais e físicos se estabelece pela observação dos entrevistados.
O ponto de vista em relação aspectos emocionais, sociais e físicos se estabelece pela vivência dos entrevistados.	A dificuldade em realizar as etapas do processo devido à inadequação de recurso humano e as inconformidades institucionais de saúde.
Físico: varia, dependendo do estágio de evolução da doença.	Identificar a partir dos problemas e das necessidades do paciente, traçar um plano único.
O melhor para o cliente melhor qualidade de vida.	Cumprir prescrição, horário das medicações e mantê-lo estável para evitar intercorrências.
A utilização do processo de enfermagem pelos enfermeiros no cuidar dos clientes. Realizam o processo parcialmente 12 entrevistados e 05 fazem integralmente o processo.	Pensa que o cliente é uma pessoa que sofre preconceito, desestimulado com a doença, desestimulado com a vida, que abandona o tratamento porque acha que vai morrer e ele precisa ser incentivado.
A utilização de precauções padrões mais que em qualquer outra instituição.	Boas práticas no relacionar, no ouvir, no olhar, no tocar, com essas pessoas.
Atualização dos Profissionais	Conhecer a historia do paciente.
O conhecimento das atribuições do enfermeiro no cuidar em outras fontes – Ex: COFEN.	A aplicabilidade do processo de enfermagem na pratica em saúde.
Um olhar para o cliente despido de qualquer conceito.	Adequação das etapas do processo para a prática profissional.
Uma prática voltada para causa-ação.	Pensar em tudo, até sexo.
A Utilização dos Conhecimentos empíricos e dos Fundamentos científicos e teóricos: ➢ Os conhecimentos empíricos e os fundamentos científicos e teóricos. ➢ Os conhecimentos empíricos e os fundamentos científicos. ➢ Os fundamentos teóricos e conhecimentos empíricos. ➢ Os fundamentos científicos. ➢ Os fundamentos teóricos. ➢ Os conhecimentos empíricos. ➢ Os fundamentos teóricos e científicos.	
Detectar deficiências e priorizar técnicas para atingir aprendizagem no cliente.	

Esses dados confirmam as condutas clínicas esperadas como atribuições comuns à profissão, que normalmente o enfermeiro desenvolve na sua atividade de labor na prática de cuidar de saúde. São ações do fazer o cuidado de enfermagem, que têm a cientificidade, a teoria e os conhecimentos empíricos adquiridos no exercício de cuidar que fundamentam esse fazer; um fazer baseado no saber (que é aprendido na graduação, na vivência, com a busca de atualizações, dentre outros.). Os elementos que orientam esse fazer são o pensar

no cuidado a partir do sujeito do cuidado. O esperado no que se refere o cuidado (conhecimento teórico/conhecimento prático).

QUADRO XIV - Condutas Clínicas INESPERADAS

A gente cuida a partir do momento que conhece.	Eu não tenho uma determinação prévia.
É uma assistência voltada não só para parte técnica, mas para aproximação emocional desse doente.	Ela não segue uma conduta clínica para todos os pacientes.
Aprender com o colega e apropriar-se da prática do outro no cuidado.	O desconhecimento do manual por todos os entrevistados
O paciente ser um coadjuvante na assistência – importante passar a informação isso via esta colaborando para o nosso trabalho como também para a recuperação dele (pessoa).	Ter um olhar diferenciado para entender, compreender, ouvir ver outros sinais que esse cliente emite pra gente. Fala dos SIGNOS embora não os conheça.
Acrescento mais alguma coisa no processo (adaptativo ao dia-a-dia).	O paciente estabelece o seu próprio processo.
Um processo não só para o profissional de enfermagem, a gente vai ativando nossa rede de cooperação.	O objetivo é se atualizar em relação às deficiências do cliente, para a compreensão do que ele está vivendo.
O processo de enfermagem está incorporado no profissional – faz inconsciente – automático.	A aplicação de estratégias para desenvolver o processo de enfermagem com a clientela.
A não utilização do processo por um profissional enfermeiro.	Muita troca a gente só participa de 1% do tratamento, 99% são eles que ditam.
Identificação de problemas mesmo inconsciente pelo profissional enfermeiro.	Mudaria a parte psicológica da enfermagem em relação ao cliente.
Ouvir o que eles têm para PROPOR pra gente.	Ouvir e dar um poço de si para o cliente.
Pensa na importância de ver o cliente como pessoa, um ser (parar e olhar não só o doente que apresenta um quadro clínico uma manifestação clínica, mas também alguém que está ali em cima de uma cama ou mesmo que deambula; mas pela própria medicação ver sua cor de pele modificada, ver corpo a sua auto-imagem totalmente modificada daquela que costuma ter e na sua série de outras questões pessoais que estão ali e não tem como manifestar já que a gente não tem esse Aproxi com o doente porque a gente tem muita coisa pra fazer).	Pensa na divisão do ser quando interna e o ver no todo (parar pra ouvir um pouco ver se tem alguma coisa que a gente possa fazer pra minimizar essa dissociação da vida dele. Como um ser que trabalha; que tem família, que tem filhos. Parar para ouvir, parar para ver se tem alguma coisa que possa trazer mais conforto, se tem alguém que gostaria de entrar em contato, a gente pedir para vir, alguma coisa que pode ser algo muito simples pra gente como pode ser alguma coisa muito complexa).
Ter sensibilidade de perceber o momento do cliente. Se incomodar com a falta de sensibilidade dos profissionais em relação ao que o cliente está passando.	Pensar que o paciente é o principal ator no cuidado, enfrentando juntos (enfermeiro/cliente) e trabalhando mutuamente o cuidar.
No olhar a gente percebe um estagno, consegue perceber uma outra manifestação que a gente vai associando com o conhecimento técnico que a gente tem não só da doença, mas de tudo que interage com esse cliente. Fala dos SIGNOS embora não os conheça.	O cuidar é uma forma de preocupação, de trazê-lo de volta ao tratamento, de trazer de volta a qualidade de vida deles, de ter um pouco mais de atenção e de importar com o que acontece.
É cansativo, conviver com a dor física e mental (dor comportamental). Você tem que ter motivação pra pode ficar perto dessas pessoas e nunca se entregar.	Quando estamos na assistência a gente às vezes fica muito voltado para cuidar do físico.
Aprender a ouvir pra poder adaptar nosso cuidado ao que eles propõem também.	Um profissional descompromissado com os seus preconceitos e amar o que você faz.

Trabalhar com o paciente não só o paciente doente, mas o paciente - pessoa.	A determinação dos seus próprios critérios para cuidar.
Não ver diferença entre o plantão no IPEC - centro de referência para doenças infecciosas e parasitárias - para outro plantão em outra instituição fora particular ou pública.	É um paciente com uma instabilidade social e emocional imensa, então tem que ter ouvidos grandes para escutar e uma boca pequena para falar.
Cuidar tem um aspecto pessoal, a maneira como você cuida influi, sai da sua personalidade.	Tudo tem que ser moldado, tem que ser a sua avaliação como um todo.
Ter disponibilidade, paciência.	

A motivação de classificar as unidades de significações acerca das condutas de cuidar dos enfermeiros, como *o que é esperado* e *o que é inesperado* na fase de *tratamento dos resultados obtidos e interpretação*; segue a orientação de Taleb (2008). Segundo o autor o que você não sabe (o inesperado) é mais imprescindível do que aquilo que você sabe (o esperado). Essa possibilidade de categorização nos impulsionou acreditar ser imprescindível refletir sobre as possibilidades de encontros do que é esperado e do que é inesperado não só em nossa prática, mas naquilo que aparece no plano teórico quando falam os enfermeiros.

Segundo Taled (2008, p.23) “precisamos estudar principalmente os eventos raros e extremos para que seja possível decifrar os eventos comuns”. E “[...] especialmente se, eles carregarem um efeito cumulativo extraordinário”.

Os Resultados encontrados foram às implicações práticas e teóricas para as condutas de cuidar na Enfermagem.

A Categorização - A Discussão da Categoria

Para discutir os resultados apresentados na pesquisa com os enfermeiros que cuidam dos clientes portadores do HIV/AIDS no IPEC, delineamos a categoria Conduta Clínica no Fazer/Saber/Pensar expressas no ato de Cuidar; representando o como fazem, o porquê fazem e como pensam o cuidado ao cliente portador do HIV/AIDS.

Sendo ainda importante destacar que os discursos realizados pelos participantes da pesquisa acerca do *como* e *porque fazem* o cuidar aos clientes portadores de HIV/AIDS nos encaminham para a identificação de 04 Pólos da prática metodológica imprescindíveis para a discussão da categoria.

Em meio à categoria estaremos nos reportando às questões mais específicas interessando aqueles que cuidam como contradições, condições, relações e práticas.

CONDUTA CLÍNICA NO FAZER/SABER/PENSAR EXPRESSAS NO ATO DE CUIDAR

Ao refletirmos sobre o nosso fazer do cuidado de enfermagem ao cliente portador do HIV/AIDS, criamos as nossas próprias imagens de práticas, de cuidado e de pensamentos.

O que identificamos sobre *como* fazem seu cuidado afirmado constantemente na conexão *fazer/saber* decodificada em tudo aquilo estabelecido como ação e prática de cuidar não nos trouxeram surpresas, isto porque, cuidar do corpo, verificar sinais vitais, identificar sinais e sintomas, fazer exame físico, conversar, orientar, priorizar e encaminhar para outros profissionais é a atividade de labor realizada pelo profissional rotineiramente.

A nossa admiração é apresentação dessas unidades de significações serem cheias de contradições.

Onde se situa o fazer/saber instituído no contexto de especificidade do cuidar do cliente portador HIV/AIDS - fazem/sabem. O Fazer/saber como desafio a uma prática a ser instituída no cuidar do cliente portador do HIV/AIDS – não fazem/ não sabem. A convivência dos dois mundos: a tensão gerando perfis diferentes para cuidar.

Identificamos em algumas unidades de significações produzidas pelos participantes da pesquisa, a *consciência contraditória.* Os discursos em alguns momentos são contraditórios, pois os enfermeiros realizam um modelo cartesiano e biomédico no cuidar, mas ao refletir, ao pensar no seu modo de cuidar, fazer/saber expressam o modelo sistêmico que nos parece está só no plano do pensamento. Fazemos na prática aquilo que não desejamos e desejamos fazer aquilo que não fazemos.

O indivíduo sabe sobre um assunto, um tema, porém se contradiz no discurso. Gramsci (2001, p. 51) descreve a *consciência contraditória* quando diz:

> [...] constatado que, sendo contraditório o conjunto das relações sociais, não pode deixar de ser contraditória a consciência do homem [...]. Nos grupos subalternos, por causa da ausência de autonomia na iniciativa histórica, a desagregação é mais grave e mais forte a luta para se libertarem dos princípios impostos e não propostos, para obter uma consciência autônoma (...).

Ainda diz que esse processo de transformação pode ser rápido ou não, mas que começa a estruturação na consciência; no pensamento, no senso crítico de seus atos e, é o primeiro passo para as mudanças (GRAMSCI, 2001).

Ao caracterizar o fazer e o saber dos enfermeiros, que apresentam contradições, ao cuidarem dos clientes portadores do HIV/AIDS como condutas *esperadas* ou *inesperadas*

nós estamos falando de fazer, pensar e saber com implicações para o cuidado de enfermagem feito pelos enfermeiros do IPEC.

