



**Fundação Educacional do Município de Assis**  
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis - IMESA

**CAMILA ALVES DE SOUZA**

**ENFERMAGEM NA EDUCAÇÃO E HUMANIZAÇÃO AO  
PORTADOR DO HIV**

**ASSIS  
2010**

**CAMILA ALVES DE SOUZA**

**ENFERMAGEM NA EDUCAÇÃO E HUMANIZAÇÃO AO  
PORTADOR DO HIV**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Instituto Municipal de Ensino Superior de  
Assis como requisito do Curso de Graduação  
em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Elizete Mello da Silva

Área de Concentração: Comunicação em Saúde

**ASSIS  
2010**

## FICHA CATALOGRÁFICA

SOUZA, Camila Alves de

Enfermagem na Educação e Humanização ao portador do HIV/ Camila Alves de Souza. Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA-Assis, 2010.

59p.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Doutora Elizete Mello da Silva

Trabalho de Conclusão de Curso – Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis – IMESA

1. HIV. 2. Educação. 3. Humanização

CDD: 610  
Biblioteca da FEMA

# **Enfermagem na Educação e Humanização ao Portador do HIV**

**CAMILA ALVES DE SOUZA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis como requisito do Curso de Graduação em Enfermagem.

---

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Elizete Mello da Silva

---

Analizador (1): Rita de Cássia Cassiano Lopes

**ASSIS  
2010**

## DEDICATÓRIA

*À Deus, ao meu tio Vanderlei (in memorian), à minha avó Ana, meu avô Joaquim (in memorian) e aos meus pais Valter e Silvia.*

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente ao meu Pai Celestial, todo o meu louvor e adoração pela força e coragem que me sustentou em toda minha caminhada, sem deixar que o desânimo, a cansaça, as dificuldades enfrentadas fossem mais fortes que eu e me fizesse desistir diante dos inúmeros obstáculos com os quais me deparei.

Ao meu tio Vanderlei (in memorian), que plantou em minha vida o desejo de cuidar e oferecer conforto ao próximo com carinho e dedicação.

Agradeço grandemente ao meu avô Joaquim (in memorian) que sempre sonhou em me ver formada, mas que infelizmente Deus recolheu antes que eu terminasse essa jornada, mas sei que de onde ele estiver ele está aplaudindo a minha vitória.

À minha avó Ana, que sempre foi e sempre será meu alicerce, minha base e meu chão, que muitas vezes quando eu estava nervosa com algo referente à faculdade ela chorava comigo, que sempre foi minha amiga, minha companheira e minha mãezona.

Agradeço à minha mãe que nos últimos seis meses me escutava reclamar e chorar com todo o meu lado emocional abalado, devido ao acúmulo de trabalhos.

Ao meu pai, pelo carinho, atenção e paciência, por cada lágrima derramada que ele enxugou, por cada dia mal humorado que ele tinha que agüentar pelas pressões em cada avaliação. Pai. te amo muito, obrigada por ser sempre presente em cada momento da minha vida..

Aos meus irmãos Thiago que agüentava meus choros, reclamações e Danilo, que por muitas vezes me levava nos estágios, na faculdade e em casas de colegas para estudar.

À minha tia Zanza, que sempre me aconselhou a manter a calma diante de situações que eu via que explodir, que sempre me incentivou a lutar pelo o que eu achava ser certo e que muitas vezes mudava totalmente seu dia para poder me levar às aulas e aos estágios.

Dedico este trabalho à minha pequena Bianca que por muitas vezes alegrava meus dias com seus sorrisos, com suas palavras de carinho, palavras essas, que saíam dos lábios de um ser tão pequeno e tão sincero, e com uma grande sabedoria pra sua idade, que sempre me surpreendeu e sempre me encheu de força para continuar.

À minha amiga de sala e companheira, Márcia, que muitas vezes durante esses 5 anos chorou comigo, esteve ao meu lado nas perdas de entes queridos e que por muitas e muitas vezes não me deixava desistir e que por várias vezes atravessava a cidade com chuva pra me levar pra faculdade. Obrigada, jamais esquecerei esses gestos.

Aos meus colegas de classe, em especial a Maria do Socorro, Tatiane e Nathália Moraes que dividi alegrias e tristezas, senti-me amparada e fortalecida, obrigada por cada momento que vocês me faziam respirar fundo e manter a calma.

À professora orientadora. Elizete (Dedé) que sempre tão compreensiva confiou em mim, sempre me apoiou e por muitas e muitas vezes me ouviu desabafar, Obrigada Dedé por cada telefonema que você atendeu, por cada mensagem que você me respondeu, até em seus momentos de descanso, como em feriados ou fins de semana. Obrigada por acreditar em mim, mesmo quando muitos não acreditavam, agradeço à Deus cada dia que passamos juntas, cada risada, cada conversa, enfim, obrigada!

Aos meus professores de teoria e estágios, pessoas com quem eu aprendi muito e que foram muito importantes para a formação da ENFERMEIRA Camila, em especial às professoras Rosângela, que muitas vezes foi a pessoa que me ouvia chorar, reclamar de cansaço, que passou de professora à amiga e à Ivana que sempre confiou no meu potencial, que sempre me mostrou que temos sempre que estar em busca de conhecimento e sempre me incentivou a batalhar por tudo o que quero, colocando DEUS sempre em primeiro lugar. Obrigada admiro muito vocês.

Ao meu grupo de estágio Michele, Fátima, Gisele, Robson e Silvana, que sempre foram compreensivos quando eu acordava de mau humor e estressada, achando que não iria conseguir concluir meu curso e que se tornaram com o passar do tempo, parte fundamental da minha família.



***A AIDS não é uma epidemia e ninguém pode deixar de se amar por causa dela.***

***Vamos usar camisinhas!***

***Vamos resistir até que encontrem a cura para essa doença”.***

***(Cazuza - Jornal da Tarde, 04/março/1988)***

## RESUMO

Na década de 80, quando surgiu o primeiro caso de contaminação pelo vírus HIV/AIDS, houve grandes alardes em relação à sua transmissão, acometendo apenas homossexuais, sendo conhecida na mídia como peste gay. Acreditava-se que a pessoa infectada, não teria perspectiva a não ser a morte, pois a doença não tinha cura. Realmente não foi encontrada ainda a cura para a doença, porém existem medicamentos que quando administrados corretamente, proporcionam ao paciente uma vida normal; ou seja, pode manter um relacionamento (ter uma vida sexual ativa, desde que seja com o uso de preservativo), formar uma família. No caso de paciente do sexo feminino, poder conceber e dar à luz a um filho. Contudo, o portador de HIV acaba vivendo num estado de tristeza muito grande. Cabe ao cuidador amenizar esse problema, estabelecendo um vínculo entre paciente/cuidador. Cabe também ao enfermeiro e sua equipe, o papel de educadores em saúde, proporcionando ao paciente portador do HIV/AIDS, o esclarecimento de dúvidas e mitos que tanto o preocupam e o inquietam em relação à sua nova condição. Pra que isso ocorra, o enfermeiro e sua equipe, devem esclarecer dúvidas, dissolver alguns mitos e principalmente apoiar a família, sendo sempre claro que esse tipo de patologia não está ligada apenas à relação sexual desprotegida, mas também de mãe para filho, com uso de drogas injetáveis (seringas compartilhadas) e principalmente por acidentes de trabalho entre os profissionais da saúde. Essas atitudes aumentam o lado humano do profissional da saúde, resgatando importantes valores humanos.

**Palavras chaves:** Humanização – Educação - Enfermagem

## **ABSTRACT**

In the heightens, when the first HIV/AIDS case appeared, a lot of commentaries had been raised about the transmission ways. It was divulged that only homosexuals were contaminated, being known in the media as a gay plague. The cure for the illness is still not found, however exist medicines that when managed correctly, can provide a normal life. The patient can keep a relationship (to have an active sexual life using condom) and have a family. Contaminated women can have children. By the way, the HIV patient normally live in a big sadness state. In this perspective, the nurse and his team, have the function of health educators, providing to the patient clarification about doubts and myths that worry him. So the team nurse must clarify doubts, dissolve some myths and may support the family, being always clearly that this type of pathology is not only related to the forsaken sexual relation, but also of mother for son, using injectable drugs (shared syringes) and in work accidents with health professionals. These attitudes increase the human side of the health professional, making the rescue of important human values.

**Key-words:** Humanization – Education - Nursing

## **Lista de Abreviaturas e Siglas**

<b>HIV</b>	Virus da Imunodeficiência Humana
<b>RNA</b>	Ácido Ribonucléico
<b>DNA</b>	Ácido Desoxirribonucléico
<b>CD4</b>	Complexo de Histocompatibilidade presente nos Fagócitos
<b>CD8</b>	Complexo de Histocompatibilidade Citotóxico
<b>TCD4</b>	Linfócitos maturados no Timo, ligados nos CD4 dos Fagócitos
<b>AZT</b>	Medicamento Zidovudina
<b>DST</b>	Doenças Sexualmente Transmissíveis
<b>SAE</b>	Serviço de Atendimento Especializado
<b>GIPA</b>	Grupo Integrado de Atenção e Prevenção de DST
<b>CTA</b>	Centro de Testagem e Aconselhamento

# SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	p.15
-----------------	------

## CAPÍTULO 1

1. Humanização.....	p.18
1.1 Assistências de Enfermagem Humanizada: o Saber Cuidar Humanizado Realizado pela Equipe de Saúde e os Familiares do Portador de HIV/AIDS.	p.22

## CAPÍTULO 2

2. EDUCAÇÃO EM SAÚDE: O PAPEL DO ENFERMEIRO E SUA EQUIPE NA PREVENÇÃO DO HIV/AIDS.....	p.30
2.1 HIV/AIDS: uma condição sem volta.....	p.34
2.2 Ciclo vital do vírus do HIV.....	p.38
2.3 Fases de infecção pelo HIV.....	p.40
2.3.1 Infecção Aguda.....	p.40
2.3.2. Fase Assintomática.....	p.40
2.3.3 Infecção Sintomática Inicial.....	p.40
2.4 Tratamento do HIV/AIDS: Terapia Anti- retrovirais, o Aumento de Sobrevida aos Pacientes portadores de HIV.....	p.41
2.5 Cuidados Paliativos no Tratamento do Paciente com HIV/AIDS.....	p.44

## CAPÍTULO 3

3. A Participação do Enfermeiro na Promoção da Qualidade de Vida ao Portador do HIV/AIDS.....	p.47
3.1 A Importância da Alimentação aos Portadores de HIV/AIDS.....	p. 50

3.2 Grupo Integrado de Atenção e Prevenção de DST.....	p.52
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>p.54</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>p.56</b>

## INTRODUÇÃO

Para uma pessoa se sentir a vontade ou confortável em um ambiente é necessário que ela se sinta acolhida. Em grandes entidades hospitalares sua estrutura pode servir como um instrumento terapêutico, se contribuir para o bem estar físico do paciente com a criação de espaços que além de acompanharem os avanços da tecnologia, desenvolvam condições de convívio mais humanas.

A humanização atualmente não é apenas chamar o paciente pelo nome, nem ter um sorriso constante nos lábios, mas sim, também compreender seus medos, angústias e incertezas, dando-lhe apoio e atenção permanente. É ir além de um atendimento fraterno e humano, procurando sempre aperfeiçoar os conhecimentos continuamente e valorizar ao máximo os sentimentos do paciente.

