



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE**  
**CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE**  
**UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM**  
**CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**IRYS KARLA COSMO PEREIRA**

**SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS COM HIV/AIDS: O OLHAR DA**  
**EQUIPE DE ENFERMAGEM E AS REPERCUSSÕES PARA O CUIDADO**

**CUITÉ**

**2016**

IRYS KARLA COSMO PEREIRA

**SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS COM HIV/AIDS: O OLHAR DA  
EQUIPE DE ENFERMAGEM E AS REPERCUSSÕES PARA O CUIDADO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem, da Universidade Federal de Campina Grande, *Campus Cuité*, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

**Orientadora: Profa. MSc. Luana Carla Santana Oliveira**

CUITÉ

2016

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE  
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

P436s      Pereira, Irys Karla Cosmo.

Saúde e qualidade de vida de crianças com HIV/aids: o olhar da equipe de enfermagem e as repercussões para o cuidado. / Irys Karla Cosmo Pereira. – Cuité: CES, 2016.

94 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2016.

Orientadora: Luana Carla Santana Oliveira.

1. HIV. 2. Síndrome da imunodeficiência adquirida. 3. Criança. I. Título.

Biblioteca do CES

CDU 616.97

IRYS KARLA COSMO PEREIRA

**SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS COM HIV/AIDS: PERCEPÇÃO  
DA ENFERMAGEM**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem, da Universidade Federal de Campina Grande, *Campus Cuité*, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

**Aprovado pela Banca Examinadora em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.**

---

Profa. MSc. Luana Carla Santana Oliveira  
(Presidente da banca)

---

Profa. MSc. Edija Anália Rodrigues de Lima  
(Membro)

---

Profa. MSc. Jocelly de Araújo Ferreira  
(Membro)

## **DEDICATÓRIA**

A Deus, por ter me dado o dom da fortaleza e da ciência. Teus sonhos são maiores que o meu, e por isso mesmo que vale a pena acreditar. Prosperarei em Tua presença.

À minha filha (in memoriam), Maria Clara, que em pouco tempo me mostrou o sentido da vida. Obrigada minha princesa! Te amarei eternamente!

A todas as pessoas que vivem e convivem com o HIV, pelo exemplo de vida, coragem e resiliência, em especial às crianças que desde cedo enfrentam esta batalha.

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Vera Lúcia e Ivan Cosmo, pelo exemplo de vida e coragem, pelo incentivo e por estarem sempre ao meu lado, acreditando nos meus sonhos e potencialidades. Eu amo vocês!

À minha irmã e meu sobrinho, Márcia Cosmo e Matheus Cosmo, por serem meu porto seguro nos momentos de tristeza e de alegria. Sei que posso contar com a força de vocês para carregar os fardos da vida. Vocês são demais!

A Luan Medeiros, por estar sempre ao meu lado, nos momentos de alegria e de tristeza. Tenho por você uma grande estima, respeito e lealdade. Obrigada por ter tornado esse final de curso algo tão suave e por ter compreendido os momentos de ausência. Obrigada por toda a força que você me transmitiu. Sempre contarei com você em minha vida!

A todos os meus amigos pelo apoio e por todo amor que direcionam a mim em todas as etapas dessa caminhada, em especial: Gilzimar Dourado, Débora Thaise, Francisco Sebastião, Ana Lúcia, Laura, Kaylla Luelly, Milca Silficia, Tamirys Leite, Williane Canuto, Genário Medeiros Luís Fernando e Eduardo Silva. Agradeço muito a todos pelo companheirismo e incentivo que me deram, vocês estarão eternamente no meu coração.

A esta instituição de ensino, seu corpo docente, direção e administração que me proporcionaram o horizonte que hoje vislumbro, eivado pela acendrada confiança no mérito, ética e moral aqui presentes.

Aos profissionais que participaram do meu estudo, por compartilharem suas experiências comigo, que muito me ajudaram para a consolidação desta pesquisa.

À pessoa essencial nessa construção, à querida professora Luana Oliveira, pela sua competência, disponibilidade e sensibilidade na orientação deste trabalho e pela compreensão com as minhas dificuldades. Sua estratégia como orientadora me fez crescer como pessoa. A você todo o meu carinho, respeito e admiração.

Sou grata aos membros da banca, pela sua participação especial nesse ciclo de aprendizado que se encerra em minha vida. Sou imensamente grata por contribuírem na minha formação através dos seus conhecimentos. Muito obrigada!

Por fim, sou grata a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação. Muito obrigada!