Em uma avaliação geral, o indicador de reflexão é designado como o fazer/saber acontecendo a partir dos fundamentos científicos, teóricos e conhecimentos empíricos, porém com a predominância da *utilização* dos conhecimentos empíricos como exemplificado no Quadro XV a seguir:

Quadro XV - Os fundamentos e os conhecimentos empíricos empregados no cuidado de enfermagem dos enfermeiros do IPEC.

➢ Os fundamentos teóricos e conhecimentos empíricos. **Ex:** E(3), E(4), E(5), E(6), E(14), E(17).
➢ Os conhecimentos empíricos e os fundamentos científicos e teóricos. **Ex:** E(1), E(8), E(17).
➢ Os conhecimentos empíricos e os fundamentos científicos. **Ex:** E(15), E(9), E(2).
➢ Os fundamentos científicos. **Ex:** E(16), E(12).
➢ Os conhecimentos empíricos. **Ex**: E(10).
➢ Os fundamentos teóricos. **Ex:** E(11).
➢ Os fundamentos teóricos e científicos. **Ex:** E(7).

Há aplicabilidade dos conhecimentos empíricos, os fundamentos científicos e os fundamentos teóricos para cuidar dos clientes portadores do HIV/AIDS, estão centrados no sujeito que precisa de cuidados. Isso significa dizer que é a prática que direciona suas ações fundamentadas no que eles conhecem como doença e como intervenção, marcada pelo modelo biomédico e cartesiano. Sendo imprescindível mencionar, que nossos conhecimentos estão impregnados por um modelo que está ultrapassado em nosso contexto histórico contemporâneo.

A partir de diversos discursos os enfermeiros sugerem o fazer/saber pautado na área biomédica, por ainda não estarem pensando por eles mesmos a necessidade de auto-avaliação: sobre o fazer, o saber e sobre o seu pensar.

Entretanto, não há uma opinião mais específica sobre o seu fazer, sobre a natureza de sua profissão e a efetividade de regras e modelos de cuidar, mesmo quando existe na no ministério da saúde uma orientação das atribuições do enfermeiro no controle da AIDS.

Expressam-se sobre os seus cuidados específicos, humanizados quando tratam dos seus clientes em diversos espaços do IPEC, mas essa humanização não está entendida como que propõe Deslandes (2006, p. 15):

> Como a de associá-la a distintas e complexas categorias relacionadas à produção e gestão de cuidados em saúde, tais como: integralidade, satisfação do usuário, necessidade de saúde, qualidade de assistência, gestão participativa, protagonistas são os sujeitos e a intersubjetividade envolvida no processo de atenção [...].

O fazer dos enfermeiros do IPEC ainda está centrado em espaços específicos de cuidar e tudo depende de como o doente chega, de como se apresenta diante deles. Espaços/territórios que são referenciados em suas experiências de fazer/saber, que ainda não associam e nem têm idéia de como estão e de como ocupam seus espaços de cuidar. A compreensão que temos, é ainda de um espaço limitado em fronteiras, onde a doença, a situação do doente é que o delimita esse espaço como: enfermaria, ambulatório, intensiva, dentre outros.

Segundo Santos (1988, p. 28): “o espaço geográfico é um conjunto indissociável de sistema de objetos (fixos) e de ações (fluxos) que se apresentam como testemunhas de uma história escrita pelos processos do passado e do presente”.

Os enfermeiros sabem exatamente o que fazer em seus espaços e os conhecem como *a palma de suas mãos*. Porém não se dão conta de que seus movimentos/ações são *fluxos* e suas práticas acontecem em espaços *fixos* onde eles se organizam; se dispõem a

cuidar e constroem processos de cuidar. Nesse espaço vão fazendo, também uma construção social no macro espaço de saúde e segundo Santos (1988, p. 38):

> No espaço existem elementos constitutivos: os homens; o meio ecológico – base física do trabalho humano (o dos enfermeiros); as infra-estruturas – materialização do trabalho humano em formas; as *firmas* – responsáveis pela produção de bens, serviços, idéias; as instituições encarregadas de produzirem normas (MS – atribuições do enfermeiro), ordens e legitimações [...].

Os enfermeiros ao não pensar nos diversos espaços de cuidar instituído na prática de cuidar, assim eles não a definem (a Enfermagem) como uma disciplina nem de ensino nem de prática profissional, destacando por Carvalho (2008, p.2):

> Como uma disciplina, consagrada na Escola de Treinamento para Enfermeiras, anexa ao Hospital Santo Thomas de Londres (1860), evidenciada como o saber e o que fazer das novas enfermeiras, explicando-se por conceitos distintos entre a simples ordem imediata do estado pré-científico no modo de assistir dos enfermos e o estado de prática científica [...]. Científica, como utilização do conhecimento, empírica como ação prática, as enfermeiras dizem que a sua principal prioridade/preocupação é com o sujeito que necessitam de cuidados, como um cuidado *humanizado,* como algo mais da sensibilidade do que é estabelecido, que se concretiza no ato de cuidar.

Um cuidado técnico, cuidado com procedimentos, cheio de emoção e sensibilidade mesmo que o discurso centre-se em sinais e sintomas (como esperado) e que dão sustentação ao discurso clínico.

Sintoma como linguagem emitida por vários órgãos, para nós emitida pelo corpo que se expressa. Sintomas que são relatados e descobertos ao fazer o exame físico, com a mensuração da temperatura corpórea pelo termômetro ou pelo toque; quando identificamos cor, manchas na pele. Sintomas, sensações subjetivas anormais não verbalizadas pela pessoa, não observada pelo profissional.

Assim, os enfermeiros nos induzem a pensar em implicações que envolvem os sentidos de olhar, ouvir, sentir (pele e olfato); que envolvem um raciocínio diagnóstico de saber interpretar a linguagem dos sintomas que o corpo que não verbaliza e pode ser em

uma área, em um órgão específico do corpo; que envolve um processo complexo de se relacionar com o outro que começa no primeiro contato com o doente – para conhecê-lo antes, durante e após o cuidar.

A partir dessas considerações, refletimos a importância da observação no corpo do sujeito acerca dos aspectos subjetivos - não identificados com os sinais e sintomas aparentes e, o enfermeiro deve estar atento a essas questões. Identificamos diferenciações de avaliações do cliente requerendo nossas reflexões, exemplificamos nas unidades de significações descritas a seguir:

> **E(1)**[2]**:** *"Eu penso que como o nome já diz urgência, a gente tem que ver primeiro. Tem paciente em tratamento, mas que estão clinicamente estáveis eu acho que esses podem aguardar um pouco mais do que os outros que têm algum problema aparente como alteração na glicemia, pressão, débito urinário, e os que estão em jejum; eu procuro ver logo, resolver logo".*
>
> **E(9)**[3]**:** *"O conforto que eu posso dar. O ouvir, o estar atento aos sinais que eles apresentam nesse período de internação, nesse período de afastamento de sua família, na angustia de conviver como o vírus, com a angustia de estar separado e com a sensação de discriminação de estar sendo julgado. Uma assistência não só voltada pra parte técnica, para a aproximação emocional desse doente".*
>
> **E(9)**[8]**:** *"A gente tem que ter o olhar diferenciado para entender não só a manifestação de voz para aqueles que também não tem uma manifestação na fala, mas a gente ouvir e vê outros sinais que esse cliente emite pra gente, às vezes nem ele mesmo está percebendo, está entendendo o que está acontecendo com ele".*

Porque os clientes portadores do HIV/AIDS entram por diversos espaços do IPEC, as implicações no saber que cada cliente é um quebra-cabeça diante de nós e, é durante o processo de cuidar que vamos montando as peças; implicações que envolvem jogos entre os profissionais, entre o cliente e o enfermeiro como construção de afeto e de riscos de desafetos; implicações que envolvem escolher, negociar, rejeitar as diferentes possibilidades que surgem durante o fazer/saber o cuidado de enfermagem.

Afirmativa Ayres apud Deslandes (2006, p. 49) que:

> Entende o técnico como sabedoria prática, que em estreita relação com saberes técnico-científicos, quer fazer das ações de saúde a busca de êxitos técnicos

> mediante entendimentos como sucesso prático, isto é, instrumentais subordinados a escolhas compartilhadas de modos de vida julgados desejáveis [...].

Considerando, que essa categoria versa ainda sobre o conhecimento (fazer/saber), bem como o nível de complexidade introduzido pelo novo cliente que é objeto do cuidado nas unidades de saúde; que trazem para o cuidado de enfermagem o seu universo, suas diversidades, suas dificuldades social/cultural/educacional – para o local de trabalho do profissional enfermeiro.

Assim, é imprescindível ao pensar no fazer/saber considerarmos como esse conhecimento é constituído; há o desenvolvimento de um conhecimento teórico e um conhecimento prático na Enfermagem, freqüentemente esses conhecimentos se articulam e, é extremante difícil avaliá-los desarticulados na prática de cuidar em saúde.

Desta forma, convém apresentar os conceitos sobre o conhecimento tácito e explícito para nos aventurarmos a elucidar algumas questões que surgiram durante o estudo; sobre contradições, condições, relações e práticas.

Santos (2005, 101) diz: “conhecimento tácito é pessoal, específico ao contexto e, assim, difícil de ser formulado e comunicado. É aquele conhecimento que as pessoas possuem, mas não está escrito em lugar nenhum, residindo apenas em suas cabeças”. Foi exemplificado no estudo com o material produzido pelo depoente que apresentamos a seguir:

> **E(15)[8]:** *“Na verdade acho que está um pouco incorporado já na gente a gente não fica pensando naquilo, observar pra depois fazer um plano, pra depois aplicar, pra depois avaliar enfim já fica tudo muito incorporado é no automático. Eu não consigo separar porque acho que já está meio incorporado na gente”.*

Diz ainda: “o conhecimento explicito é transmitido em linguagem formal e sistemática; é aquele que está registrado de alguma forma e assim, disponível para as demais pessoas” (Op. cit, 101).

No dia-a-dia de cuidar em saúde exige do enfermeiro uma complexidade de conhecimentos que diversas vezes ele não consegue registrá-los, descrevê-los, comunicá-los como ações de cuidado. A demanda assistencial é corrida, muito burocrática e pautada no modelo biomédico e cartesiano (baseado na clínica, na doença, nos sinais e sintomas); introduzindo uma rotina assistencial, que está em sintonia com o nosso modelo político (o capitalismo - visando produção e lucros). Daí, a importância da rapidez, da praticidade, da eficiência, da economia e do cumprimento das tarefas institucionais.

Arraigado nessas conjunturas de atribuições o enfermeiro, traz para a prática os seus valores, seus conceitos, seus contextos e “o conhecimento em enfermagem que é constituído de experiências, valores, informações contextuais e avaliação de novas experiências e informações” (SANTOS, 2005, p. 101).

O autor ainda cita:

> O conhecimento apreendido pelos enfermeiros ocorre de diversas formas, por comparação, pela experimentação, por associação com outros conhecimentos e por intermédio de outros profissionais da de saúde (médicos, nutricionistas, farmacêuticos, etc.). Na realidade, o conhecimento é adquirido no dia-a-dia do trabalho de enfermagem, sendo transmitido de pessoa para pessoa, através de meios estruturados (vídeos, livros, documentos, internet, etc.) e não estruturados. Significa dizer que os enfermeiros adquirem conhecimentos das pessoas que já o tem, ou seja, é o aprendizado interpessoal e o compartilhamento de experiências e idéias (Op. cit, 101).