Na enfermagem, a humanização vai muito além da competência técnica ou científica. Antes mesmo do profissional ser um educador da saúde, ele deve ter em mente uma atitude individual, rodeada de valores éticos, solidários e de respeito para com o paciente.

Para WALDOW (apud ROSELLÓ,1998, p. 311):

O ser humano precisa cuidar de outro ser humano a fim de realizar a sua humanidade para crescer no sentido ético do termo. Da mesma maneira, o ser humano necessita ser cuidado para atingir sua plenitude, para que possa superar obstáculos e dificuldades da vida humana.

Um tratamento humanizado leva em consideração os medos do paciente, suas expectativas e principalmente a informação sobre os procedimentos aos quais será submetido, fazendo com que ele participe do tratamento de maneira ativa. Ao mesmo tempo o profissional de saúde humanizado volta-se para um atendimento mais individualizado ao paciente, procurando identificar as necessidades de cada um, minimizando o sofrimento do paciente em um local que o lembra apenas dor, medo e angústia.

GIORDANI (apud MEZZOMO, 2003, p. 22) revela que humanizar, sobretudo num ambiente hospitalar, requer empenho no cuidado da saúde, no sentido de sua recuperação, o que mais se faz em hospital, mas também no sentido de sua promoção, que é tarefa para toda a vida.

Humanizar é saber respeitar e reconhecer os limites e fraquezas dos nossos pacientes, já que a enfermagem atua diretamente e indiretamente na prestação de cuidados ao ser humano.

Sobre cuidar WALDOW (2006, p. 113) considera que:

[...] processo de cuidar é a forma em que se dá o cuidado. É um processo interativo entre cuidadora e ser cuidado em que a primeira tem um papel ativo, pois desenvolve ações acompanhadas de comportamentos de cuidar, Já o segundo, ser cuidado tem um papel, mas passivo e, em função de sua situação, pode tornar-se dependente, temporariamente, mudando para um papel menos passivo, e contribuir no cuidado, e ser responsável pelo próprio cuidado.

Um paciente que recebe um resultado de sorologia positivo para HIV/AIDS, ao primeiro momento precisará de um maior apoio da sua família, já que a mesma estará totalmente envolvida desde o conhecimento da existência da patologia até a sua recuperação emocional.

Esse paciente (o portador do vírus HIV/AIDS), com certeza terá medos, receios, angústias, em relação à uma simples pergunta que ficará na cabeça dele “O que eu faço agora?”. E cabe a nós como profissionais da saúde proporcionar conforto, atenção, tirar as dúvidas mais comuns em relação à doença, e principalmente, deixar o paciente e a família a par de todo o tratamento que o mesmo será submetido, aos sintomas que ele apresentará, e desvendar para ambos (paciente e família) os mitos e verdades sobre o HIV/AIDS. Esse processo de interação entre paciente e família, chama-se cuidar.

O ato de cuidar não é somente estar presente para verificar uma pressão arterial ou uma temperatura, mas sim dar assistência para que esse paciente volte a ter vontade de viver a vida, porém com mais cautela, com algumas



limitações, fazendo com que se desenvolva o papel de um enfermeiro humanizado, solidário, que preze para o bem estar do paciente.

Considerando a essência do ato de cuidar, como o objeto de trabalho, é necessário que seja eficiente e prestado de forma humanizada. Ao se estabelecer o cuidado, este deve ser sistematizado e holístico, a fim de promover a qualidade da assistência e o cuidado emocional

Nesse contexto, o desenvolvimento da pesquisa, teve como objetivo educar primeiramente o enfermeiro e sua equipe quanto á desenvolvimento de ações humanizadas que reinsiram o portador do HIV/AIDS e sua família à sociedade, sem quaisquer dúvidas, medos ou incertezas. De forma que na primeira parte da pesquisa, destacamos a assistência da enfermagem e o saber cuidar humanizado na relação da equipe de saúde e os familiares do portador do HIV/AIDS.

Em um segundo momento, abordamos o ciclo do vírus HIV, bem como suas fases de infecção, o tratamento e cuidados paliativos dos pacientes. Na última etapa, ressaltamos a participação do enfermeiro na promoção da qualidade de vida do portador do HIV/AIDS, destacando a importância do papel do enfermeiro no Grupo Integrado de Atenção de DST (GIPA), no que se refere ao cuidado à prevenção dos pacientes na cidade de Assis/SP e região.

## CAPÍTULO 1

### 1. HUMANIZAÇÃO

Humanização é o termo utilizado para descrever a aquisição ou assimilação de características humanas positivas por uma pessoa ou grupo de pessoas. Tendo uma qualidade satisfatória na humanização prestada ao paciente, ele irá se restabelecer mais rapidamente e será reintegrado às suas atividades diárias, voltando a ter uma vida normal.

Sobre como desenvolver a humanização no processo do cuidar de um ser humano de forma a atingir sua plenitude, WALDOW (apud ROSELLÓ, 1998, p.311) diz que:

O ser humano precisa cuidar de outro ser humano a fim de realizar a sua humanidade para crescer no sentido ético do termo. Da mesma maneira, o ser humano necessita ser cuidado para atingir sua plenitude, para que possa superar obstáculos e dificuldades da vida humana.

A enfermagem é uma profissão que se desenvolveu durante anos. Com o processo de avanço tecnológico e a modernização dos procedimentos científicos, o enfermeiro, a fim de manter uma necessidade pelo controle, passou a assumir cada vez mais cargos administrativos, afastando-se gradualmente da assistência ao paciente, surgiu com isso a necessidade de resgatar os valores humanísticos da assistência da equipe de enfermagem.

Esses valores consistem não apenas em cuidar de um ser humano que carrega (no seu corpo) sintomas de uma patologia, mas também prestar uma assistência que não seja robotizada, mecanizada, tratando o paciente apenas como um número de leito, ou número de prontuário ou até mesmo pelo nome de sua patologia.

O ser humano vulnerabilizado pela doença deixou de ser o centro das atenções, e passou a ser o instrumento em função de um determinado fim, que

pode variar em transformá-lo em objeto de aprendizagem ou tratá-lo como meio de se obter status nos campos de pesquisa.

Para uma pessoa se sentir à vontade e confortável em um ambiente é necessário que ela sintase acolhida. Em grandes entidades hospitalares, sua estrutura pode servir como um instrumento terapêutico, se contribuir para o bem estar físico do paciente, com a criação de espaços que além de acompanharem os avanços da tecnologia, desenvolvam condições de convívio mais humanas.

Atualmente, a humanização não é apenas chamar o paciente pelo nome, nem ter um sorriso constante nos lábios, mas também compreender seus medos, angústias e incertezas, dando-lhe apoio e atenção permanentes. É ir além de um atendimento fraterno e humano, procurando sempre aperfeiçoar os conhecimentos continuamente e valorizar ao máximo os sentimentos do paciente.

Em um artigo intitulado *A Humanização dos Serviços e o Direito à Saúde*, CECILIO e PUCCINI (2004) relatam que:

A humanização é um movimento com crescente e disseminada presença, assumindo diferentes sentidos segundo a proposta de eleita. Aparece à primeira vista, como a busca de um ideal, pois, surgindo em distintas frentes de atividades e com significados variados, segundo os seus proponentes, tem representado uma síntese de aspirações genéricas por uma perfeição moral das ações e relações entre os sujeitos humanos envolvidos. Cada uma dessas frentes arrola e classifica um conjunto de questões práticas, teóricas, comportamentais e afetivas que teriam uma resultante humanizadora.

A humanização das relações e do cuidado ao ser humano no ambiente hospitalar é uma preocupação dos profissionais. Um caminho possível e adequado para a humanização se constitui acima de tudo na presença solidária do profissional, ou seja, o enfermeiro cuidador, refletida na compreensão e no olhar sensível, que desperta no ser humano sentimentos de confiança.

Sobre Humanização, MEZZOMO (1995, p. 276) afirma:

A humanização, não é apenas um conceito. É uma filosofia de ação solidária. É uma presença! É a mão estendida! É o silêncio que comunica! É a lágrima enxugada! É o sorriso que apóia! É a dúvida desfeita! É a confiança restabelecida! É a informação que esclarece! É o conforto na despedida!

A humanização é um atendimento das necessidades biológicas, psicológicas, sociais e espirituais, ou seja, cada pessoa deve ser compreendida como um ser único e integral, e, portanto, com necessidades e expectativas particulares.

Ultimamente, percebemos em muitos lugares que prestam serviços em saúde, que o atendimento é apenas focado na doença. Com atitudes como esta o paciente não se sente valorizado como um todo, fazendo com que nós enquanto profissionais da saúde comecemos a refletir no tipo de assistência que estamos dando ao paciente

“A humanização dos cuidados em saúde pressupõe considerar a essência do ser, o respeito, à individualidade e a necessidade da construção de um espaço concreto nas instituições de saúde que legitime o humano das pessoas envolvidas.” (PESSINI & BERTACHINI, 2004, p.3). Desse modo, como profissionais da saúde, devemos nos conscientizar que humanizar é acolher a necessidade de resgate e articulação de aspectos inseparáveis: o sentimento e o conhecimento.

Mais do que isso, humanizar é adotar uma prática na qual o enfermeiro, o profissional que cuida da saúde do próximo, encontre a possibilidade de assumir uma posição ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido, do imprevisível, do incontrolável, do diferente e singular, reconhecendo os seus limites. A possuir uma pré-disposição para a abertura e o respeito ao próximo como um ser independente e digno.

Ainda sobre o conceito de humanização, ROLIM E CARDOSO, no artigo *O discurso e a prática do cuidado ao recém-nascido de risco: refletindo sobre a atenção humanizada*. Diz que

[...] humanizar caracteriza-se em colocar a cabeça e o coração na tarefa a ser desenvolvido, entregar-se de maneira sincera e leal ao outro e saber ouvir com ciência e paciência as palavras e os silêncios. O relacionamento e o contato direto fazem crescer, e é neste momento de troca, que humanizo, porque assim posso me reconhecer e me identificar como gente, como humano.

É necessário repensar as práticas das instituições de ensino, que preparam os profissionais de saúde, no sentido de buscar alternativas nas formas de atendimento e de trabalho, que preservem este posicionamento ético no contato pessoal e no desenvolvimento de competências relacionais. Quanto mais articularem o conhecimento teórico e técnico da ciência aos aspectos afetivos, sociais, culturais e éticos da relação profissional-paciente, mais estarão no caminho para uma relação mais humanizada e eficaz.

A humanização pode reproduzir valores humanitários como: respeito, solidariedade, compaixão, empatia, bondade, todos os valores morais de acordo com as transformações da sociedade, propondo ainda uma construção de valores que resgatem a dignidade humana na área da saúde.

Devemos, como educadores e profissionais da saúde, ensinar que é possível contribuir na recuperação de um paciente por meio de atitudes simples, de uma palavra ou de um ato de carinho. Compadecer-se do paciente em seu estado de fragilidade é saber respeitar e reconhecer seus limites e fraquezas, já que a enfermagem é que atua direta e indiretamente na prestação de cuidados ao ser humano.

### **1.1. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM HUMANIZADA: O SABER CUIDAR HUMANIZADO REALIZADO PELA EQUIPE DE SAÚDE E OS FAMILIARES DO PORTADOR DE HIV/AIDS**

Muitas vezes ouvimos a palavra cuidar em vários lugares, mas será que sabemos por nós mesmos definir a palavra CUIDAR?

Entre tantos significados encontrados para dar sentido ao ato de cuidar, podemos citar: aceitar, assistir aos outros, ser autêntico, envolver-se, estar presente, confortar, preocupar-se, ter compaixão, expressar sentimentos, amar, ser paciente, proteger, respeitar, compreender, usar silêncio, ouvir. Muitos desses significados englobam outros como, por exemplo: respeitar os outros, respeitar o estilo de vida de cada pessoa, respeitar religião, privacidade, diferenças sexuais. As pessoas desenvolvem comportamentos de cuidar, porém a forma como se expressam está ligada a padrões culturais.

Conscientemente ao adoecer, o paciente busca no cuidador a resposta para os acontecimentos ocultos que o fizeram desenvolver certo tipo de patologia. O lado que se apresenta como base na relação entre o profissional da saúde e o paciente são as questões existenciais e históricas pessoais que podem ou não estar incidindo sobre o corpo e o modo de entender e reagir ao adoecimento.

Sobre cuidado emocional, SÁ (apud ORIÁ et al., 2006, p.293), o define como habilidade de perceber o imperceptível, evidenciando a necessidade de sensibilidade dos profissionais para executarem os cuidados, observando as manifestações verbais e não verbais do paciente, podendo indicar ao enfermeiro suas necessidades individuais.

Humanizar na Assistência de Enfermagem exige do profissional da saúde, compartilhar com seu paciente, experiências que resultem na aplicação do centro de suas ações. Humanizar o cuidado é dar qualidade na relação profissional da saúde- paciente, acolher as dores e os medos do desconhecido que o paciente está tendo que enfrentar em relação a uma nova condição de vida.

A enfermagem é a profissão que mais deve prestar a atenção e executar o atendimento humanizado, pois com isso o paciente irá se recuperar rapidamente e irá se restabelecer na sociedade.

O grande desafio entre os profissionais da saúde é cuidar do ser humano como um ser total, exercendo uma ação preferencial em relação a sua dor, sofrimento, medos e perdas, auxiliando-o a entender sua patologia e o que ela pode ocasionar em todas as dimensões, ou seja, física, psíquica, social e espiritual.

Sobre a totalidade do cuidado, PESSINI & BERTACHINI (2004, p.91) diz:

[...] quem cuida e se deixa tocar pelo sofrimento humano torna-se um radar de alta sensibilidade, se humaniza no processo e, para além do conhecimento científico, tem a preciosa chance e o privilégio de crescer em sabedoria. Esta sabedoria nos coloca na rota de valorização e descoberta de que a vida não é um bem a ser privatizado, muito menos um problema a ser resolvido nos circuitos digitais e eletrônicos da informática, mas um dom, a ser vivido e partilhado solidariamente com os outros.

Portanto, saber humanizar em enfermagem é saber cuidar de cada indivíduo respeitando suas adversidades. A respeito do aprender a cuidar, FERNANDES (2006, p.7), considera que:

Aprendendo a cuidar, descobre-se e respeitam-se a unicidades de cada ser humano que se apresenta precisando de suporte para superar seus limites ou adaptar-se a eles e aprendendo, tornar-se capaz de acalmar, apaziguar, ser contingente.

Reconhecer a importância das características humanas é o primeiro passo para humanizar a assistência de enfermagem e criar um vínculo de confiança com o paciente. O segundo passo é o desenvolvimento de métodos que permitam a inserção de tais aspectos humanos no pensar e no agir, sobre os processos saúde-adoecimento-cura e nas relações de trabalho.

Saber cuidar do próximo é um ato ou compromisso fundamental para o enfermeiro e sua equipe, onde, mesmo com problemas enfrentados nas unidades de saúde, busca cuidar do paciente de uma forma humanizada, com respeito aos seus medos e incertezas, sempre nos conscientizando que a vida humana tem tudo a ver com o valor embutido nos conceitos sobre humanização e o ato de cuidar.

Sobre o processo do cuidar WALDOW (2006, p.113) diz que:

[...] é a forma como se dá o cuidado. É um processo interativo entre cuidadora e ser cuidado em que a primeira tem um papel ativo, pois desenvolve ações acompanhadas de comportamento de cuidar. Já o segundo, ser cuidado tem um papel mais passivo e, em função de sua situação, pode tornar-se dependente, temporariamente, mudando para um papel menos passivo, e contribuir no cuidado e ser responsável pelo próprio cuidado.

Existem várias formas diferentes de cuidar, mas as que valem a pena ressaltar são:

- a) **Cuidado Admissional:** tipo de cuidado que esclarece ao paciente sobre as rotinas, normas, direitos e deveres dele dentro de um ambiente hospitalar. O paciente quando dá entrada no hospital, chega fragilizado, já que está fora do seu habitat comum. Ao dar entrada no Hospital, o cliente sente que seu mundo vai cair. A primeira solicitação é da retirada dos objetos pessoais, muitas vezes significativos de uma vida e de um simbolismo próprio;
- b) **Cuidado Social:** tipo de cuidado voltado à preocupação do sofrimento humano e a exclusão dos grupos sociais, principalmente os mais carentes. É uma maneira de cuidar de um modo coletivo, fundamentado no compromisso social. São as atividades de Educação e Saúde dentro do espaço hospitalar a ensinar as pessoas como tratar os fatores relativos aos estilos de vida, como cuidar de si mesmo e como lidar com os assuntos de saúde antes deles se tornarem problemas crônicos. É o



compromisso social traduzido em uma maneira de cuidar em Enfermagem.

- c) **Cuidado com Gestos e Palavras:** tipo de cuidado que usa as palavras como recurso terapêutico. Através das informações colhidas do paciente, a equipe de enfermagem desenvolve ações que promovam a melhoria da necessidade do paciente. Há todo um esforço da equipe de enfermagem para apoiar emocionalmente o paciente através de palavras, gestos e conversas que são estruturadas nas necessidades humanas básicas. É o cuidar que busca a exteriorização de necessidades e sentimentos, já que as emoções estão ligadas as alterações físicas.
- d) **Cuidado Solitário:** tipo de cuidado que tem como prioridade o resgate da essência da vida, mesmo sem possibilidade de cura, como por exemplo, os pacientes portadores de HIV/AIDS.
- e) **Cuidado na Alta Hospitalar:** tipo de cuidado voltado para a continuação do tratamento que foi iniciado dentro do hospital. Ao se traçar um plano de alta, o enfermeiro deve levar em consideração todos os tipos de cuidados anteriores, já que um está relacionado ao outro. Esse plano de alta deve ser feito desde o momento em que o paciente da entrada no hospital. É importante ressaltar que o plano de alta deve ser discutido e muito bem explicado para a enfermeira da unidade de saúde que o seu paciente irá dar continuidade ao tratamento do hospital e para a família, que a partir do momento da alta, passa a ser parte fundamental da melhora do paciente, assumindo o papel de cuidadores.

Sobre a definição de cuidar, PINHEIRO et al, (2005,), no artigo científico “O cuidado humano: reflexão ética acerca dos portadores do HIV/AIDS”, diz:

O cuidado como prática fundamental na área da saúde é uma palavra que vem assumindo significados diversos, com o passar do tempo. No latim, significa cura e essa, de acordo como era escrita na antigüidade, tinha sentido de amor e amizade. Outros relacionam a

palavra cuidada com cogitar, pensar, colocar atenção, mostrar interesse, revelar uma atitude de desvelo e de preocupação. Seja qual for o significado, o cuidado faz parte do ser humano e tudo que tem vida clama por cuidado. Na realidade, o cuidado é o sustentáculo da criatividade, da liberdade e da inteligência humana, tão importante para a humanidade, que é preciso que cada um de nós venha a desenvolver a afetividade para com os outros, que possa perceber suas necessidades, para que a construção de um mundo melhor não seja apenas fantasia.

O profissional da saúde, quando presta cuidados a alguém, entra na vida do paciente e passa a tomar parte de sua individualidade, da sua privacidade, por isso temos que ter o máximo de respeito possível a condição em que o paciente se encontra.

Geralmente os pacientes portadores de HIV/AIDS experimentam cargas excessivas de sentimentos de perda, tais como:

- a) Perda de relacionamento com amigos e familiares, por causa do estigma AIDS que está associado a sua condição de vida;
- b) Perda do controle da vida e de suas atividades, já que a partir de agora, o paciente será dependente dos medicamentos até o fim da sua vida, ou até encontrarem a cura para a AIDS;
- c) Perda de expressão sexual, pois com a infecção do vírus HIV e/ ou o desenvolvimento da AIDS o paciente terá algumas restrições sexuais, tendo como exemplo o uso do preservativo sempre, para que haver uma segunda infecção do HIV, ou seja, um segundo contato com o vírus e o aumento da carga viral do HIV no organismo do indivíduo.

Por esses motivos, é fundamental, principalmente para a equipe da saúde, resgatar valores que foram se perdendo com o passar do tempo, fazendo com que os profissionais se esquecessem que o cuidar não abrange somente a patologia e o seu desenvolvimento, mas também o paciente como um todo e junto com o paciente sua família.

Quando uma pessoa adoece, a família adoece junto, já que os medos tomam conta não somente do paciente, mas de todos que o querem bem e participam ativamente de sua vida. Uma pessoa que recebe o diagnóstico positivo para HIV, por exemplo, sofre, já que sua vida a partir daquele momento vai tomar outro rumo, e sua família sofre junto, com medo do desconhecido, com o futuro sem a presença de um ente querido.

O envolvimento da família é muito importante para a melhora do paciente, já que a família unida trás mais calma e aumenta a esperança do mesmo em viver com um diagnóstico de HIV+ ou até mesmo com a AIDS já instalada no organismo. Geralmente, dentro da família, o cuidador em domicílio passa a ser a mãe, já que filhos, mesmo crescidos tendem a retornar ao lar materno diante de um problema que a seu ver parece ser impossível de resolver.

Sobre a participação da mãe no tratamento do HIV/AIDS, PINHEIRO et al (2005), no artigo científico "O cuidado humano: reflexão ética acerca dos portadores do HIV/AIDS", comenta:

A mãe apresenta um forte sentimento de solidariedade em relação ao filho portador. A dor de perder um filho e o sentimento de discriminação estão interagindo ativamente. As pessoas adoecem e tendem a voltar à casa materna onde são recebidos pela mãe. Ao assumir esse cuidado, a mãe e/ou o cuidador vivenciam a experiência de ter um parente acometido pelo HIV, podendo passar pelas fases de enfrentamento de uma doença grave e preparo para a morte, permanecendo num contínuo entre o cuidar e o abandono.

Ainda sobre a participação da mãe no processo de tratamento no HIV/AIDS, SILVA (2006), no artigo *A Enfermagem como facilitadora na potencialização do poder vital da mulher puérpera: A aplicação de um modelo de cuidado*, diz:

O cuidado faz parte das necessidades de sobrevivência da vida humana. Inicialmente, o que hoje denominamos cuidado de enfermagem era realizado pelas mulheres, que tinham como principal função o cuidado dos filhos e indivíduos doentes, assegurando e mantendo a existência.