Essas afirmativas são representadas em algumas unidades de significações produzidas pelos participantes da pesquisa, a seguir:

> **E(8)[2]:** *“É tenho 24 horas para eu realizar meus cuidados e tento fazer de forma mais criteriosa possível. Fazendo de início, os pacientes mais graves, passando visita, fazendo a rotina principalmente de curativos e a parte burocrática”.*

> **E(3)[3]:** *"Tem que cuidar o melhor possível: fazer de forma que você cumpra toda prescrição, A minha preocupação maior é se tudo está prescrito no horário correto, os antiretrovirais estão sendo feito de acordo, se ele esta com um acesso venoso pérveo porque se tiver alguma intercorrência você tem como intervir. Manter ele melhor possível, estável possível para que ele não complique e complicando a gente ter como acessar rapidamente acesso profundo e etc".*
>
> **E(10)[3]:** *"Tento deixar o mais prático possível, uma coisa que consiga englobar o atendimento que eu quero prestar e que também facilita o serviço da equipe de enfermagem e não elaborar uma coisa que fique fora da nossa realidade, prática que a gente possa ter um instrumento de avaliação e evolução do paciente".*
>
> **E(12)[4]:** *"Eu acho que o profissional enfermeiro não desempenha sua atividade como deveria; que aprende na graduação. A implementar cuidados é difícil porque geralmente o enfermeiro está comprometido com todo tipo de serviço do burocrático às pendências de setor a recursos de material e na realidade o paciente muitas vezes acaba sendo a última prioridade que ele tem. O paciente acaba sendo apenas um acessório dentro disso tudo".*
>
> **E(7)[7]:** *"Eu não vou mentir pra você, você escreve lá o diagnóstico de enfermagem, eu realmente não escrevo pode ser até uma falha de não escrever. Acaba que eu consigo atingir de certa maneira, mas sem está relatando, não sei se isso é importante, eu acabo só fazendo uma evolução com o exame físico, a conduta e a prescrição".*
>
> **E(9)[10]:** *"Eu procuro aliar não só a minha percepção como a parte teórico-científica, como a de outros profissionais que também atuam na assistência a esse cliente".*
>
> **E(9)[11]:** *"Porque eu não vivo isolada do todo, eu faço parte de uma equipe, essa troca e eu não sou a contemplada com o saber total nem fechado. No meu dia-a-dia tem sempre pessoas que estão atualizadas e pessoas que estão menos atualizadas; eu procuro ir a traz das que estão mais atualizadas. Então junto com o infectologista, junto com as informações mais recentes, aí eu vou direcionando atenta na hora do round, na hora que se passa à visita eu vou também à visita médica em vou também à visita de enfermagem pra que esse saber aumente e pra que isso tenha um resultado bom para aquele cliente, para mim também que eu vou me sentir melhor mais feliz que eu estou podendo está prestado uma assistência melhor para aquele doente".*

"O elemento técnico inclui *Know-how* (conhecimento das técnicas e habilidades de enfermagem). Esses elementos constituem o conhecimento tácito, o qual permite a visualização da realidade, ou seja, *o que é*, e a percepção *do que deveria ser"* (SANTOS, 2005, p. 101). A compreensão dessa articular entre esses elementos é entender junção entre a teoria e a prática.

Assim, os enfermeiros para realizarem o fazer/saber se fundamentam nos conhecimentos empíricos adquiridos e observados na prática; articulando-os com os seus

fundamentos científicos e teóricos e; como esse saber empírico é informal para transparecê-lo é complicado já que não há uma base científica para fundamentá-los.

A partir daí, conjeturamos porque haver tantas contradições nas unidades de significações produzidas pelos enfermeiros no estudo, visto que os profissionais visualizam *qual é a sua realidade* de trabalho um modelo biomédico e cartesiano (voltado para a clínica, a doença, os sinais e sintomas) e as suas percepções *do que deveria ser* um modelo sistêmico – voltado para o cliente e todo o universo que o envolve. Delinearemos algumas unidades de significação apresentando as contradições dos discursos dos depoentes, a seguir:

> **E(9)**[1]**:** *"Eu não estabeleço baseada em diagnóstico é claro que algumas ações são mais direcionadas de acordo com o diagnóstico do doente, o quadro que ele apresenta, porque as necessidades talvez sejam diferenciadas. Um cliente pós-operatório é diferente de um doente clínico, com as manifestações do vírus. Procuro tirando todo aquele processo de a gente fazer um diagnóstico e dali fazer um cuidado direcionando de acordo com a patologia, mas também direcionado a dificuldades que essa pessoa apresenta em relação ao aspecto como um ser humano como um todo".*
>
> **E(9)**[3]**:** *"Com enfermeira assistencialista, é a ação que eu desempenho com esse doente é sempre voltada não só para parte técnica, mas o conforto que eu posso dar. O ouvir, o estar atento aos sinais que eles apresentam nesse período de internação, nesse período de afastamento de sua família, na angustia de conviver como o vírus, com a angustia de estar separado e com a sensação de discriminação de estar sendo julgado. Uma assistência não só voltada pra parte técnica, para a aproximação emocional desse doente".*
>
> **E(10)**[10]**:** *"Anamnese, eu sou bem sucinta. Eu não sigo o processo de enfermagem todo. É mais o histórico. O exame físico quando dá geralmente é bem superficial. Parte de diagnóstico de enfermagem sempre me deixa de "cabelo em pé". O plano de intervenção aqui raramente só quando a gente percebe alguma coisa além do corriqueiro. Em outros lugares geralmente é trabalhado junto com a equipe médica numa coisa que a gente observa a gente logo comunica faz o plano já tem um atendimento mais completo".*

Desta maneira, as ambigüidades surgem no fazer/saber/pensar expressos no ato de cuidar produzido pelos enfermeiros e representado nas unidades de significações a partir da realidade *"do que é"* e da percepção "*do que deveria ser"*. Essa ambigüidade é acentuada

pelas dificuldades específicas do cotidiano de cuidar e pelas estratégias de enfrentamento dos obstáculos para estabelecer o plano de cuidado ao cliente.

Vale ressaltar as exemplificações dessas condições, relações e práticas no contexto de cuidar assinalada em algumas significações dos participantes do estudo, referidas abaixo:

> **E(8)[1]:** *"A cada dia, avaliação do quantitativo de profissionais tanto técnicos, o meu quantitativo de enfermeiro. E da gravidade dos pacientes, dá prioridade aos pacientes mais graves ou mais instáveis".*
>
> **E(12)[1]:** *"É complicado pelas limitações às vezes de recurso humano e materiais, estabelecer uma assistência adequada. Eu procuro fazer uma avaliação específica do cliente, da pessoa, do paciente e ver dentro do que ele está precisando naquele momento. Quais os cuidados que eu tenho que implementar, em função das necessidades que estejam abaladas naquela pessoa. Eu tento verificar pra pessoa e não porque é um cliente de doenças infecciosas".*
>
> **E(16)[4]:** *"Depois de avaliar o paciente e ver as necessidades dele a gente vai vendo os cuidados que ele necessita, a gente vê dependendo do plantão, a gente vai vendo quais são as prioridades e o que a gente pode fazer naquele momento. A gente está em uma instituição pública, tem alguns empecilhos, tem alguns obstáculos, mas de qualquer forma a gente tenta fazer que os cuidados sejam prestados da melhor forma possível".*
>
> **E(6)[8]:** *"Eu não sei se o número de funcionário é o suficiente, porque as coisas ficam tão corridas, que acabam não tendo tempo para o paciente, você passa pelo paciente, mais você acaba não conhecendo o paciente, não conhece quais as necessidades dele porque quando você tem um número maior de pacientes é inviável que você de uma atenção maior pro paciente. Você consegue fazer a sua parte, mas se você a faz como você acharia que deveria ser feito aí são outros quinhentos".*

Vale relembrar, dentro deste contexto complexo de cuidar, que é imprescindível o enfermeiro está atento para considerar os aspectos relevantes nas reações do paciente à doença e a diferenciação do cuidar do cliente portador do vírus e do cliente portador da síndrome. Em algumas unidades de significações observamos a sensibilidade e a percepção dos enfermeiros em diferenciar os momentos vivenciados pelos clientes:

> **E(9)[1]:** *"Às vezes assume o plantão e já sabe - o fulano está muito irritado ou doente tal está reclamando muito, então aquele doente é chato. Pelas manifestações é um ótimo sinal quando alguém manifesta alguma coisa. Direcionar não só pelo aspecto clínico, mas visitar ou quando pegar o plantão ou ao longo do plantão numa assistência que eu vou fazendo, eu vou procurando ver o que está além daquela manifestação física, da demanda do ser naquele momento, na instituição, no retorno do cuidar".*

Essa categoria versa ainda sobre o pensamento como conhecimento, recordados pelos enfermeiros quando pensam e descrevem do porque fazem/sabem e, é expressão do ato de cuidar sobre os aspectos subjetivos do cliente que são apresentados no Quadro XVI a seguir:

Quadro XVI – Os aspectos subjetivos do cliente como expressão no ato de cuidar.

A gente cuida a partir do momento que conhece. **Ex:** E(5)[2].
Pensar o processo de enfermagem, o cuidado de enfermagem, adaptativo, estratégico, para o dia-a-dia e para o cliente (tendo o cliente como o principal ator e coadjuvante no seu tratamento - ditando 99% dele). **Ex:** E(3)[8], E(5)[6], E(5)[11], E(9)[7], E(13)[6], E(15)[8], E(17)[1].
Mudar o apoio emocional da enfermagem ao cliente. **Ex:** E(2)[8], E(3)[8].
Um olhar diferenciado para entender, compreender, ouvir, ver, outros sinais que esse cliente emite (fala dos signos embora não os conheçam). **Ex:** E(9)[3], E(9)[4], E(9)[8].
Pensar na incorporação do processo de enfermagem no profissional - faz inconsciente - automático – fisiológico. **Ex:** E(9)[7], E(11)[7], E(15)[7], E(16)[7].
Um cuidado voltado para aproximação emocional do cliente, compreendendo o que ele está vivendo; se importar com o que acontece, ter disponibilidade, sensibilidade, paciência, ser descompromissado com os seus preconceitos, amar o que faz (o cuidar), ouvir, conhecer e dar um pouco de si para o cliente. **Ex:** E(2)[4], E(2)[8], E(3)[4], E(4)[4], E(5)[8], E(9)[3], E(17)[2], E(17)[4], E(17)[8].
Pensar no cliente como pessoa - a dissociação da sua vida – a imagem corporal modificada. **Ex:** E(5)[5], E(9)[1], E(9)[3].
É um paciente com uma instabilidade social e emocional imensa, então tem que ter ouvidos grandes para escutar e uma boca pequena para falar. **Ex:** E(10)[8].
É cansativo, conviver com a dor física e mental (dor comportamental). Você tem que ter motivação pra pode ficar perto dessas pessoas e nunca se entregar. **Ex:** E(17)[8].