O enfermeiro e sua equipe devem prestar cuidados principalmente para a família nesse momento de transição em que o ente querido está frente ao diagnóstico de que é portador do HIV. Nesse momento o paciente e a família entram em choque e a primeira coisa que querem fazer é negar. Negar a nova condição do paciente, negar que isto esteja acontecendo com a família.

Em alguns casos a família passa pela fase em que o paciente fica agressivo, já que a AIDS é uma doença que não tem cura, e seu tratamento (o uso das medicações) varia de acordo com a quantidade de carga viral existente no organismo do indivíduo e da velocidade que elas se proliferam, incapacitando o sistema imunológico de exercer sua função.

É certo que o diálogo entre os profissionais de saúde, pacientes e familiares nesse momento, favorece um relacionamento de confiança e obtêm bons resultados para uma assistência com qualidade. O ser cuidador precisa saber ouvir, estar presente e ter empatia com o outro ser. Desta forma, ambos se fortalecerão e poderão encontrar a solução para uma melhora no quadro do paciente com HIV, fazendo com o mesmo aceite sua nova condição. Isto remete a um significado de humanização da assistência de enfermagem, com interação entre os cuidadores/familiares.

É importante abordar a necessidade de humanização no cuidado de enfermagem a pacientes portadores de HIV/AIDS e a atenção ao seu familiar. Este processo de interação visa, sobretudo, tornar efetiva a qualidade da assistência de enfermagem com o paciente, deixando-o mais confortável possível com o seu estado, já que pra ele é vergonhoso aceitar seu novo estado diante da família.

A equipe de enfermagem também deve estar atenta sobre o estado emocional da família, que como o paciente, vêem suas vidas mudar completamente, a fim de se adaptar, e a aceitar um portador de HIV/AIDS no seu meio.

Muitas famílias, geralmente aquelas composta por pessoas idosas, sofrem por medos e anseios diante da tão cruel sociedade, que infelizmente associa o HIV/AIDS ao homossexualismo. Esses medos e incertezas sobre o

desconhecido, pode gerar certo preconceito em relação a condição atual do indivíduo portador do HIV/AIDS.

Sobre a discriminação ao portador do HIV/AIDS, ocorrida dentro dos próprios lares, SOUSA et al (2004), no artigo *A AIDS no interior da família - percepção, silêncio e segredo na convivência social* diz:

A família surge como uma unidade de cuidado e é também uma fonte de ajuda para o indivíduo com AIDS, contribuindo para o equilíbrio físico e mental do mesmo. Entretanto, os significados que a cultura atribui à doença podem afetar os comportamentos da família, com relação ao indivíduo com AIDS, passando a discriminá-lo e a excluí-lo do grupo familiar. Além disso, entendemos que, neste contexto de doença, cada família movimenta-se de forma singular, interpretando a situação a partir de uma percepção em que sua cultura, seus códigos e suas regras influenciam seu comportamento e o processo de comunicação entre seus membros.

O conhecimento do diagnóstico gera, tanto para pacientes quanto para a família, diversos sentimentos na vida: o medo do preconceito e dos julgamentos que a doença pode gerar, no caso do paciente o receio da rejeição da família.

O enfrentamento da doença e a incorporação da mesma ao processo de viver são questões que normalmente geram ansiedade e sofrimento, principalmente nas pessoas ao descobrirem sua soropositividade. As reações diante do diagnóstico são fortemente influenciadas pelas crenças e valores cultivadas pelo indivíduo, assim como pelo grupo social no qual está inserido

Sobre o cuidado, PESSINI & BERTACHINI (2004, p.197), diz que:

[...] o cuidado é a pedra fundamental o respeito e da valorização da dignidade humana, sobre a qual tudo o mais deve ser construído. É no cuidar que expressamos nossa solidariedade para com o outros, e é por esse caminho que toda relação terapêutica, enquanto tal, deveria se caracterizar, mas de forma especial.

## CAPÍTULO 2

### 2. EDUCAÇÃO EM SAÚDE: O PAPEL DO ENFERMEIRO E SUA EQUIPE NA PREVENÇÃO DO HIV/AIDS

Considerando a ação educativa em saúde como um processo dinâmico e contínuo, que objetiva capacitar indivíduos e/ou grupos da comunidade para refletirem criticamente sobre as causas e problemas de saúde, torna-se patente a importância da participação do enfermeiro nesse processo de ensino-aprendizagem.

Dessa forma, torna-se necessário e inadiável o envolvimento do enfermeiro em ações educativas nos serviços básicos de saúde, principalmente no que se refere à prevenção de enfermidades infecciosas, dentre elas a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Atualmente, muito tem se discutido sobre a importância da educação da população em relação ao contágio pelo HIV e o desenvolvimento da AIDS. Mesmo tendo vários meios de comunicação informando sobre as formas de contágio e manifestação da doença, ainda existem pessoas sem conhecimento e/ou com relutância em se proteger. De acordo com Ayres (2002, p.12), a prevenção tem sido desde o início da epidemia, uma questão crucial para os programas de controle da AIDS. Naqueles primeiros tempos, era grande o desconhecimento acerca da doença e sua distribuição e poucos os subsídios para guiar ações preventivas. Sobre o compromisso dos educadores, AGLETON (apud SCHALL & STRUCHINER, 1995, p. 96) diz que:

Os educadores comprometidos com a transformação social necessitam considerar: as mudanças no nível das idéias, separando-se os argumentos científicos das considerações morais; as relações sociais entre educadores e educandos, com transformação das atitudes de discriminação; processos políticos e alocação de recursos, visando à organização de movimentos de reestruturação dos serviços de saúde e acesso de recursos para a saúde.

Após essa descoberta, o quadro preventivo sofreu profundas alterações, porém a importância da prevenção não é tão diferente do que há 20 anos atrás, já que o grau de instrução é maior, e ainda se vê pessoas contaminadas pelo HIV e desenvolvendo a AIDS devido a aspectos de vulnerabilidade.

Mesmo tendo progressos técnicos e científicos em relação ao tratamento da AIDS, não há lugar para o descuido, nem por parte da população, nem dos profissionais da saúde. A educação realizada pelos profissionais da saúde vem sendo entendida por muitos como um meio de mudar o comportamento prejudicial à saúde da população frente a uma doença que, se contraída, não há cura, apenas uma melhora provisória no quadro e qualidade de vida do indivíduo.

MARCONDES (apud PEREIRA, 1983, p.10), descreve a educação em saúde como "conjunto de atividades tendentes a influenciar ou modificar os conhecimentos, atitudes, crenças e o comportamento, visando à melhoria da saúde do indivíduo, da família e da comunidade".

Já TORRES & ENDERS (apud FREIRE & NOGUEIRA, p. 65-66), fazendo a relação entre a educação em saúde e condições de vida apontam a educação popular como uma forma de ajudar as pessoas a transformarem e resolverem suas dificuldades. (apud FREIRE & NOGUEIRA)

De acordo com FREIRE (apud MONTEIRO, 1995, p. 124) a educação se relaciona com o processo de conscientização, caracterizado pela ação crítica permanente do homem sobre a realidade.

A conscientização não é voltada apenas para o sexo com preservativo ou o uso de drogas injetáveis, o próprio profissional da saúde também tem que se conscientizar que ele, querendo ou não, também faz parte do grupo de risco, já que estão expostos á materiais perfuro cortantes que podem estar contaminados.

SILVA (2009) et al em um artigo titulado *Investigação de acidentes biológicos entre profissionais de saúde* afirma que:

Acidentes resultantes de exposição ocupacional a materiais biológicos por trabalhadores da área de saúde têm sido considerados fator preocupante, não só pelos prejuízos que acarretam às instituições, mas também aos próprios trabalhadores. A exposição ocupacional é caracterizada pelo contato direto com fluidos potencialmente contaminados e pode ocorrer de dois modos distintos: por inoculação percutânea, também chamada de parenteral; e pelo contato direto com pele e/ou mucosa, com comprometimento de sua integridade após arranhões, cortes ou por dermatites. Investigações de acidentes ocupacionais com material biológico entre profissionais da área de saúde mostraram que os que cuidam diretamente de pacientes são os mais expostos. Outros profissionais de categorias não envolvidas diretamente com os cuidados aos pacientes ou seus fluidos corporais também podem ser vítimas de acidentes biológicos, tais como trabalhadores de limpeza, lavanderia, manutenção e coleta de lixo.

O texto se refere aos profissionais da saúde que já estão formados, mas vale a pena lembrar dos estagiários e futuros educadores em saúde, que estão expostos ao HIV do mesmo modo que o profissional já formado.

No artigo científico *Medidas Preventivas contra a AIDS e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis conhecidas por Universitários da Área da Saúde*, GIR et al (1.999), diz:

Considerando o universitário da área de saúde como futuro prestador de cuidados ao portador de HIV/AIDS e outras DST, é imprescindível que ele tenha conhecimentos acerca destas doenças e suas formas de prevenção, a fim de desenvolver consciência crítica sobre suas atitudes, tanto no que diz respeito às ações que visam a sua autoproteção, bem como a do seu cliente/paciente, precavendo-se, assim, inclusive das atitudes antiéticas e não humanísticas.

Não basta simplesmente oferecer informações, pois estar informado não significa necessariamente conhecer; estar ciente não significa necessariamente tomar medidas; decidir a tomar medidas não significa necessariamente fazer. Portanto, é necessário desenvolver o senso de responsabilidade individual e grupal; só esse compromisso pode conduzir às mais efetivas e aceitas mudanças de comportamento, uma vez que se baseia em aceitação e não em obrigação.

A educação é uma função delegada aos profissionais de saúde, e embora aparentemente simples e fácil, é um processo complexo que envolve



numerosos aspectos inerentes ao comunicador, à comunicação e à audiência para que as metas se tornem possíveis e atinjam os objetivos esperados.

No trabalho *Atividade Educativas na Prevenção da AIDS em uma Rede Básica Municipal de Saúde: Participação do Enfermeiro*, TORRES diz que:

A educação em saúde se constitui num aspecto da educação integral, envolvendo, portanto, o reconhecimento de que as ações educativas se processam em uma sociedade em mudança, como um processo contínuo. Busca-se não a mera adaptação do educando ao mundo já construído, mas alcançar, através desse processo, a própria mudança.

Assim, a educação em saúde se constitui num aspecto da educação integral, envolvendo, portanto, o reconhecimento de que as ações educativas se processam em uma sociedade em mudança, como um processo contínuo, buscando não somente a mera adaptação do educando ao mundo já construído, mas também alcançar através desse processo, a própria mudança.

## 2.1. HIV/AIDS: UMA CONDIÇÃO SEM VOLTA

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, mais conhecida como AIDS, foi identificada pela primeira vez no Brasil, nos anos 80, sendo restrita apenas às grandes cidades do país, como Rio de Janeiro e São Paulo. Mas não demorou muito para se disseminar pelos quatro cantos do Brasil.