As reflexões realizadas pelos enfermeiros percorrem caminhos, através dos verbos: pensar e conhecer; quando pensam o porquê de seus cuidados. Afirma Minayo e Deslandes (2002, p. 9) quando dizem: ”caminhos do pensamento envolvem questões epistemológicas e de método na produção do conhecimento e nesse sentido trabalham com a construção do dado e da informação pela vertente epistemológica ou que buscam as pesquisas aplicadas [...]”.

Pensar, conhecer são verbos que os enfermeiros usam para responder o porquê fazem e isso os remete (mesmo não estando consciente quando dizem) a produção de um

conhecimento não teorizado por eles, não investigado por eles, mas que observando os seus discursos sobre o fazer/saber, eles nos indicam que existe *algo* a ser compreendido em suas falas.

Pesquisar inicia-se na pergunta (o que foi realizado por nós) e as respostas inesperadas apresentadas por eles, porque não pensávamos que ao fazer o cuidado e explicar sobre esse fazer pudessem *construir caminhos de aproximação*. Exemplo: **E(9)**[3]**:** *"Uma assistência não só voltada para parte técnica, para a aproximação emocional desse doente",* que são caminhos de aproximação - estradas por onde passam as linhas teóricas e as abordagens da realidade, seja pela experimentação, seja pela observação. Os métodos são as condutas clínicas dos enfermeiros quando estão em ação.

Seus pensamentos – *pensar e conhecer para ouvir e ver* estão marcados por temas de subjetividade como: olhar diferenciado, identificar signos (embora não saibam – vêem os sinais); clientes como parceiros do cuidado; ficar perto; não olhar as diferenças; muita troca no cuidado; explicação de como vai fazer o cuidado; possibilidade de mudar o discurso da psicologia na enfermagem e assim vão falando de um conhecimento sobre *escuta sensível* ou *qualidade de escuta* – como possível de identificação de signos no corpo do outro, uma implicação *emergente* no plano da ação de cuidar, como algo que pode ser uma verdade para as enfermeiras: *saber, ver e escutar.*

Para Carvalho (2008, p. 4-6) a verdade é uma questão no plano do conhecimento que nós ainda não alcançamos esse patamar de saber resolver o problema da verdade (episteme); ela diz que: "a enfermagem ainda é uma ciência em construção ou uma ciência em vias de se fazer [...]", isto porque ela se fundamenta em:

> Concepções teóricas,
> Princípios básicos,
> Métodos de trabalho,
> Conhecimentos de uma prática científica,
> Legalmente reconhecida,
> Universalmente considerada como profissão de cuidado prestado/ofertado a pessoas, enfermo ou sadio [...], não perdendo o contato com o real *do cuidado de que se fala.*

Ao inferir a respeito do *inesperado* como o que os enfermeiros dizem quando cuidam - *pensam e querem conhecer para ver e ouvir como um outro tipo de escutar seus clientes*; podemos está dando um peso maior que eles deram. Mas são temas que atravessam e dão qualidade as suas falas que podem ter significados diversos que nós entendemos a partir não só da decodificação, mas da intensidade contida no conteúdo geral – entendido como dado bruto intensamente trabalhado por nós.

Inesperado como desejo de *saber* e *conhecer* que traz embutido implicações investigadas acerca do cuidado – como pesquisa sobre cuidados (dos cuidados que fazem) como episteme e processo-método - quando falam de diagnóstico e de sistematização, como processos de cuidar em enfermagem.

A persistência em destacar implicações para as condutas clínicas no plano do conhecimento é palpável porque decorrem de uma prática registrada e descrita neste estudo. Existe uma força intrínseca nas unidades de significações na análise de categorial dessa categoria que pode desconstruir a velha idéia que na prática de enfermagem não tem ciência, porque quando a investigamos (o fazer/saber do enfermeiro – a prática) ela parte de observação rigorosa e meticulosa.

Fazer, pensando e conhecendo é um modo de pesquisa *in locou* e pode indicar que as ações de cuidar acontecem no plano do científico de pensar; por que faz é apenas a base *rochosa do pensamento* como dizia os filósofos e como afirma Oliva (2006, p. 34):

> Sobre o terreno, a base rochosa é o que dar acesso ao dado, imediatamente, as informações primárias, dos fatos como ocorrências empíricas basilares. Essa visão de ciência tem um risco principal; que é o de atravessar o gargalo epistemológico do problema da indução: como ascender dos particulares para o geral, inferir o desconhecido do conhecido (inesperado e esperado), sem ficar sujeito ao efeito demolidor de constatar um contra-exemplo?

Para decodificar o que diz o autor cita um exemplo de um diálogo imaginário de um médico com seu paciente:

> O senhor fuma?
> Fumo.
> Quanto?
> Mais de dois maços de cigarros por dia.
> É preciso que o senhor saiba que existe uma estatística que mostra que 70% dos que fumam essa quantidade de cigarros desenvolvem enfisema pulmonar depois de 15 anos do vício.
> E eu, doutor, que fumo há 12 anos, onde acabarei enquadrado? Entre os 70% ou entre os 30%?
> Essa resposta só se terá, programa o médico, daqui acerca de 03 anos (OLIVA, 2006, p. 34).

No nosso cuidado investigado esse exemplo acontece de forma mais construtiva e tudo depende de cada envolvido na cena do cuidado.

O cuidado expresso nessa categoria versa sobre o Pólo Epistemológico da prática metodológica. É onde se encontra o *pensar* (no plano do pensamento do enfermeiro). Situam as questões do cuidado do cliente portador do HIV/AIDS nos diferentes paradigmas.

Assim, refletindo sobre as condutas inesperadas expressas no ato de cuidar acerca do pensar/saber da prática de cuidar de enfermagem delineada pelos participantes da pesquisa, explicitamos que para discutir essa categoria exige um conhecimento amplo e profundo das questões epistemológicas da construção do conhecimento de enfermagem, bem como, explicar esse movimento constante dos contextos sociais, sociedade, que envolvem o nosso conhecimento do sujeito que é o objeto a ser cuidado e a ser conhecido.

Desta forma, as questões epistemológicas de enfermagem são os caminhos que percorrem as questões teóricas e práticas do conhecimento de enfermagem com uma consciência filosófica.

Ao pensarmos sobre o conhecimento do sujeito, os novos contextos históricos de cuidar, deparamos com diferentes os *paradigmas* que são “um grande norteador do sentir, pensar, e a agir humanos. Orienta, dirige, controla a organização dos raciocínios individuais e dos sistemas de idéias” (SILVA, 2003, p. 14).

Ainda menciona que:

> O paradigma controla também o campo cognitivo, intelectual e cultural onde nascem as teorias e os raciocínios. Controla, além disso, a epistemologia que controla a teoria e a prática que decorre da teoria. Esta noção encontra-se profundamente imersa no inconsciente individual e coletivo, no saber científico, mas também em todo o conhecimento, todo o pensamento. Assim, os indivíduos conhecem, pensam e agem segundo os paradigmas inscritos culturalmente neles (Op. cit, p. 14).

É a imagem do profissional refletida nos seus pensamentos, que através de uma vigilância crítica (simbolizada pela consciência, pela capacidade de raciocínio do indivíduo), apresentada nos dados produzidos, reflete a ética arraigadas nas suas ações, práticas e saberes. Considerando que, o cuidar em Enfermagem está arraigado a ética profissional e que no exercício da profissão o enfermeiro depara-se com alguns dilemas éticos; que podem diferencia o cuidado. Weber apud Bonet (2004) referência duas éticas: a ética de convicção e a ética de responsabilidade.

Sendo assim, o que atua amparado por uma ética de convicção não atribuirá às conseqüências de seus atos a si mesmo, mas ao mundo, a tolice dos homens ou à vontade de Deus. Pelo contrário, o adepto a ética de responsabilidade se perguntará pelas

conseqüências de seus atos e analisará o que é melhor, conforme a situação (BONET, 2004).

Assim, fundamentando a ambigüidade dos discursos apresentados nas unidades de significações produzidas pelos participantes ao refletir sobre o fazer/saber no cotidiano do cuidado, na tentativa de apresentarem uma postura ética – amparada na ética de responsabilidades - articulando o enfrentamento das dificuldades contextualizadas e a prática do cuidado de enfermagem ao cliente portador do HIV/AIDS (identificada mais no plano do pensamento).

E ressaltando como diferencial a menção de atitudes e experiências profissional como necessárias para a transferência de conhecimento e habilidades para agregarem valores econômicos à organização e valor social ao indivíduo. Bem como, a idéia de multiplicação da tríade (conhecimento, habilidade e atitude) para a obtenção de competência (MARX, 2006). Uma abordagem que nos remete a uma reflexão sobre o perfil do enfermeiro para o trabalho na instituição devido a sua especificidade e singularidade – observando os estágios para obtenção de habilidades pelo profissional no trabalho (BENNER apud VALADARES, 2001).

5- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em nossas considerações pensamos no delinear do fazer e do saber expresso no ato de cuidar dos participantes da pesquisa e algumas interrogações nos surgiram, que são referentes à importância do fazer. Praticamos as ações na prática embasadas nos eventos comuns da prática sem percebermos a diferenciação e a importância para cuidar dos eventos raros e extremos. Uma prática de cuidar que impõem uma ação de fazer-saber dinâmica que se articule com a eficácia do conhecimento, a subjetividade do sujeito e as transformações diárias do nosso contexto de cuidar (social, cultural, econômica, históricas).

A partir de algumas reflexões, conjeturamos que é imprescindível referir a importância dos signos no cuidar de enfermagem, na leitura do corpo em alguns momentos os enfermeiros não consideram os signos que esse corpo emite, não conseguem fazer a leitura do corpo, dando prioridade aos clientes que apresentam sinais e sintomas; deixando-os para um segundo plano, os que não apresenta problemas aparentes.

Os enfermeiros fazem o cuidado de enfermagem, pois possuem um saber e, porque fazem muitas vezes o profissional não considera se é científico ou empírico. Há pouca utilização de instrumentos científicos para fundamentar essa prática, o INESPERADO o não conhecimento do manual do Ministério da Saúde. Embora a maioria afirme que utiliza os fundamentos teóricos (adquiridos na graduação), que se utilizam das literaturas de enfermagem para direcionar o seu cuidar e demonstrem uma busca constante dos fundamentos científicos para correlacionarem com o *fazer e o saber* na prática do dia-a-dia de cuidar no IPEC.

Esse cuidar se apresentou para nós como resultados do *como faz e do por que faz* como dados objetivos – esperados e dados subjetivos – inesperados como respostas que se articulam nos dados brutos produzidos.

Assim, *condutas esperadas* estão relacionadas a um conhecimento que emerge do concreto, da prática, da doença e do que é possível ver, ouvir, tocar, para fazer a leitura dos *sinais e sintomas.* Acreditamos na veracidade que os cuidados realizados pelos enfermeiros são sobre um saber empírico, baseado na suas vivencias e experiência do cuidar do cliente HIV/AIDS.

Entretanto, *condutas inesperadas* estão relacionadas ao *pensam* que é a partir da atenção, à expressão e a subjetividade do corpo. Assim, nos indicam precisar *ver, ouvir* os clientes, entendido por nós como a melhora na *qualidade de escuta e tempo*.