Segundo o artigo científico *Qualidade de vida de indivíduos com HIV/AIDS: uma revisão de literatura*; CANINI et al (2004) diz que:

A epidemia da infecção pelo HIV e da AIDS constitui fenômeno global, dinâmico e instável, traduzindo-se por verdadeiros mosaicos regionais. Resultante das profundas desigualdades da sociedade brasileira, a propagação da infecção pelo HIV e da AIDS revela epidemia de múltiplas dimensões que vem sofrendo transformações epidemiológicas significativas. Inicialmente restrita aos grandes centros urbanos e marcadamente masculinos, a atual epidemia do HIV e da AIDS caracteriza-se pelos processos de heterossexualização, feminização, interiorização e pauperização. As mudanças no perfil da AIDS no Brasil devem-se à difusão geográfica da doença a partir dos grandes centros urbanos em direção aos municípios de médio e pequeno porte, ao aumento da transmissão por via heterossexual e ao persistente crescimento dos casos entre usuários de drogas injetáveis. O aumento da transmissão por contato heterossexual implica no crescimento substancial de casos em mulheres, o qual tem sido apontado como uma das mais importantes características do atual quadro da epidemia no Brasil.

Na década de 80, logo após seu descobrimento, a AIDS era conhecida como a peste gay ou câncer gay na mídia, pois os homossexuais eram os mais afetados por essa enfermidade que ninguém sabia ao certo de onde vinha. Porém com o passar dos anos, a AIDS vem acometendo vários gêneros, independente de opções sexuais, crescendo muito em pessoas heterossexuais.

Já em um *Discurso da Prevenção da AIDS frente às Lógicas Sexuais de Casais Soro Discordantes*, MAKSUD (2009) afirma que:

[...] ao longo dos anos, os boletins epidemiológicos divulgados pelo Ministério da Saúde mostram que a razão entre os sexos vêm diminuindo de forma progressiva. Se em 1985 havia 15 casos da

doença em homens para 1 em mulher, atualmente a relação é de 1,5 para 1, e em algumas faixas etárias, há inversão na razão de sexo. A transmissão heterossexual continua a crescer e a epidemia vem atingindo, também, de maneira importante, os indivíduos com menor escolaridade. Cabe destacar, portanto, três tendências atuais apresentadas pelo governo brasileiro em relação à epidemia de AIDS: a) o aumento da doença em mulheres; b) o espriamento da doença para classes sociais menos favorecidas; c) o aumento proporcional de casos entre os heterossexuais.

A AIDS é causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana, o HIV, que ataca as células de defesa do indivíduo, comprometendo o sistema imunológico e expondo o paciente á uma vulnerabilidade para as doenças oportunistas.

Esse vírus foi isolado pela primeira vez em 1983 pelos pesquisadores Robert Gallo, nos Estados Unidos, e Luc Montagnier, na França, sendo que em 1986, foi adotado o termo HIV do inglês Human Immunodeficiency Virus, traduzido como Vírus da Imunodeficiência Adquirida, pertencente à família dos retrovírus.

Nessa família, o material genético ocorre em forma de RNA (ácido ribonucléico) e não DNA (ácido desoxirribonucléico), como parte dos demais vírus e todos os organismos celulares. Quando um retrovírus invade uma célula, seu RNA é liberado e transformado em DNA, por um processo denominado 'transcrição reversa', realizado pela enzima transcriptase reversa. Após essa transformação, a forma intermediária de DNA viral insere-se no DNA das células humanas infectadas, passando a fazer parte de sua informação.

O detalhamento da origem e da evolução dessa família de vírus pode ajudar os cientistas na busca de uma cura para esse mal, que já matou cerca de 14 milhões de pessoas. Nos últimos 20 anos, uma nova doença infecciosa, causada por um vírus, tomou do câncer o posto de 'mal do século'.

Essa doença, para a qual ainda não existe cura, é a síndrome da imunodeficiência adquirida, mais conhecida e temida pela sigla AIDS do inglês Acquired Immunodeficiency Syndrome. Para que possamos conhecer o que o HIV faz no organismo do paciente, precisamos entender primeiramente o que é o sistema imunológico e como o mesmo é formado.

A função do sistema imune é a eliminação de antígenos, ou seja, corpos estranhos que entram em contato com nosso organismo, independente destas serem patológicas inócuas, a fim de manter homeostasia do sistema. Ele é formado por várias células de defesa, porém as células mais acometidas em uma infecção pelo vírus HIV são os linfócitos conhecidos como TCD4.

Os linfócitos são células pertencentes ao sistema imune adaptativo, que se originam nas células-tronco hematopoiéticas da medula óssea e migram para um órgão chamado Timo para maturarem.

Durante o desenvolvimento do linfócito T no timo (onde são conhecidos como timócitos), ocorre a expressão de outras moléculas de superfície importantes para o fenômeno de reconhecimento. São as moléculas CD4 e CD8 ou apenas moléculas de diferenciação.

O HIV no organismo infecta as células através da sua enzima transcriptase reversa, que produz uma cópia do seu genoma em DNA e incorpora seu próprio genoma no genoma humano, que é localizado no núcleo das células infectadas. Assim ocorre a lise dos linfócitos TCD4 saudáveis.

Em relação ao período de infecção do vírus, BELLINI (apud, JANEWAY et al. 2002, p.234) ensina que:

Os anticorpos contra o HIV aparecem no sangue de indivíduos de 3 a 12 semanas após a infecção, no período denominado de “janela imunológica”. Neste ocorre o aparecimento de anticorpos anti-HIV em concentração suficiente para permitir a sua detecção pelas técnicas laboratoriais correntes.

Com a eventual diminuição desses linfócitos há um grande colapso no sistema imune causando assim uma vulnerabilidade no organismo, permitindo a instalação de patógenos que causam as doenças oportunistas e tumores que podem evoluir para o óbito do paciente.

Em um trabalho intitulado *Alterações hematológicas em pacientes infectados pelo vírus da imunodeficiência humana submetidos à terapia antirretroviral com e sem inibidor de protease*, DAMINELLI et al (2010) diz que:

A infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) é caracterizada por uma contínua replicação viral e depleção dos linfócitos T CD4, acarretando alterações imunológicas e infecções por patógenos oportunistas.

No artigo científico *Qualidade de vida de indivíduos com HIV/AIDS: uma revisão de literatura*, em relação ao HIV e os linfócitos TCD4, CANINI et al (2004), diz o seguinte:

O HIV é um retrovírus que causa no organismo disfunção imunológica crônica e progressiva devido ao declínio dos níveis de linfócitos CD4, sendo que quanto mais baixo for o índice desses, maior o risco do indivíduo desenvolver AIDS. O período entre a aquisição do HIV e a manifestação da AIDS pode durar alguns anos, porém, apesar de o indivíduo portador do vírus estar muitas vezes assintomático, pode apresentar importantes transtornos na esfera psicossocial, a partir do momento em que fica sabendo de seu diagnóstico.

Em relação aos transtornos psicossociais citados acima, vale a pena reforçar ainda mais a importância do papel do enfermeiro em estar presente na vida do paciente em todos os momentos, proporcionando entendimento em relação a sua nova condição e tirando todas e quaisquer dúvidas que possam surgir, compactuando para um desenvolvimento satisfatório na saúde do mesmo.

## 2.2 CICLO VITAL DO VÍRUS HIV/AIDS

Entender como o vírus do HIV funciona dentro da célula humana dá aos pesquisadores indícios importantes sobre como atacá-lo em seus pontos mais vulneráveis. Conhecer os segredos de como funciona e se reproduz pode ajudar os cientistas a produzir novos medicamentos que são mais eficazes em lentificar a replicação do HIV e que apresentem menos efeitos colaterais aos usuários.

Os vírus não podem se reproduzir sem o auxílio de uma célula viva. Embora o HIV possa infectar quaisquer células do corpo, seu alvo principal são os linfócitos TCD4 como já vimos anteriormente.

Os linfócitos T são uma parte importante do sistema imunológico, porque ajudam a facilitar a resposta do corpo a muitas infecções comuns, mas potencialmente fatal. Com a diminuição dos linfócitos TCD4, o sistema imunológico fica incapaz de se defender contra muitas infecções, denominadas “oportunistas.”

Ao penetrar no corpo humano, e logo nas primeiras semanas da infecção, o ciclo vital do HIV na célula humana, em especial na célula T, ocorre da seguinte forma:

- 1) O HIV fixa-se nas células do hospedeiro por meio de espículas encontradas no seu envelope viral. As espículas ligam-se a receptores CD4 e a co-receptores, das células T;
- 2) Após a fixação, o RNA viral é liberado e transcrito em DNA pela enzima Transcriptase reversa;

- 3) O DNA viral torna-se integrado ao DNA cromossômico da célula hospedeira, podendo controlar uma produção ativa, em que novos vírus brotam. Alternativamente, o DNA integrado pode não produzir novos HIV's, mas permanece escondido no cromossomo da célula do hospedeiro como um provírus. Como provírus, ele não é detectado pelo sistema imunológico. O pró-vírus HIV, agora, aguarda sua ativação. A partir do DNA viral, duas fitas de RNA são construídos e transportados para fora do núcleo.
  
- 4) A etapa final do ciclo de vida viral é chamada nascente. Neste processo, o material genético incluído no núcleo se funde com a membrana celular deformada para formar o novo envelope viral. Com o seu material genético escondido em seu núcleo e uma nova camada externa feita de membrana da célula hospedeira, o HIV recém-formado comprime e entra em circulação, pronto para começar todo o processo novamente.

## **2.3 FASES DE INFECÇÃO PELO HIV/AIDS**

### **2.3.1 Infecção Aguda**

Para aparecer os primeiros sintomas, demoram cerca de 5 a 30 dias. O primeiro sintoma a surgir é a viremia da atividade imunológica, que se assemelha a outras infecções.

Podem surgir também: febre, adenopatia, faringite, mialgia, artralgia, rash cutâneo ulcerações muco-cutâneo em mucosa oral, cefaléia, perda de peso, náuseas e vômitos; os pacientes podem apresentar candidíase oral e neuropatia periférica. Nos exames laboratoriais podem surgir a presença de linfócitos atípicos, plaquetopenia e elevação sérica das enzimas hepáticas. A queda da contagem de linfócitos T CD4+, de 30 a 90 células por ano, está diretamente relacionada à velocidade da replicação viral e progressão para a AIDS.

### **2.3.2. Fase Assintomática**

Nesta fase pode ou não surgir sintoma, porém se surgir pode ser a linfadenopatia generalizada, sendo a mesma indolor e passando despercebida.

### **2.3.3 Infecção Sintomática Inicial**

Podem surgir sudorese noturna, fadiga, perda de peso, candidíase oral e vaginal, diarreia, herpes zoster, herpes simples recorrente.



## **2.4 TRATAMENTO DO HIV/AIDS: TERAPIA ANTI-RETROVIRAIS, O AUMENTO DA SOBREVIDA AOS PACIENTES PORTADORES DO HIV**

Desde meados dos anos 80, medicamentos anti-retrovirais (ARV) têm sido utilizados no tratamento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Os primeiros anti-retrovirais permitiam benefícios temporários, em razão da baixa eficácia na recuperação da capacidade imunológica e os efeitos limitados, sobre a redução da carga viral.