Desta forma, como identificam os sinais e sintomas os enfermeiros precisam saber identificar os signos – precisam aprender a linguagem de expressão do corpo. A partir da importância de fundamentarmos algumas de nossas práticas e o cuidado sensível que a enfermagem realiza preocupando-se em entender as questões subjetivas que envolvem os seus objetos do cuidado, o corpo do outro, apresentando uma prática com as leituras dos signos – no corpo que é o objeto do cuidar.

O *signo* é referenciado por Barthes (1971, p. 39): “como uma coisa que, além da espécie ingerida pelos sentidos, faz vir ao pensamento por si mesmo, qualquer outra coisa”.

O *signo* tem significante (o conceito) e um significado (imagem dada pelo sujeito), mas nem sempre com a mesma significação, dependendo da interpretação individual do sujeito. Sendo assim, o significado do signo é instituído em comum por um grupo, sociedade, bases

culturais. Exemplificando: quando pertenço a um grupo a representação de um símbolo terá o mesmo signo – a lâmpada para a Enfermagem.

Significado é um conceito que fazemos do que nos é apresentado. Tal definição formará uma expressão psíquica a partir do que se apresenta. Isso acontece, por exemplo, quando se menciona a palavra *chuva* e automaticamente relaciona-se à ação de chover. Cria-se mentalmente a imagem da palavra. (BARTHES, 1971)

A *significação* é um processo, é o ato que liga o significado ao significante, ato cujo produto é o signo. E Saussure apud Barthes (1971, p. 53): "o significado não é a coisa e sim a representação psíquica da coisa (conceito); a associação entre o som e a representação psíquica é o fruto de uma preparação coletiva – que é a significação".

Para Barthes (1971, p. 43) O significante é o "elemento que impressiona nossos sentidos, é a expressão do signo". Já o significado é o "conteúdo", "a interpretação de um signo, uma representação psíquica". Assim é possível incluir um olhar clinico de nossas condutas de cuidar os significantes que estão no corpo e no ambiente para que tenhamos uma posição mais acertada acerca do cuidado que queremos fazer.

Há uma identificação dos aspectos mais sensíveis nas expressões do corpo/objeto do cuidado pelos enfermeiros que foram assinalados em algumas unidades de significações, embora não sejam identificados como signos expressos pelo corpo – pelos enfermeiros, pois desconhecem esse saber, e são exemplificadas a seguir:

> **E(9)[3]:** *"Mas o conforto que eu posso dar. O ouvir, o estar atento aos sinais que eles apresentam nesse período de internação, nesse período de afastamento de sua família, na angustia de conviver como o vírus, com a angustia de estar separado e com a sensação de discriminação de estar sendo julgado. Uma assistência não só voltada pra parte técnica, para a aproximação emocional desse doente".*
>
> **E(9)[4]:** *"Parar e olhar não só o doente que apresenta um quadro clínico uma manifestação clínica, mas também alguém que está ali em cima de uma cama ou mesmo que deambula; mas*

> *pela própria medicação ver sua cor de pele modificada, ver corpo a sua auto-imagem totalmente modificada daquela que costuma ter. Uma série de outras questões pessoais que estão ali e não tem como manifestar já que a gente não tem esse Aproxi com o doente porque a gente tem muita coisa pra fazer".*
>
> **E(9)**[8]**:** *"Ter o olhar diferenciado para entender não só a manifestação de voz para aqueles que também não tem uma manifestação na fala, mas a gente ouvir e vê outros sinais que esse cliente emite pra gente, às vezes nem ele mesmo está percebendo, está entendendo o que está acontecendo com ele, às vezes no olhar a gente percebe um estagno, consegue perceber uma outra manifestação que a gente vai associando com o conhecimento técnico que a gente tem não só da doença, mas de tudo que interage com esse doente".*

Esse pensar e querer conhecer foram decodificados por nós como um *desejo* não expressado de produzir/mostrar os conhecimentos que existem na prática de cuidar. Os resultados, desconstroem um discurso *insistente* de que *quando fazemos não pensamos* ou *quando pensamos não fazemos* ainda remanescente do discurso cartesiano – corpo/mente; também reafirmado por pesquisas anteriores, em que os enfermeiros não conseguem se utilizar de protocolos próprios ou dos processos de cuidados sugeridos pelas teóricas ou conselhos de enfermagem, mas que cada uma tem uma rotina de cuidar própria onde os indutores de todos os profissionais são os clientes que necessitam de cuidados.

Um fazer/saber repleto de conhecimento acumulado na graduação e o tempo, bem como a partir da prática cotidiana, as especificidades da prática – marcas das pelas áreas de atuação. Um desejo simbolizado no fazer/saber pela busca de abordagens mais totalizantes - reversão do modelo biomédico para o sistêmico. E um fazer/saber caracterizado pelo trabalhar nesse contexto marcado pela ambigüidade dos modelos assistenciais.

A partir daí, a preocupação do estudo está inserida em propor a utilização de um instrumento que possa dar conta de abordar a subjetividade e o desejo do sujeito, já que o processo de enfermagem não é realizado pela maioria dos participantes do estudo.

O processo de enfermagem é apenas uma parte para realizar-se a SAE, e devido à especificidade do cliente e do espaço de cuidar é imprescindível iniciar-se um

movimento/ações para implementar a sistematização assistência de enfermagem (SAE) que englobe o cliente HIV/AIDS atendido no IPEC. Mas essa implantação SAE deve ser de uma forma coerente e planejada. Começando com o aumento dos recursos humanos – enfermeiros e técnicos de enfermagem (conforme as unidades de significações apresentadas no Quadro XVI são inadequadas – falta tempo para o enfermeiro de dedicar ao cliente – dificuldades cotidianas no cuidar – são referenciadas a falta de pessoal e material).

6- REFERÊNCIAS

1. ALFONSO, R.A.; RICARDO, F.M.E.; FELIÚ, L.N.; BENÍTEZ, M.D. Herpes simples y varicela zoster em pacientes seropositivos al VIH y SIDA diagnóstico en el instituto “Pedro Kouri” función de la enfermeira. **Rev. cuba. enferm**., 13(1):41-46, 1997.

2. ALMEIDA, M.C.P. e ROCHA, J.S.Y. **O saber de Enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1986.

3. ALMEIDA, M.R. de; CASSIA, B. de; LABRONICI, L.M. A trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contada pela historia oral. **Cienc. saúde coletiva**., v.12, n.1, p. 263-274, 2007.

4. ALVES, I. C.; PADILHA, M.I.C. de S.; MANCIA, J.R. A equipe de enfermagem e o exercício do cuidado a clientes portadores de HIV/AIDS. **Rev. Enferm. UERJ**., v. 12, nº. 2, p.133-139, maio - ago, 2004.

5. ARAÚJO, E.C. de, VASCONCELOS, E.M.R. de; LIMA, L.S. de. Os padrões de conhecimento de Enfermagem relacionados à síndrome da imunodeficiência adquirida em adolescentes. **On-line Braz. j. nurs. (On-line),** v.4, n2, p1-8, 2005.

6. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

7. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 10520**: informação e documentação: citações em documentos: apresentação. Rio de Janeiro, 2002.

8. BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições, 2008.

9. BARTHES, R. **Elementos de Semiologia**. São Paulo: Cultrix, 1971.

10. BONET, O. **Educação em Saúde, cuidado e integralidade de fatos sociais totais e éticas.** In: Pinheiro R, Mattos RA. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec: Abrasco; 2004.

11. BRANDÃO, E. da S.; SANTOS, I. e GAUTHIER, J.Z. **O corpo – território mínimo do cuidado de Enfermagem aos clientes com afecções cutâneas: Paradigma Sociopoético. In**: SANTOS, I. dos; GAUTHIER, J.; FIGUEIREDO, N.M. A. de e PETIT, S.H. Práticas da Pesquisa nas Ciências Humanas e Sociais: Abordagem Sociopoética. (Série Atualização em Enfermagem) v. 3, São Paulo: Atheneu, 2005.

12. BRASIL. Ministério da Saúde. **Aids no Brasil**, 2007. Acessado em 13/08/2008. Disponível em: www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS13F4BF21PTBRIE.htm

13. BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes e normas reguladoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Conselho Nacional de Saúde, Resolução nº. 196/96, 1996.

14. BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de orientação básica para a equipe de Enfermagem: prevenção do HIV e assistência a pessoas portadoras do HIV e da AIDS.** s.d. 220p.

15. BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV e Aids (UINAIDS). **Boletim Epidemiológico 2007**. Disponível na internet. www.onu-brasil.org.br/doc/BoletimEpidemigico2007-Release.doc Acessado em 11/11/2008

16. BRASILEIRO, M.; FREITAS, M.I. de F. Social representations about aids in people over 50, infected by HIV. **Rev. latinoam. enferm**.,v.14, n.5, p.789-795, 2006.

17. BOTÍM, M. H.; PEREZ, A. M. P.; CAMINOS, C. F. Salud y enfermedad: palabras cruzadas. **Enfermeria Científica**., v.122, p.4-71, 1992.

18. CAETANO, J.Á.; PAGLIUCA, L.M.F. Cartilha sobre auto-exame ocular para portadores do HIV/AIDS como tecnologia emancipatória: relato de experiência**. Rev. eletrônica enferm**., v.8, n.2, p.241-249, 2006.

19. CAETANO, J.Á.; PAGLIUCA, L.M.F. Self-care and HIV/aids patients: nursing care systematization. **Rev. latinoam. enferm**., v.14, n.3, p.336-345, 2006.

20. CHAUÍ, M. **Intuição**. Disponível na Internet. http://www.ateus.net/artigos/filosofia/convite_a_filosofia_2html. Acesso em 22/05/2008.

21. CAPPI, D.R. de S; JESUS-JULIANA, G. de; NICHIATA. L.Y.I.; TAKAHASHI, R.F. Atuação de estudantes de Enfermagem em um centro de orientação e aconselhamento (COAS) para HIV: relato de experiência. **Rev. latinoam. enferm**., v.9, n.1, p.66-72, 2001.

22. CARDOSO, A.J.C.; SOUZA, J.C.B.; SILVA, I.; BARREIRA, D. O concurso nacional de artigos científicos como estratégia de desenvolvimento das pessoas que trabalham com HIV/AIDS. **Epidemiol. serv. Saúde**., v.14, n.2, p.79-84, 2005.

23. CARVALHO, V. de. Enfermagem fundamental – predicativos e implicações. **Rev. Latino-am de Enfermagem.**, Ribeirão Preto, v.11, n.5, p. 1-17, set./out., 2003.

24. CARVALHO, V. de. **Por uma epistemologia do cuidado de enfermagem e a formação dos sujeitos do conhecimento na área da enfermagem: do ângulo de uma visão filosófica**. [Tema apresentado no CBEn/ Belo Horizonte], 2008.

25. CARVALHO V. de **Sobre Enfermagem: Ensino e Perfil Profissional**. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2006.

26. CASANOVA, C.C. Situación epidemiológica de la infección por el H en el área de salud del policlinico héroes del Moncada. **Rev. cuba. Enferm**., v.22, n.2, p.1-7, 2006.

27. CASCARDO, E.F. A Reconfiguração do Serviço de Enfermagem do Hospital Evandro Chagas: 1985 – 1989. (**Dissertação de mestrado em Enfermagem**). Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), R.J., 2007.

28. COFEN/Conselho Federal de Enfermagem. **RESOLUÇÃO COFEN-272/2002**. Disponível na Internet. http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7100&sectionID=34 Acessado em 11/11/2008.