A partir de 1996, com o advento de novas classes de ARV – inibidores da protease e os inibidores de transcriptase reversa foi possível alcançar, mediante a terapia anti-retroviral combinada, êxitos significativos no tratamento de pessoas infectadas pelo HIV. Constatou-se, em decorrência, a diminuição relevante nos índices de morbidade e mortalidade por AIDS.

A terapia anti-retroviral, resultou em uma redução da morbidade, aumento da sobrevida, melhoria na qualidade de vida, supressão da carga viral e prevenção da transmissão vertical em todo o mundo. Esses medicamentos agem no ciclo do vírus, principalmente nas enzimas que permitem sua multiplicação dentro das células hospedeiras.

Existem alguns medicamentos, cujo alvo é uma enzima primordial chamada transcriptase (inibidores da transcriptase); outros que atuam dentro ou fora da célula na enzima protease (inibidores da protease); e um terceiro grupo que está sendo desenvolvido para atingir as integrases, enzimas que fazem o material genético do vírus integrar-se no material genético da célula.

Basicamente, o coquetel é composto de drogas que agem nas duas primeiras enzimas, que são fundamentais, e geralmente resulta da associação de 3 ou 4 drogas. Essa estratégia, que permite tratar o paciente por longos períodos, levou em conta experiências anteriores como as do tratamento da tuberculose, visando impedir que o vírus adquira resistência aos remédios, um fenômeno freqüente quando se contava apenas com o AZT para tratamento da AIDS. Essas drogas novas têm a vantagem, ainda, de permitir prescrever uma quantidade menor de comprimidos o que aumenta a adesão ao tratamento.

Sobre a terapia anti retroviral no tratamento de pacientes portadores do HIV/AIDS, TEIXEIRA & SILVA, (2008), no artigo *A representação do portador do vírus da imunodeficiência humana sobre o tratamento com os Anti-retrovirais* diz que:

O uso dos anti-retrovirais no tratamento da AIDS trouxe melhora significativa na qualidade de vida das pessoas portadoras do HIV, contribuindo para que a AIDS passe a ter características de uma doença crônica, mas apesar do grande benefício gerado por esta terapêutica, restam ainda dificuldades a serem superadas, dentre elas, a adesão da pessoa portadora ao tratamento.

Antigamente o indivíduo precisava tomar vários comprimidos dissolvidos na água ou perto das refeições ou distante delas. Os primeiros eram tomados no café da manhã. Pouco tempo depois de chegar ao local de trabalho, porém, era necessário suspender as atividades para tomar mais alguns diluídos na água. Hoje, existem preparações de drogas que são mais fáceis de administrar. A didanosina, por exemplo, no início era apresentada em comprimidos enormes que os pacientes detestavam mastigar ou dissolver na água. Hoje, há uma didanosina de liberação entérica que pode ser ministrada em dose única. Além dela, existem outros medicamentos para a AIDS que podem ser usados numa dose única diária. Todos visam melhorar a qualidade de vida desses pacientes. Isso teve um impacto extremamente positivo na adesão ao tratamento, pois era comum grande parte dos medicamentos distribuídos pela rede pública ser desperdiçada, já que o portador do HIV não tomava os remédios direito por causa da dificuldade em distribuir sua ingestão ao longo do dia. A experiência no tratamento da hipertensão arterial já tinha apontado nesse sentido. O abandono da medicação era muito maior quando o hipertenso tinha de tomar três doses diárias em vez de uma só. O coquetel anti- retroviral é composto pelas drogas Inibidoras de proteases, Inibidoras da enzima Transcriptase Reversa Nucleosídeos e Inibidoras da enzima Transcriptase reversa não Nucleosídeos. Conheceremos um pouco mais de cada uma dessas drogas.

- a) **Inibidoras de Proteases são:** Indinavir (Crixivan); Ritonavir (Norvir); Saquinavir (Invirase ou Fortovase); Nelfinavir (Viracept); Amprenavir (Agenerase); Lapinovir (Kaletra): fazem a inibição da enzima protease HIV, impede que a enzima processe o precursor da proteína, fazendo com que as partículas virais produzidas sejam imaturas e, portanto, incapazes de iniciar um novo ciclo de infecção celular.
- b) **Inibidores da Transcriptase Reversa Nucleosídeos:** Zidovudina (Retrovir ou AZT); Didanosina (Videx); Zalcitabina (Hivid); Estavudina (Zerit); Lamivudina (Epivir); Abacavir (Ziagen); Trizivir (AZT + 3TC + Abacavir): O primeiro antirretroviral que surgiu foi em 1986, chamado Zidovudina, que é um inibidor da enzima transcriptase reversa, esse medicamento é também conhecido como AZT, ele inibe a síntese do RNA viral através da inibição da transcriptase reversa, previne a replicação viral, retarda também a progressão e diminui as seqüelas pela infecção pelo HIV, diminui a carga viral e melhora a contagem de células CD4, diminui a transmissão pelo HIV, para crianças nascidas de mães soropositivas
- c) **Inibidores da Transcriptase Reversa Não Nucleosídeos:** Nevirapina (Viramune); Efavirenz (Sustiva); Delavirdina (Rescriptor): É um inibidor específico não competitivo da transcriptase reversa (TR), do HIV1, bloqueia as atividades das polimerases ARN-dependentes e ADN dependente pelo vírus HIV1.

## 2.5 CUIDADOS PALIATIVOS NO TRATAMENTO DO PACIENTE COM HIV/AIDS

Cuidados paliativos modernos, antigamente conhecidos como cuidado hospice (abrigos destinados ao conforto e aos cuidados com a saúde de peregrinos e viajantes), teve seu início nos tempos antigos.

Esses abrigos eram usados por peregrinos e doentes, ao longo de trajetos conhecidos na Europa, como por exemplo, o caminho de Santiago de Compostela. Muitos deles morriam nestas hospedarias, recebendo cuidado leigo, porém caridoso.

O termo paliativo deriva da palavra latina *pallium*, que significa manta ou coberta. Sendo assim, quando uma pessoa desenvolve ou adquire uma patologia que não tem cura, como, por exemplo, o HIV/AIDS, os sintomas são “cobertos”, com medicamentos específicos para cada sintoma.

A primeira definição de cuidados paliativos feito pela Organização Mundial da Saúde (OMS) se deu no ano de 1986, sendo revisada em 1990 e novamente em 2002, que diz o seguinte:

Cuidados Paliativos são uma abordagem que objetiva a melhoria na qualidade de vida do paciente e seus familiares diante de uma doença que ameaça a vida, através da prevenção e alívio de sofrimento, através da identificação precoce e avaliação impecável, tratamento de dor e outros problemas físicos, psicológicos e espirituais.

Esta é a definição mais recente da Organização Mundial de Saúde, realizada em 2002. A prática adequada dos Cuidados Paliativos preconiza atenção individualizada ao paciente com HIV/AIDS e à sua família, buscando uma melhora de todos os sintomas e prevenção do sofrimento. O foco da atenção não é a doença a ser curada/controlada, mas o doente.

O primeiro país a reconhecer a medicina paliativa como uma especialidade da área da saúde foi o Reino Unido em 1987. O Brasil deu início às suas atividades com os cuidados paliativos entre os anos de 1999 e 2001.

Na medida em que a doença se desenvolve e o tratamento medicamentoso perde o poder de oferecer um controle razoável, os cuidados paliativos crescem, no sentido não de combater a doença, mas proporcionar alívio aos sintomas na fase aguda da doença.

Sobre a definição de Cuidados Paliativos MICHELIM et al (2007), no artigo científico titulado *Cuidados Paliativos em Pacientes com HIV/AIDS*, afirma que:

O cuidado paliativo tornou-se um grande aliado de pacientes vivendo com AIDS, principalmente ao auxiliar no controle de suas enfermidades, garantindo-lhes uma melhor qualidade de vida, uma vez que a doença não apresente nenhuma possibilidade de cura.

As ações paliativas desenvolvidas na fase do diagnóstico e do tratamento do HIV/AIDS não exigem a presença de uma equipe especializada e podem ser desenvolvidas por qualquer profissional na área da saúde.

À medida que a doença progride e o tratamento curativo perde o poder de oferecer um controle razoável da mesma, os cuidados paliativos crescem em significado, surgindo como uma necessidade absoluta na fase em que a incurabilidade se torna uma realidade.

Os cuidados paliativos foram instituídos com a finalidade de suavizar os sintomas físicos que o paciente tem a tendência a desenvolver, tais como:

- 1) Dor;
- 2) Náuseas;
- 3) Vômitos;
- 4) Diarréia;
- 5) Constipação;
- 6) Fadiga ou Cansaço.

Esses cuidados podem ser indicados em qualquer tratamento de doença progressiva, ativa e em diferentes fases de evolução, que ameace a saúde do ser humano.

Os profissionais que trabalham com cuidados paliativos desenvolvem habilidades de se fazerem presentes no momento de desconforto e tristeza do paciente, ou seja, o momento que ele descobre ser portador do HIV, sendo esses momentos aqueles cheios de fúria, medo, incerteza e ansiedade á volta de seu futuro com o desenvolvimento da doença.

A equipe de saúde que se dedica a esta forma de cuidado, aprende e recebe muito mais do que proporciona, ele desenvolve a cada sorriso de gratidão o seu lado humano, aprendendo a respeitar a condição humana e entender o quão frágil são nossos egos, planos e sonhos. Vale a pena ressaltar o aprendizado para uma vida toda sobre quais serão as prioridades, enquanto enfermeiros, e como descartar aquilo que não é essencial á vida.

“Esse gesto de “encobrir” e “suavizar” a dor do paciente, que se denomina “cuidado paliativo”, pois diminui o sofrimento, aumenta os laços afetivos e de humanização nos profissionais, cria compaixão pelo paciente e sua família e amigos mais próximos, controlando os sintomas que são pertencentes ao desenvolvimento da patologia e proporciona a busca pela autonomia e pela manutenção de uma vida ativa enquanto ela durar.

## CAPÍTULO 3

### 3. A PARTICIPAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA AO PORTADOR DO HIV/AIDS

O termo qualidade de vida é utilizado quando um indivíduo está não somente com a saúde física em perfeito estado, mas também, a saúde mental, emocional e social. Um indivíduo portador do vírus HIV/AIDS tem um déficit em todas essas áreas, já que sua condição mexe não somente com sua saúde física.

No artigo *Avaliação da Qualidade de vida de mulheres com HIV/AIDS através do HAT-QoL*, GALVÃO et al (2004), diz que:

[...] a qualidade de vida das pessoas com HIV/ AIDS tem sido uma preocupação importante nas pesquisas da área. Desde a introdução do AZT (zidovudina) em 1986, têm sido realizados ensaios clínicos destinados a avaliar a eficácia dos esquemas de tratamentos nos pacientes portadores de HIV, procurando focalizar inclusive a qualidade de vida.

Após a descoberta da infecção viral por HIV e o desenvolvimento da AIDS, havia pouca solução terapêutica para suavizar os efeitos da ação desse vírus dentro do organismo do indivíduo. Assim, os mesmos viam a evolução do seu quadro clínico e esperariam a morte, sem nenhum tipo de expectativa com a ação dos tratamentos.