29. DESLANDES, S. F. (org.) – **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

30. FERNANDES, A.P.M.; GONÇALVES, M.A.G.; MACHADO, A.A.; HAYASHIDA, M.; GIR, E.; DONADI, E.A.; RODRIGUES, M. de L.V. Maior sobrevida em pacientes com marcadores imunogenéticos de rápida progressão para a AIDS: subsídios para a assistência de Enfermagem. **Rev. latinoam. enferm**., n.13, n.2, p.229-234, 2005.

31. FERNANDES, A.P.M.; SANCHES, R.S.; MILL, J.; LUCY, D.; PALHA, P.F.; DALRI, M.C.B. Lipodystrophy syndrome associated with antiretroviral therapy in HIV pacients: considerations for psychosocial aspects: [review], **Rev. latinoam. enferm**., v.15, n.5, p.1041-1045, 2007.

32. FERNANDES, H.; HORTA, A.L. de M. Percepção de alunas de graduação em Enfermagem sobre parceiras sorodiscordantes para o HIV/AIDS. **Rev. latinoam. enferm**., v.13, n.4, p.522-529, 2005.

33. FERREIRA, M. de A. A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem.** v. 59, n. 3, p. 327-330, mai/jun., 2006.

34. FIGUEREIRO, N.M.A de. **Uma perspectiva do cuidar em Enfermagem considerando a estética, ecosofia e autopoiese. IN**: SANTOS, Iraci dos et al. Enfermagem Assistencial no ambiente hospitalar: realidade. Questões e soluções. São Paulo: Atheneu, v.2, 2005.

35. FIGUEREDO, N.M.A.de; SANTOS, Iraci de. **Introduzindo a Enfermagem Clínica no Ambiente Terapêutico Hospitalar**. **IN**: SANTOS, Iraci dos et al. Enfermagem Assistencial no ambiente hospitalar: realidade. Questões e soluções. São Paulo: Atheneu, v.2, 2005.

36. FIGUEREDO, N.M.A.de; FRANCISCO, M.T.R.; TONINI, T. **Ecologia do ambiente terapêutico do cuidar: interações da Enfermagem. IN**: SANTOS, Iraci dos et al. Enfermagem Assistencial no ambiente hospitalar: realidade. Questões e soluções. São Paulo: Atheneu, v.2, 2005.

37. FOUCAULT, M. **O nascimento da Clínica**. Tradução: Roberto Machado. 6ª edição. Rio de Janeiro: Editora Florense Universitária, 2004.

38. FREITAS, M.R.I. de; GIR, E.; RODRIGUES, A.R.F. Dificuldade sexual vivenciada por mulheres em crise de HIV-1. **Rev. latinoam. enferm**., v.8, n.3, p.76-83, 2000.

39. GABRIEL, R.; BARBOSA, D.A.; VIANNA, L.A.C. Perfil epidemiológico dos clientes com HIV/AIDS da unidade ambulatorial de hospital escola de grande porte: município de São Paulo. **Rev. latinoam. enferm**., v.13, n.4, p.509-513, 2005.

40. GALVÃO, M.T.G.; PAIVA, S. de S.; SAWADA, N.O.; PAGLIUCA, L.M.F. Análise da comunicação proxêmica com portadores de HIV/AIDS. **Rev. latinoam. enferm**., v.14, n.4, p.491-496, 2006.

41. GEORGE, Julia B. e colaboradores. **Teoria de Enfermagem: os fundamentos à pratica profissional.** Porto Alegre: Artmed, 2000.

42. GEOVANINI T. et. al. **História da enfermagem: versões e interpretações.** Rio de Janeiro: Livraria Editora Revinter, 2002.

43. GIL, José E. **Metamorfoses do corpo**. Lisboa: Antropos, 1997.

44. GIL LANZ A.; RODRÍGUEZ, D.L. Enfermedades de transmisión sexual en el curso del VIH/SIDA sanatório Santiago de las Vegas 1997-1998. **Rev. cuba. enferm**., v.15, n.2, p.90-98, 1999.

45. GIR, E.; VAICHULONIS, C.G.; OLIVEIRA, M.D. de. Adesão à terapêutica anti-retroviral por indivíduo com HIV/AIDS assistidos em uma instituição do interior paulista. **Rev. latinoam. enferm**., v.13, n.5, p.634-641, 2005.

46. GOMES, V.L. de O.; BACKES, V.M.S.; PADILHA, M.I.C. de S.; VAZ, M.R. de C. Evolução do conhecimento científico na Enfermagem: do cuidado popular à construção de teorias. **Universidad de Antioquia/facultad de Enfermería/ Investigación y Educación en Enfermería/Medellin**., v.15, n.2, p. 108-114, 2007.

47. GRAMSCI, A. ***Cadernos do cárcere***. Ed. Carlos Nelson Coutinho, com a colaboração de Luiz Sérgio Henriques e Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, v. 4, 2001.

48. GRILO, A. M. Temáticas centrais implicadas na vivência da infecção por VIH/SIDA. **Psicologia, Saúde, & Doença**, v.2, n. 2, p. 101-118, 2001.

49. HORTA, W. **Processo de Enfermagem.** São Paulo: EPU, 1979.

50. JAPIASSU, Hilton e MARCONDES, Danilo. **Dicionário de filosofia.** Rio de Janeiro: Zahar, 2ª edição, 1995.

51. JEAMMET, P; REYNAUD, M; CONSOLI, S. **Psicologia Médica**. Rio de Janeiro: MEDSI editora Médica e Científica Ltda. 2000.

52. LIMA, G.S.; CAVALCANTE, T.M.C.; ISABELLA, A.P.J. MAGALHÃES, A.S. Assistência de Enfermagem a um paciente enfartado portador de HIV, baseada na teoria do autocuidado: estudo de caso. **Acta Paul Enferm**., v.20, n.4, p.452-457, 2007.

53. LIMA, Maria José de. O que é Enfermagem. São Paulo: Brasiliense, 1994.

54. LOPES NETO, D.; PAGLIUCA, L.M.F. Abordagem holística do termo pessoa em um estudo empírico: uma análise crítica. **Rev. latinoam. enferm**.,10(6):825-830, 2002.

55. MACHADO, A.A.; COSTA, J.C. da; GIR, E.; MORIYA, T.M.; FIGUEIREDO, F. de C. Risco de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) em profissionais de saúde. **Rev. saude publica = J. public health**., v.26, n.1, p.54-56, 1992.

56. MARCIEIRA, R. de C. **O sentido da vida na experiência de morte: uma visão transpessoal**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

57. MARX, L.C. **Competências da Enfermagem: sedimentadas no Sistema Primary Nursing**. Petrópolis, RJ: EPUB, 2006.

58. MARZIALE, M.H.P.; NISHIMURA, K.Y.N.; FERREIRA, M.M. Riscos de contaminação ocasionados por acidentes de trabalho com material perfuro-cortante entre trabalhadores de Enfermagem. **Rev. latinoam. enferm**., v.12, n.1, p.36-42, 2004.

59. MINAYO, Mª. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo, editora: Hucitec, 2006.

60. MINAYO, M.C.; DESLANDES, S.F. (org) **Caminhos do pensamento epistemológicos e método.** (Coleção criança, mulher e saúde). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

61. MONTICELLI, M.; SANTOS, E.K.A. dos; ERDMANN, A.L. Being an HIV-positivo mother: meanings for HIV-positive women and for professional nursing staff. **Acta paul. enferm**., v. 20, n. 3, p. 291-298, 2007.

62. MORIN, E. **A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

63. NIGHTINGALE, Florence. **Notas sobre a Enfermagem: o que é e o que não é/ Florence Nightingale;** prefácio de Ieda Barreto e Castro; tradução Amália Correa de Carvalho. São Paulo: Cortez; [Ribeirão Preto, SP]: ABEN-CEPEN, 1989.

64. PAI, D.D. ; SHRANK, G; PEDRO, E.N.R. O Enfermeiro como ser social-politico: refletindo a visibilidade da profissão do cuidado. **Acta Pau Enferm**, v.19, n. 1, p. 82-87, 2006.

65. PEDRO, R. de J. UNIVERSIA-BRASIL. **AIDS no mundo**. Publicado em 02/06/2006. Disponível na Internet. www.universia.com.br/materia/materia.jsp?materia=11083-39k Acessado em 11/11/2008.

66. POLIT, Denise F.; BECK, C. T. e HUNGLER, B. P. **Fundamento de Pesquisa de Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. R.S., Editora: Artmed, 2004.

67. POPE, C. e MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Trad. Ananyr Fajardo, 2ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2005.

68. OLIVA, A. **Cabe ainda inovar o método científico universal? In:** SOUZA, A.N. e PITANGUI, J. (org). Saúde, Corpo e Sociedade. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2006.

69. OLIVEIRA, D. ; COSTA, T.L. da; GOMES, A.M.T.; ACIOLI, S.; FORMOZO, G.A.; HERINGER, A.; et al. Análise da produção do conhecimento sobre o HIV/AIDS em resumos de artigos. **Texto & contexto enferm**., v.15, n.4, p.654-662, 2006.

70. OLIVEIRA, M.A.F.C.; BUENO, S.M.V. Comunicação educativa do enfermeiro na promoção da saúde sexual do escolar. **Rev. latinoam. enferm**., v. 5, n.3, p.71-81, 1997.

71. REIS, R.K.; GIR, E.; CANINI, S.R.M. S. Accidents with biological material among undergraduate nursing students in a Public Brasilian University. **Braz. J. Infect. Dis**., v.8, n.1, p. 18-24, 2004.

72. RIBEIRO, J. **O abandono da África.** Disponível na Internet. www. ambienteemfoco.com.Br/? Acessado em 21/10/2008.

73. RIBEIRO, J.M.; COSTA, N. do R.; PINTO, L.F. da S; SILVA P.L B. Atenção ao pré-natal na percepção das usuárias do sistema único de saúde: um estudo comparativo. **Cad. saude publica = Rep. public health**., v.20, n2, p.534-545, 2004.

74. SANCHES, K.R. de B. **A AIDS e as mulheres jovens: uma questão de vulnerabilidade** [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP, 1999.

75. SANTOS. Milton. Metamorfose de espaço habitado. São Paulo: Hucitec, 1988.

76. SANTOS, Iraci dos; GAUTHIER, Jacques. **Enfermagem: análise institucional e sócio-poética**. Rio de Janeiro, Editora: Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, 1999.

77. SANTOS, Sergio R. dos. Sistema de informação em enfermagem: interação do conhecimento tácito - explicito. **Rev. Bras. Enferm**. , v. 58, nº 1, p.100-104, 2005.

78. SCHAURICH, D.; COELHO, D.F. e MOTTA, M. da G.C. da. A cronicidade no processo saúde-doença: repensando a epidemia da AIDS após os anti-retrovirais. **Rev. Enferm. UERJ**. V.14, n.3, p.455-462, 2006.

79. SÊCCO, I.A. de O.; GUTIERREZ, P.R.; MATSUO, T.; ROBAZZI, M.L. do C.C. A equipe de Enfermagem de hospital escola público e os acidentes de trabalho com material biológico. **Semina cienc. biol. saúde**., v.24, p.21-36, 2003.

80. SENA, C.A.; CARVALHO, E.C. de; ROSSI L.A.; RUFFINO, M.C. Estratégias de implementação do processo de Enfermagem para uma pessoa infectada pelo HIV. **Rev. latinoam. enferm**., v.9, n.1, p.27-38, 2001.

81. SOLLÉ CASTELLANOS, M.V.; CIRIA, M.N. Pesquisaje de tuberculosis pulmonar em pacientes VIH/SIDA. **Rev. cuba. enferm**., v.16, n. 2, p. 96-100, 2000.

82. SILVA, Ana Lúcia da; CIAMPONE, Maria Helena Trench. Um olhar paradigmático sobre a Assistência de Enfermagem - um caminhar para o cuidado complexo. **Rev Esc Enferm USP**., 2003; 37(4):13-23.

83. SILVA, M. J. P. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde.** São Paulo: Ed. Loyola, 2005.

84. SILVA, M. J. P. **Qual o tempo do cuidado? Humanizando os cuidados de enfermagem**. Ed. Loyola, São Paulo, 2004.

85. SHINYASHIKI, G.T.; TREVIZAN, M.A.; MENDES, I.A.C. Sobre a criação e a gestão do conhecimento organizacional. **Rev. Latino-am Enfermagem**., v.11, nº. 4, p. 499-506, jul./ago., 2003.

86. SHIRATOR, I. K.; TEIXEIRA, M.S.; AGUIAR, S. da S.; FORMOSO, G.A. **Tecnologia na Bioética e Tecnociência. In:** FIGUEIREDO, N.M.A. de; VIANA, D.L. Fundamentos do uso de Tecnologias na Enfermagem. São Paulo: Yedis, 2006.

87. SOUSA, A.S. de; KANTORSKI, L.P.; BIELEMANN V, L.M. de. A AIDS no interior da família: percepção, silêncio e segredo na convivência social. **Acta sci., Health sci**., v. 26, n.1, p.1-9, 2004.

88. STEFANELLI, M.C.; GUALDA, D.M.R.; FERRAZ, A.F. A convivência familiar do portador de HIV e doente com Aids. **Fam. Saúde Desenv. Curitiba**., v. 1, nº.1/2, p.67-74, jan./dez. 1999.

89. TALED, N.N. **A lógica do cisne negro: o impacto do altamente improvável**. Tradução de Marcelo Schild. Rio de Janeiro: editora Best Seller, 2008.

90. THIENGO, M.A.; OLIVEIRA, D.C. de; RODRIGUES, B.M.R.D. Representações sociais do HIV/AIDS entre adolescentes: implicações para os cuidados de Enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**., v.39, n.1, p. 68-76, 2005.

91. TORRES, G. de V; RUFFINO, M.C. Competência técnica na prevenção do HIV/AIDS: validação de um instrumento. **Rev. latinoam. enferm**., v. 9, n.6, p.7-12, 2001.

92. TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da Pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemiológica, discussão comparada e aplicada nas áreas de saúde e humanas**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

93. UNIVERSIA-BRASIL. **AIDS no mundo**. Publicado em 02/06/2006 **-** 00h01min. Disponível na Internet. www.universia.com.br/materia/materia.jsp?materia=11083 - 39k Acessado em 25/09/2008.

94. VALADARES, G.V. **O trabalho da enfermeira em hemoterapia: uma prática especialista**. [dissertação de mestrado] Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ, 2001.

95. VAZ, M.J. R.; BARROS, S.M.O. de. Redução da transmissão vertical do HIV: desafio para a assistência de Enfermagem. **Rev. latinoam. enferm**., v.8, n.2, p.41-46, 2000.

96. VAZ, M.J.R.; BARROS, S.M.O. de. Gestantes infectadas pelo HIV: caracterização e diagnósticos de Enfermagem**. Acta paul. enferm**., v.15, n.2, p.7-17, 2002.

97. XAVIER, I.M.; LEITE, J.L.; BRAGA, G.M.; NUNES, P.H.S. Enfermagem e AIDS: saber e paradigma. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.5, n. 1, p.65-73, 1997.

Apêndices

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado

Apêndice I – Roteiro de entrevista

E nº( )

1-Qual a sua idade?

2-Qual é o seu tempo de trabalho no IPEC?

3-Qual o seu tempo de formação?

4-Onde atua no IPEC?

5-Como você estabelece o plano de cuidado para os seus clientes HIV/AIDS?

6-Por que determina dessa forma o plano?

7-O que você pensa quando estabelece o seu modo de cuidar?

8-Explique o seu pensamento:

9-Como é o cliente portador do HIV/AIDS nos aspectos físicos, emocionais e sociais?

10-Explique agora o porquê desse ponto de vista?

11-Quando você estabelece o plano de cuidar, segue o processo de Enfermagem todo ou só em parte?

12-Se fizer quais as etapas que realiza anamnese, identificação de problemas, diagnóstico, intervenção, avaliação?

13-O que você incluiria como essencial para cuidar do cliente HIV/AIDS?

14-Como você utiliza o Manual de atribuições para o enfermeiro no controle da AIDS estabelecido pelo MS?

15-Se você não se orienta pelo manual que orientações seguem? Fundamentos teóricos de cuidar, Fundamentos científicos de cuidar ou Conhecimentos empíricos adquiridos no exercício da profissão?

16- Explique como faz e por que faz isso:

17- Quais as orientações do Manual, você segue?

() todas () em parte () nenhuma

18- Se você usa o manual para fazer o cuidado qual é o caráter de sua escolha:

Caráter Assistencial ()

Caráter Organizacional ()

Caráter Pedagógico ()

Todos ()

19-Explique como faz essa escolha ou se escolheu as 3 explique cada uma delas:

20-O que você pensa quando faz a escolha do caráter para atender as atribuições do enfermeiro definido no manual?

21-Fazendo uma reflexão sobre o manual você acha que ele atende a todas as questões que envolvem o cliente que você cuida:

() sim () não

22-Explique qualquer uma das respostas:

23-Finalmente que elementos você incluiria no manual, que foram identificados, que pode não ter sido privilegiado para o cliente HIV/AIDS?

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado
Apêndice II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado Participante

Sou mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. Estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada – CONDUTA CLÍNICA de Enfermagem para Cuidar de clientes com HIV/AIDS: o que sabem e o que fazem os enfermeiros do IPEC.

Esta pesquisa tem como objeto de estudo o fazer e o saber, expresso no cuidado prestado pelos enfermeiros ao cliente com HIV/AIDS do IPEC. E apresentará como objetivos: identificar nas falas dos enfermeiros como e o que é saber e fazer expressos no ato de cuidar de clientes com HIV/AIDS; caracterizar esse saber e esse fazer expressão do conhecimento de Enfermagem destacando o que já é definido e o que é novo ou não registrado pelos enfermeiros e contribuir para ampliação do que está definido no Manual do Ministério da Saúde como atribuições do enfermeiro a partir do que falam os enfermeiros.

Para viabilizar a pesquisa optou-se pela entrevista como instrumento de produção de dados, que será gravada e transcrita na íntegra e novamente apresentada ao relator para confirmação. A análise de dados será realizada com o referencial teórico de Bardin.

É importante que, ao participar, você saiba que nos comprometemos a atender à Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos no que se refere a:

- Garantir sigilo que assegure a privacidade dos participantes quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa.
- Dar liberdade ao participante de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo. Além disso, é importante destacar que, **esse consentimento autoriza** os pesquisadores no que se refere à divulgação dos resultados parciais e/ou totais do estudo em eventos científicos, sem divulgar os participantes.

Atenciosamente,
Adriana Silva Muniz
Pesquisador
Telefones para contato: 2623-2320 e 9176-0709

Eu, _____ declaro **estar ciente** da finalidade da pesquisa intitulada – CONDUTA CLÍNICA de Enfermagem para Cuidar de clientes com HIV/AIDS: o que sabem e o que fazem os enfermeiros do IPEC e **estou de acordo em participar do referido.**

Rio de Janeiro, ___ de _____de 2008.

Assinatura do participante da pesquisa:

_____

Assinatura do Pesquisador:

_____

Assinatura da Testemunha:

Assinatura da Testemunha:

Telefone do CEP/IPEC: (021) 3865-9588.

Anexos

ANEXO I – CARTA APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ETICA

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas

I P E C

Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER CONSUBSTANCIADO – 035/2008

Protocolo 0007.0.009.000-08

1. Identificação:
Título do Projeto: "Conduta Clínica de Enfermagem para Cuidar do Cliente com HIV/AIDS: o que sabem e o que fazem as enfermeiras do IPEC".
Pesquisador Responsável: Mestranda Adriana Silva Muniz (IPEC).
Orientadora: Nebia Maria Almeida de Figueiredo (UNIRIO).
Instituição Responsável: Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas/FIOCRUZ.
Data de Apresentação ao CEP: 14/02/2008.

2. Sumário:
Apresenta como objetivos: 1) identificar nas falas dos enfermeiros como e o que é saber e fazer expressos no ato de cuidar de clientes com HIV/AIDS; 2) caracterizar esse saber e esse fazer expressão do conhecimento de enfermagem destacando o que já é definido e o que é novo ou não registrado pelos enfermeiros; 3) contribuir para a ampliação do que está definido no Manual do MS como atribuições do enfermeiro a partir do que falam os enfermeiros. Trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa, porque pretendemos saber com os enfermeiros pensam e fazem o cuidado. O cenário da pesquisa será o Instituo de Pesquisa Evandro Chagas (IPEC) no município do Rio de Janeiro, com os enfermeiros do ambulatório, do hospital-dia e do hospital (HEC). A coleta de dados será mediante a técnica de entrevistas semi-estruturada para coleta de informações, utilizar-se-á um roteiro de entrevista, em fase de teste, contendo perguntas abertas e fechadas, que serão gravadas e transcritas na íntegra apenas para esta pesquisa.

3. Observações Gerais: (Atendendo à Resolução CNS 196/96).
Projeto com delineamento adequado. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com linguagem acessível ao sujeito da pesquisa. A responsabilidade do custo estabelecido pelo orçamento da pesquisa é totalmente do pesquisador.

4. Diligências:
Sim. Foram satisfeitas.

Parecer: APROVADO.

Data: 18 de agosto de 2008.

Assinatura do Coordenador:

Dr.ª Léa Camillo-Coura
Coordenadora do Comitê
de Ética em Pesquisa
IPEC / FIOCRUZ

ANEXO II - SISTEMATIZAÇÂO DA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM (SAE)

2- RESOLUÇÃO COFEN-272/2002 (Sistematização da Assistência de Enfermagem)

O Conselho Federal de Enfermagem - COFEN, no uso de suas atribuições legais e regimentais;

CONSIDERANDO a Constituição Federativa do Brasil, promulgada em 05 de outubro de 1998 nos artigos 5º, XII e 197;

CONSIDERANDO a Lei nº. 7.498/86 c.c. o Decreto nº. 94.406/86, respectivamente no artigo 11, alíneas "c", "i" e "j" e artigo 8º, alíneas "c", "e" e "f";

CONSIDERANDO o contido no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, aprovado pela Resolução COFEN 240/2000;

CONSIDERANDO o disposto nas Resoluções-COFEN n^{os} 195/1997, 267/2001 e 271/2002;

CONSIDERANDO que a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE, sendo atividade privativa do enfermeiro, utiliza método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando ações de assistência de Enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade;

CONSIDERANDO a institucionalização da SAE como prática de um processo de trabalho adequado às necessidades da comunidade e como modelo assistencial a ser aplicado em todas as áreas de assistência à saúde pelo enfermeiro;

CONSIDERANDO que a implementação da SAE constitui, efetivamente, melhora na qualidade da Assistência de Enfermagem;

CONSIDERANDO os estudos elaborados pela CTA/COFEN, nos autos do PAD-COFEN Nº. 48/97;

RESOLVE:

Art. 1º - Ao Enfermeiro incumbe:

I - Privativamente:
A implantação, planejamento, organização, execução e avaliação do processo de enfermagem, que compreende as seguintes etapas:

Consulta de Enfermagem.