Porém, no início da década de 90 surgiram medicamentos, como por exemplo, a zidovudina ou simplesmente AZT, que trouxeram esperança para os portadores do HIV/AIDS. Dessa forma, os portadores adquiriram não apenas expectativa de vida, mas também qualidade de vida, devido aos avanços terapêuticos, até que a cura ou a vacina pudesse se tornar disponíveis.

Porém, vale a pena lembrar que uma qualidade de vida adequada aos portadores do HIV/AIDS, não está ligada somente ao bem estar em relação a

evolução clínica da doença, mas também aos hábitos quanto a alimentação e a prática de exercícios físicos para beneficiar, não somente seu corpo, mas também seu lado emocional e social.

Com o avanço dos tratamentos medicamentosos que combatem a evolução do HIV/AIDS, houve também uma mudança impactante no estado nutricional peso dos indivíduos que utilizam essas drogas, em particular, os inibidores de proteases.

Sobre a evolução do estado nutricional dos portadores do HIV/AIDS, JAIME et al ( 2004), no artigo *Prevalência de Sobrepeso e Obesidade Abdominal em Indivíduos portadores de HIV/AIDS, em uso de Terapia anti-retroviral de Alta Potência*, diz que:

Atualmente o ganho de peso, a redistribuição de gordura e a obesidade são novos problemas nutricionais que os indivíduos com HIV/AIDS em uso da HAART estão apresentando. Alterações na composição corporal têm sido relatadas, especialmente no que se referem à redistribuição da gordura corporal com acúmulo de gordura em regiões centrais do corpo, tais como tronco, abdômen e região dorso-cervical. A alteração na composição corporal está estimada em cerca de 83% entre pessoas que utilizam os inibidores de protease<sup>10</sup>.

Para que o estado nutricional do paciente não agrave seu quadro, fazendo com que o mesmo passe a fazer parte da porcentagem de pessoas com obesidade mórbida, a equipe de saúde, lideradas pelo enfermeiro, devem orientá-lo a práticas de exercícios físicos e manter uma alimentação equilibrada e saudável.

A equipe de saúde deve estar atenta aos problemas de desnutrição ou obesidade nos pacientes portadores de HIV/AIDS, já que ambos andam lado a lado ao estado em que o indivíduo se encontra no momento, ou seja, tanto o emocional, quanto o físico e psicológico abalados.

Apesar das importantes evoluções no tratamento com os anti-retrovirais na diminuição da replicação viral e melhora no sistema imunológico, as pessoas portadoras do HIV/AIDS comumente experimentam problemas relacionados a



nutrição como a perda de peso ou obesidade. A incidência da desnutrição tende a aumentar devido à sobrevivência prolongada, sendo essencial monitorar anualmente o peso dos pacientes assintomáticos e freqüentemente daqueles sintomáticos ou com mudança de peso.

Os pacientes portadores do HIV/AIDS podem perder peso facilmente e rapidamente, cerca de 5 kg por mês, podendo ser associado a infecções secundárias em mais de 80% dos casos, ou perder peso lentamente, indicando uma candidíase, ou apenas a redução alimentar, devido a fatores emocionais.. Há casos, em que o paciente, simplesmente apresenta um emagrecimento progressivo associado a uma diarréia crônica. A perda de peso grave diminui consideravelmente a sobrevida do paciente portador do HIV/AIDS, comprometendo sua qualidade de vida.

### 3.1 A IMPORTÂNCIA DA ALIMENTAÇÃO AOS PORTADORES DE HIV/AIDS

Uma alimentação saudável é aquela que possui todos os grupos alimentícios necessários em cada refeição, lembrando sempre, que se deve respeitar as preferências do paciente, valorizando seus aspectos culturais e econômicos.

Toda pessoa tem o direito a uma alimentação equilibrada para se manter saudável, porém, quando este equilíbrio não é adquirido o corpo fica mais sujeito à infecções, principalmente aos portadores do HIV/AIDS.

Ter uma alimentação saudável é um fator muito importante para a saúde e conseqüentemente para a qualidade de vida das pessoas, principalmente aos pacientes com o HIV/AIDS, pois tem muita influência importante no bem estar físico e mental, proporcionando equilíbrio emocional, resultando assim na melhora dos níveis de linfócitos TCD4.

Muitos pacientes que começam o tratamento com os anti-retrovirais podem apresentar alguns sintomas como efeitos adversos aos medicamentos que compõem o coquetel cabem aos enfermeiros, como educadores em saúde, orientar cada caso, para que os pacientes possam ter uma melhor qualidade de vida, através de uma dieta saudável e balanceada, é necessário atentar para:

- a) **Perda de Peso:** existem causas que ocasionam perda de peso, sendo a mais comum a perda do apetite, porém, existem ainda: dor ao engolir, devido as feridas que aparecem na boca, esôfago e garganta; diarreias e infecções, que fazem com que o corpo necessite de mais energia e nutrientes; dificuldades de absorção, dificuldades socioeconômicas, podendo não ter meios financeiros para se alimentar devidamente; problemas psicológicos, como por exemplo a depressão; práticas irregulares de exercícios físicos, sem a compensação calórica necessária; **Ação do Enfermeiro:** encaminhar o paciente a um médico e/ou nutricionista, para que os mesmos possam estar diagnosticar a causa da perda de peso;

- b) **Falta de Apetite:** o paciente portador do HIV/AIDS fica tão perturbado com o diagnóstico dito pelo médico, que fica sem se alimentar, por vários fatores emocionais. Com isso, o sistema imunológico que já está em déficit, ficará mais debilitado, fazendo com que ocorra mais rapidamente a evolução da doença; **Ação do Enfermeiro:** Orientar o paciente a fazer pelo menos cinco refeições diárias em pequenas quantidades, variando o máximo possível os alimentos, e incluindo sempre, sopas, caldos, bem coloridos ao cardápio;
- c) **Náuseas e Vômitos:** quando esses sintomas aparecem, o paciente geralmente não se alimenta, com receio de que se agravem os sintomas. **Ação do Enfermeiro:** Orientar o paciente que para que seu tratamento evolua de forma satisfatória, é necessário que o mesmo se alimente, mesmo estando com sensação náuseas e vômitos, e após a ingesta alimentar, orientá-lo a descansar com a cabeça mais elevada que os pés; importante lembrar os pacientes que a ingesta hídrica é fundamental para a hidratação do seu organismo e que o uso de álcool dificulta muito o seu tratamento, conseqüentemente piora a evolução clínica do seu quadro.

### **3.2 GRUPO INTEGRADO DE ATENÇÃO E PREVENÇÃO DE DST**

O Grupo Integrado de Atenção e Prevenção de DST (GIPA) foi cadastrado no início com Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), e o Serviço de Atendimento Especializado (SAE), atualmente funciona como GIPA. Até o ano de 2002, funcionou somente o antigo Centro de Orientação e Apoio Sorológico, a partir de setembro desse mesmo ano, acabou surgindo o Ambulatório municipal de DST/HIV/AIDS e Tuberculose.

O CTA tem por objetivo o trabalho de prevenção às DST e AIDS, realizando orientações, aconselhamentos pré e pós-teste, coleta para exames de HIV, Sífilis e Hepatites B e C; encaminhando os casos detectados para devidas referências. É ponto de entrega de preservativos masculino, feminino, gel lubrificante e orientação correta quanto ao uso. Como diferencial, oferecem testagem rápida para o HIV (TRD-HIV), permitindo o conhecimento imediato do resultado, assim como assistência caso seja necessário.

Realizam também ações preventivas em empresas, escolas, com populações mais vulneráveis e nas unidades de saúde, junto à Atenção Básica.

O SAE tem por finalidade oferecer atendimento especializado, integral e de qualidade aos pacientes, portadores de HIV/AIDS. Para tanto, conta com uma equipe multiprofissional composta por coordenação, médica infectologista, psicóloga, assistente social, enfermeira, farmacêutico, auxiliar de enfermagem, administrativo e serviços gerais. Ainda, oferecemos referência para outras especialidades.

No GIPA são realizados os atendimentos: médico, psicológico, social, farmacêutico e de enfermagem às pessoas vivendo com HIV/AIDS. Onde, além destes atendimentos, retiram seus medicamentos para terapia Anti-retroviral e participam de grupos para adesão. Também é realizado no GIPA o atendimento aos pacientes com tuberculose, onde além de consultas, recebem apoio social, além de visitas. A busca de faltosos e supervisão no tratamento é realizada intersetorialmente, pela Atenção Básica.

Atualmente trabalha com uma equipe composta por:

- 02 Médicos infectologistas
- 01 Coordenadora da unidade
- 01 Enfermeira
- 01 Psicólogo
- 01 Assistente Social
- 02 Auxiliares de Enfermagem
- 02 Auxiliares Administrativos
- 01 Auxiliar de Serviços Gerais

O GIPA, atualmente, encontra-se instalado no seguinte endereço: Rua Candido Mota, 68, Centro – Assis/SP.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um paciente portador do vírus HIV acaba se deixando levar pela patologia, apresentando um quadro de tristeza. Cabe a nós, cuidadores, incentivar a melhora emocional e física do paciente.

Humanizar é saber respeitar e reconhecer os limites e fraquezas dos pacientes, já que a enfermagem atua direta e indiretamente na prestação de cuidados ao ser humano.

Mas, infelizmente, a realidade em que vivemos é outra; a equipe de enfermagem deve resgatar valores que foram perdidos com o passar do tempo. Com a informatização que foi se obtendo com o passar dos anos, a enfermagem perdeu muito em termos de assistência humanizada, já que antigamente o enfermeiro fazia seu primeiro contato com o paciente para anotar seus dados pessoais e agora os dados pessoais dos pacientes já chegam impressos na clínica onde o mesmo será internado.

Os pacientes com HIV/AIDS sentem essa falta de humanização, já que a assistência à sua patologia tem sido o centro das atenções nos cuidados a ele atribuídos, fazendo com que o mesmo enfrente seus medos e anseios sozinho, sem o apoio do profissional da saúde, o qual deveria priorizar a saúde como um todo, ou seja, o bem estar físico, emocional e social.

Em termos de bem estar social, o profissional da área da saúde, sendo representado aqui pelo enfermeiro, teria que reeducar a sociedade em que ele desenvolve suas atividades, digo reeducar, pois a população já tem uma ideia totalmente errônea sobre como se transmite o HIV/AIDS, fazendo com que ocorra a exclusão social do indivíduo portador e conseqüentemente de sua família.

É essencial o desenvolvimento de atividades que incluam os familiares e amigos mais íntimos do portador do HIV/AIDS, uma vez que todos que participam de sua vida têm necessidade em saber como se adquire o vírus HIV, pois geralmente as pessoas leigas e humildes, sem qualquer tipo de informação

correta, não entendem que há mais formas de contágio do que simplesmente o uso de drogas injetáveis , sexo sem proteção e a opção sexual.

Devemos, na condição de enfermeiros, dedicar maior atenção ao paciente, não digo passar horas dentro de um ambiente hospitalar apenas conversando com o mesmo e sua família, mas tratá-lo pelo nome, perguntar se há alguma dúvida não esclarecida, algum medo que o perturba em relação ao seu estado, já que após o diagnóstico positivo, tudo na sua vida muda.

Os amigos se afastam, a família, de certa forma, se sente envergonhada, cabendo a nós, profissionais da saúde, proporcionar entendimento, esclarecer dúvidas. Enfim, devemos criar vínculos com nossos pacientes e muitas vezes nos colocar em seu lugar, para ver se gostaríamos de ser tratados como estamos tratando, ou se precisamos melhorar muito mais a nossa assistência.

Levando em consideração tudo o que foi dito neste trabalho, em relação ao desenvolvimento e prática de um cuidado humanizado, já que muito se fala em humanização e pouco se tem desta prática, vamos rever nossos conceitos e pensarmos o porque estudamos tanto para nos formar enfermeiros(as), se foi pra tratar a doença instalada no paciente, fazendo com que ele melhore e vá para a casa ou se foi para promover o bem estar físico, emocional e social do mesmo e logo o reinserir na sociedade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AYRES, José Ricardo Carvalho Mesquita. **Práticas Educativas e Prevenção de HIV/Aids: Lições Aprendidas e Desafios Atuais**. Revista Interface, vol.6, n.11, Botucatu, 2002. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414328320020002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414328320020002&script=sci_arttext)>. Acesso 29/10/2010.

BELLINI, Marta; FRASSON, Priscila Carozza. **Ciências e seu ensino: o que dizem os cientistas e os livros didáticos sobre o HIV/AIDS?**. Ciência & Educação, vol.12, n.3, Bauru, 2006. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-73132006000300002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-73132006000300002&script=sci_arttext)>. Acesso em: 29/10/2010.

BOFF, Leonardo. **Princípios de Compaixão e Cuidado**. Petrópolis –RJ: Vozes, 2000.

BOFF, Leonardo. **Saber Cuidar – Ética do Humano, Compaixão pela Terra**, Petrópolis –RJ: Vozes, 2000.

BRITTO, Ana Maria de; CASTILHO, Euclides Ayres de; SZWARCOWALD, Célia Landmann. **AIDS e Infecção pelo HIV no Brasil: Uma Epidemia Multifacetada**. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, 2000. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v34n2/a10v34n2.pdf>>. Acesso em 20/10/2010.

CAETANO, Joselany Afio; PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag. **Autocuidado e o portador do HIV/AIDS: Sistematização da Assistência de Enfermagem**. Revista Latino Americana de Enfermagem, 2006. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010411692006000300006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692006000300006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)> Acesso em 20/10/2010.

CANINI, Silvia Rita Marin da Silva, **Qualidade de vida de indivíduos com HIV/AIDS: Uma revisão de literatura**. Revista Latino Americana de Enfermagem, 2004. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-1169200400000014&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-1169200400000014&script=sci_arttext)>. Acesso em 29/10/2010.

CAMPOS, Denyse Pereira, **Efeito do Critério de Diagnóstico da AIDS e da Adesão ao Tratamento Anti-Retroviral na Progressão Clínica em HIV/AIDS**. Biblioteca Virtual em Saúde LILAC'S, 2009. Disponível em <[http://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/25479\\_Final.pdf](http://bvssp.icict.fiocruz.br/pdf/25479_Final.pdf) > Acesso em 29/10/2010.



COLOMBRINI, Maria Rosa Ceccato; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes; FIGUEIREDO, Rosely Morales de. **Adesão à terapia anti-retroviral para HIV/AIDS**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2006. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S008062342006000400018&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342006000400018&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acessado em 29/10/2010.

FERNANDES, José Roberto Maggi, et al. **Início da Terapia Anti-retroviral em Estágio Avançado de Imunodeficiência entre Indivíduos Portadores de HIV/AIDS em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil**. Caderno de Saúde Pública, vol.25, n.6, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009000600019&lang=pt](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000600019&lang=pt)>. Acesso em 29/10/2010

GABRIEL, Rosimeire; BARBOSA, Dulce Maria; VIANNA, Lucila Amaral Carneiro. **Perfil Epidemiológico dos Clientes com HIV/AIDS da unidade ambulatorial de hospital escola de grande porte - Município de São Paulo**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2005.

GIORDANI. Anney Tojeiro. **Humanização da Saúde e do Cuidado**. São Caetano do Sul – SP: Difusão, 2008

GYR, Elucir. et al. **Medidas Preventivas contra a AIDS e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis Conhecidas por Universitários da Área de Saúde**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 1999. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n1/13444.pdf>> . Acesso em 29/10/2010.

OLIVEIRA, Luzia Aparecida, **Humanização e Cuidado: A Experiência da Equipe de um Serviço de DST/AIDS no Município de São Paulo**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v10n3/a25v10n.pdf>>. Acesso em 29/10/2010.

OLIVEIRA, Luzia Aparecida. **Humanização e cuidado: a experiência da equipe de um serviço de DST/AIDS no município de São Paulo**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v10n3/a25v10n.pdf>>, Acesso em 11/10/2010

PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana. **Humanização e Cuidados Paliativos**. 3ª Ed. Ipiranga – SP, Edições Loyola, 2004

PORTELA, Margareth Crisóstomo; LOTROWSKA, Michel, **Assistência aos Pacientes com HIV/AIDS no Brasil**. Revista Saúde Pública, vol.40, São Paulo,

2006. Disponível em <  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003489102006000800010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102006000800010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)> Acesso em 20/10/2010.

RESUTO, Therezinha. **A Assistência de Enfermagem aos Portadores de HIV/AIDS no vislumar da sua epidemia em Ribeirão Preto. Relato de Experiência de uma Equipe de Enfermagem**, Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2000. Disponível em <  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S008062342000000300003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342000000300003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)> Acesso em 11/04/2010.

RIBEIRO, Cristiane Galvão, et al. **Profissionais que Trabalham com AIDS e suas Representações Sociais sobre o Atendimento e o Tratamento**. Estudos de Psicologia vol.23 no.1 Campinas, 2006. Disponível em <  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103166X2006000100009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103166X2006000100009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em 29/10/2010.

SANTOS, Elisabete Cristina Morandi dos; JUNIOR, Ivan França; LOPES, Fernanda. **Qualidade de Vida de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS em São Paulo**. Revista de Saúde Pública vol.41. São Paulo, 2007. Disponível em <  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003489102007000900011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102007000900011&lng=en&nrm=iso)> Acesso em 29/10/2010

TORRES, Gilson de Vasconcelos; ENDERS, Bertha Cruz. **Atividades Educativas na Prevenção da AIDS em uma Rede Básica Municipal de Saúde: Participação do Enfermeiro**, Revista Latino-Americana de Enfermagem - Ribeirão Preto, 1999. Disponível em < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692001000600002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000600002)>. Acesso em: 29/10/2010

TORRES, Gilson de Vasconcelos; RUFFINO, Márcia Caron. **Competência Técnica na Prevenção do HIV/AIDS: Validação de um Instrumento**, Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2001. Disponível em <  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692001000600002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000600002)>. Acesso em: 29/10/2010

WALDOW, Vera Regina. **Cuidar, Expressão Humanizadora da Enfermagem**. Petrópolis – RJ: Vozes, 2006.

PUCCINI, Paulo de Tarso; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **A Humanização dos Serviços e o Direito à Saúde**. Caderno de Saúde Pública, vol.20, n. 5, Rido de Janeiro, 2004. Disponível em <

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102-311x2004000500029&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102-311x2004000500029&script=sci_arttext) . Acesso: 29/10/2010

MEZZOMO, João Catarin, **Gestão da Qualidade na Saúde: Princípios Básicos**, São Paulo- SP: Ed. Manole, 2001.

ROLIM, Karla Maria Carneiro; CARDOSO, Maria Vera Lúcia Moreira Leitão. **O Discurso e a Prática do Cuidado ao Recém-nascido de Risco: Refletindo sobre a Atenção Humanizada**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, vol.14, n.1, Ribeirão Preto, 2006. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692006000100012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692006000100012&script=sci_arttext)>. Acesso em: 29/10/2010

FERNANDES, João Cláudio L; COUTINHO, Evandro da Silva F; MATIDA, Álvaro. **Conhecimentos e Atitudes Relativas a SIDA/AIDS em uma População de Favela do Rio de Janeiro**. Caderno de Saúde Pública, vol.14, n.3, Rio de Janeiro, 1998. Disponível em < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1998000300014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000300014)>. Acesso em: 29/10/2010

SÁ, Mônica Oliveira Batista;MORAES, Leila Memória Paiva; VICTOR, Janaína Fonseca;**A Comunicação como Instrumento do Enfermeiro para o Cuidado Emocional com o Cliente Hospitalizado**. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 06, n. 02, 2004. Disponível em < [http://www.fen.ufg.br/revista/revista6\\_2/pdf/R4\\_comunica.pdf](http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_2/pdf/R4_comunica.pdf)>. Acesso em 03/11/2010.

PINHEIRO, Patrícia Neiva da Costa et al. **O Cuidado Humano: Reflexão Ética Acerca dos Portadores do HIV/AIDS**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, artigo de revisão, Scielo, 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n4/v13n4a16.pdf>>. Acesso em 03/11/2010.

SILVA, Fabrícia Martins; MATTOS, Jane Cristina de; BRAMBATTI, Viviane; **A Enfermagem como Facilitadora na Potencialização do Poder Vital da Mulher Puérpera: A Aplicação de um Modelo de Cuidado**. Centro de Ciências e Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006. Disponível em < <http://www.bibliomed.ccs.ufsc.br/ENF0460A.pdf>>. Acesso em 03/11/2010

FERREIRA, Fernanda Cristina; NICHATA, Lúcia Yasuko Izumi. **Mulheres Vivendo com AIDS e os Profissionais do Programa Saúde da Família: Revelando o Diagnóstico**. Revista Escola de Enfermagem. USP, vol.42, n.3,

São Paulo, 2008. Disponível em < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342008000300010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342008000300010&script=sci_arttext)>. Acesso em 03/11/2010.

SILVA, Juliana Azevedo et al. **Investigação de Acidentes Biológicos entre Profissionais de Saúde**. Escola Anna Nery, vol.13, n.3, 2009. Disponível em < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452009000300008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452009000300008&script=sci_arttext)> Acesso em: 03/11/2010.

MAKSUD, Ivia. **Discurso da Prevenção da AIDS frente às Lógicas Sexuais de Casais Soro Discordantes**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, vol.19, n.2, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312009000200006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000200006)> Acesso em 04/11/2010.

TEIXEIRA, Michele Gomes; SILVA, Girlene Alves da. **A Representação do Portador do Vírus da Imunodeficiência Humana sobre o Tratamento com os Anti-retrovirais**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, vol.42, n.4, São Paulo, 2008. Disponível em < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342008000400016&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342008000400016&script=sci_arttext)>. Acesso em 04/11/2010.

MICHELIM, Lessandra et al; **Cuidados Paliativos em Pacientes com HIV/AIDS**. Prática Hospital Infectologia, n. 54. Disponível em <http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2054/pdfs/mat%2019.pdf> >. Acesso em 04/11/2010.

JAIME, Patrícia Constante et al; **Prevalência de Sobrepeso e Obesidade Abdominal em Indivíduos portadores de HIV/AIDS, em uso de Terapia anti-retroviral de Alta Potência**. Revista Brasileira de Epidemiologia, Vol. 7, n. 1, 2004. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbepid/v7n1/08.pdf>>. Acesso em: 04/11/2010