Compreende o histórico (entrevista), exame físico, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem.

Para a implementação da assistência de enfermagem devem ser considerados os aspectos essenciais em cada uma das etapas, conforme descrito a seguir:

Histórico: Conhecer hábitos individuais e biopsicossociais, visando à adaptação do paciente à unidade de tratamento, assim como a identificação de problemas.

Exame Físico: O Enfermeiro deverá realizar as seguintes técnicas: inspeção, ausculta, palpação e percussão, de forma criteriosa, efetuando o levantamento de dados sobre o estado de saúde do paciente e anotação das anormalidades encontradas para validar as informações obtidas no histórico.

Diagnóstico de Enfermagem: O Enfermeiro após ter analisado os dados colhidos no histórico e exame físico, identificará os problemas de enfermagem, as necessidades básicas afetadas e grau de dependência, fazendo julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família e comunidade, aos problemas, processos de vida vigentes ou potenciais.

Prescrição de Enfermagem: É o conjunto de medidas decididas pelo Enfermeiro que direciona e coordena a assistência de Enfermagem ao paciente de forma individualizada e contínua, objetivando a prevenção, promoção, proteção, recuperação e manutenção da saúde.

Evolução de Enfermagem: É o registro feito pelo Enfermeiro após a avaliação do estado geral do paciente. Desse registro constam os problemas novos identificados, um resumo sucinto dos resultados dos cuidados prescritos e os problemas a serem abordados nas 24 horas subseqüentes.

Artigo 2º - A implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - deve ocorrer em todas as instituições de saúde, públicas e privadas.

Artigo 3º - A Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - deverá ser registrada formalmente no prontuário do paciente/cliente/usuário, devendo ser composta por:

-Histórico de enfermagem

-Exame Físico

-Diagnóstico de Enfermagem

-Prescrição da Assistência de Enfermagem

-Evolução da Assistência de Enfermagem

-Relatório de Enfermagem

Parágrafo único: Nos casos de Assistência Domiciliar - HOME CARE - este prontuário deverá permanecer junto ao paciente/cliente/usuário assistido, objetivando otimizar o andamento do processo, bem como atender o disposto no Código de Defesa do Consumidor.

Artigo 4º - Os CORENS, em suas respectivas jurisdições, deverão promover encontros, seminários, eventos, para subsidiar, técnica e cientificamente, os profissionais de Enfermagem, na implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE;

Artigo 5º - É de responsabilidade dos CORENS, em suas respectivas jurisdições, zelar pelo cumprimento desta norma.

Artigo 6º - Os casos omissos serão resolvidos pelo COFEN.

Artigo 7º - A presente resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 27 de agosto de 2002.

Gilberto Linhares Teixeira
COREN-RJ Nº. 2.380
Presidente

Carmem de Almeida da Silva
COREN SP Nº. 2254
Primeira-Secretaria

ANEXO III – DECLARAÇÃO DE MANUSCRITO

Nursing

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o artigo "Central de Material Esterilizado (CME): a infecção pelo *Clostridium difficile*"**, tendo como autores: Adriana Silva Muniz, Carla Dias de Castro e Vanderléia Poeys Cabral, recebido em 29 de outubro de 2007, encontra-se em poder do Conselho Científico da Revista Nursing para avaliação.**

São Paulo, 28 de fevereiro de 2008.

Profª Drª Ariadne da Silva Fonseca
Diretora Científica da Revista Nursing

ANEXO IV – DECLARAÇÃO DE MANUSCRITO

Rio de Janeiro, 14 de julho de 2009

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que o artigo **Classificação de risco: o emprego do computador pelo enfermeiro na UPA-24 horas Irajá/RJ**, de autoria de ADRIANA SILVA MUNIZ, DANIEL SILVA GUANADEIRO, DENISE YOKOYAMA ALVES, NÉBIA MARIA ALMEIDA DE FIGUEIREDO e LUIZ CARLOS SANTIAGO foi apresentado a esta Revista em 26 de agosto de 2008 com vistas à publicação e está em processo de avaliação.

Araci Carmen Clos

ARACI CARMEN CLOS

Editora Assistente

ANEXO V – DECLARAÇÃO DE MANUSCRITO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
REVISTA ELETRÔNICA DE ENFERMAGEM
Goiânia – Goiás www.fen.ufg.br

Goiânia, 15 de julho de 2008.

Of. REE-FEN/UFG nº. 08188b/2008
De: Prof. Dr. Marcelo Medeiros
(Editor da Revista Eletrônica de Enfermagem)
Para: Alessandra Pinto da Silva, Adriana Silva Muniz, Denise Yokoyama Alves, Luiz Carlos Santiago.

Informamos que o artigo intitulado **"O emprego do computador na Unidade de Pronto Atendimento: um relato de experiência"** foi protocolado na Revista Eletrônica de Enfermagem em 15 de julho de 2008 recebendo a identificação **nº. 08188b**, o qual será encaminhado aos consultores para emissão de parecer. O fato do artigo estar protocolado **não garante sua publicação,** que só é indicada após a conclusão do processo de análise e revisão do texto.

Pedimos a gentileza de sempre que for solicitada alguma informação sobre o mesmo, que seja informado o número do protocolo para facilitar a consulta.

O Conselho Editorial da REE agradece a sua contribuição colocando-se à disposição para responder a eventuais dúvidas sobre aspectos da publicação e, também, lembra da necessidade de manter endereços de e-mail dos autores atualizados para que possamos estabelecer comunicação que, preferencialmente, devem acontecer por via eletrônica.

Cordiais saudações,
Marcelo Medeiros.
Prof.Dr. Marcelo Medeiros – Editor REE–FEN/UFG

ANEXO VI – DECLARAÇÃO DE MANUSCRITO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
REVISTA ELETRÔNICA DE ENFERMAGEM
Goiânia – Goiás www.fen.ufg.br

Goiânia, 16 de julho de 2008.

Of. REE-FEN/UFG nº. 08194/2008

De: Prof. Dr. Marcelo Medeiros

(Editor da Revista Eletrônica de Enfermagem)

Para: Adriana Silva Muniz, Carla Dias de Castro, Andréia Moura Sodré, Maria Inês Fernandes Pimentel, Claudia Maria Valete Rosalino, Érica de Camargo Ferreira e Vasconcellos, Armando de Oliveira Schubach.

Informamos que o artigo intitulado **"O olhar perspicaz do enfermeiro sobre lesões cutâneas: indicando as feridas de Leishmaniose e Esporotricose"** foi protocolado na Revista Eletrônica de Enfermagem em 16 de julho de 2008 recebendo a identificação **nº. 08194**, o qual será encaminhado aos consultores para emissão de parecer. O fato do artigo estar protocolado **não garante sua publicação,** que só é indicada após a conclusão do processo de análise e revisão do texto.

Pedimos a gentileza de sempre que for solicitada alguma informação sobre o mesmo, que seja informado o número do protocolo para facilitar a consulta.

O Conselho Editorial da REE agradece a sua contribuição colocando-se à disposição para responder a eventuais dúvidas sobre aspectos da publicação e, também, lembra da necessidade de manter endereços de e-mail dos autores atualizados para que possamos estabelecer comunicação que, preferencialmente, devem acontecer por via eletrônica.

Cordiais saudações,
Marcelo Medeiros.

Prof.Dr. Marcelo Medeiros – Editor REE–FEN/UFG

ANEXO VII – DECLARAÇÃO DE MANUSCRITO

Rio de Janeiro, 14 de julho de 2009

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que o artigo **ESPOROTRICOSE HUMANA: CONHECENDO E CUIDANDO EM ENFERMAGEM**, de autoria de JOANIR PEREIRA PASSOS e ADRIANA SILVA MUNIZ foi apresentado a esta Revista em 25 de janeiro de 2008 com vistas à publicação e está em processo de avaliação.

Araci Carmen Clos

ARACI CARMEN CLOS
Editora Assistente

ANEXO VIII – DECLARAÇÃO DE MANUSCRITO

Rio de Janeiro, 14 de julho de 2009

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que o artigo **OS ENFERMEIROS ACERCA DO ENFRENTAMENTO DA SITUAÇÃO DA MORTE**, de autoria de NÉBIA MARIA ALMEIDA DE FIGUEIREDO, ADRIANA SILVA MUNIZ e NILSIARA DE SOUZA LUZIAL foi apresentado a esta Revista em 29 de outubro de 2008 com vistas à publicação e está em processo de avaliação.

Araci Carmen Clos

ARACI CARMEN CLOS
Editora Assistente

ANEXO IX – DECLARAÇÃO DE MANUSCRITO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
REVISTA ELETRÔNICA DE ENFERMAGEM
Goiânia – Goiás www.fen.ufg.br

Goiânia, 22 de agosto de 2008.

Of. REE-FEN/UFG nº. 08225/2008

De: Prof. Dr. Marcelo Medeiros

(Editor da Revista Eletrônica de Enfermagem)

Para: Adriana Silva Muniz, Nilsiara de Souza Luzial, Nébia Maria Almeida de Figueiredo.

Informamos que o artigo intitulado **"Condutas clínicas de cuidar em HIV/AIDS: a construção de um saber-fazer de Enfermagem."** foi protocolado na Revista Eletrônica de Enfermagem em 22 de agosto de 2008 recebendo a identificação **nº. 08225**, o qual será encaminhado aos consultores para emissão de parecer. O fato do artigo estar protocolado **não garante sua publicação,** que só é indicada após a conclusão do processo de análise e revisão do texto.

Pedimos a gentileza de sempre que for solicitada alguma informação sobre o mesmo, que seja informado o número do protocolo para facilitar a consulta.

O Conselho Editorial da REE agradece a sua contribuição colocando-se à disposição para responder a eventuais dúvidas sobre aspectos da publicação e, também, lembra da necessidade de manter endereços de e-mail dos autores atualizados para que possamos estabelecer comunicação que, preferencialmente, devem acontecer por via eletrônica.

Cordiais saudações,
Marcelo Medeiros.
Prof.Dr. Marcelo Medeiros – Editor REE–FEN/UFG

ANEXO X – DECLARAÇÃO DE MANUSCRITO

Rio de Janeiro, 14 de julho de 2009

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que o artigo **Produção Científica de Enfermagem Acerca do HIV/AIDS: um estudo sobre o SABER produzido**, de autoria de NÉBIA MARIA ALMEIDA DE FIGUEIREDO, ADRIANA SILVA MUNIZ e NILSIARA DE SOUZA LUZIAL foi apresentado a esta Revista em julho de 2008 com vistas à publicação e está em processo de avaliação.

Araci Carmen Clos

ARACI CARMEN CLOS

Editora Assisten9te