PEREIRA, I. K. C. **Saúde e qualidade de vida de crianças com HIV/aids: o olhar da enfermagem e as repercussões para o cuidado.** 2016. 94 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Bacharelado em Enfermagem). Universidade Federal de Campina Grande, Cuité, 2016.

## RESUMO

As crianças com HIV/aids vêm ganhando evidência no panorama da epidemia, seja pelo seu crescimento epidemiológico, em decorrência do processo de juvenização, ou pelo aumento da sobrevivência daquelas que foram infectadas por meio da transmissão vertical. Estas crianças têm o seu cotidiano modificado, devido à necessidade de um acompanhamento permanente em serviços de saúde, de uso contínuo de medicação e de possível debilidade imunológica, o que ocasiona um histórico de sucessivas internações hospitalares. Neste contexto, ressalta-se a participação do enfermeiro como um profissional atuante no cuidado das crianças com HIV/aids, e que deve engajar-se na luta pelo atendimento integralizado em todos os espaços de atenção à saúde. O presente estudo teve como objetivo geral compreender a visão da enfermagem acerca da saúde e da qualidade de vida das crianças com HIV/aids e suas repercussões para o cuidado ofertado. Trata-se de um estudo descritivo, transversal e de abordagem qualitativa. O estudo foi realizado nos hospitais de referência para Doenças Infectocontagiosas na cidade de João Pessoa, capital do estado da Paraíba. A amostra foi obtida por meio da técnica de saturação e foi constituída por 20 profissionais da enfermagem que prestam cuidado a crianças com HIV/aids no Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Doutor Clementino Fraga e no Hospital Universitário Lauro Wanderley. O instrumento utilizado para a produção do material empírico foi a entrevista semiestruturada. A técnica de análise do material empírico utilizada foi a análise de discurso de matriz francesa. Em cumprimento à Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa selecionado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, através da Plataforma Brasil, juntamente com os documentos obrigatórios para a submissão. A pesquisa foi iniciada apenas após aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro e do Hospital Universitário Lauro Wanderley, por meio dos pareceres de nº 1.469.821 e de nº 1.532.340. Neste estudo, foram descritas as condições de produção amplas e imediatas dos discursos, bem como foram analisadas as características dos participantes entrevistados. Os discursos foram agrupados em sequências discursivas por similaridades de significados e, por conseguinte, foram construídas as seguintes formações discursivas: Saúde da criança com HIV/aids na perspectiva da equipe de Enfermagem: uma visão fragmentada *versus* uma visão holística; Concepções da equipe de Enfermagem sobre a qualidade de vida de crianças com HIV/aids; Cuidados de Enfermagem à criança com HIV/aids: uma *práxis* reducionista; Entraves na prestação do cuidado de Enfermagem à criança com HIV/aids; O enfrentamento do estigma no cotidiano da criança com HIV/aids e a relação da equipe de Enfermagem com a família da criança com HIV/aids. Destarte, considera-se que a assistência de enfermagem afeta, diretamente ou indiretamente, a saúde e a qualidade de vida das crianças com HIV/aids, posto que estes profissionais atuam de perto, prestando um cuidado fundamental para a manutenção do bem-estar dessas crianças. Reitera-se a necessidade de transformações de concepções e de práticas destes profissionais, para que a partir da compreensão integral e sistêmica das múltiplas necessidades das crianças com HIV/aids, consideradas em suas dimensões biológica, psicológica, social e espiritual, oferte-se a estas um cuidado humanizado e resolutivo.

**Palavras-chave:** HIV. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Criança. Enfermagem.

PEREIRA, I. K. C. **Health and quality of life of children with HIV/AIDS: the look of nursing and the implications for the care.** 2016. 94 f. Completion of Course Work (Bachelor of Nursing course). Federal University of Campina Grande, Cuité, 2016.

### ABSTRACT

Children with HIV/sida are gaining evidence in the panorama of the epidemic, either by its growth of epidemiology, due to the process of juvenização, or by the increase in the survival of those who were infected through vertical transmission. These children have their ordinary lives modified, due to the need for a permanent monitoring in health services, continued use of medication and possible Immune weakness, which leads to a history of repeated hospitalizations. In this context, the figure of the nurse comes up as a professional active in the care of children with HIV/sida, and that must engage in the struggle for customer service stock in all areas of health care. The objective of this study was understand the vision of the nursing staff about health and quality of life of children with HIV/sida and its consequences for the care provided. It is a descriptive study, cross-sectional and qualitative approach. The study was carried out in reference hospitals for contagious diseases in the city of João Pessoa, capital of the state of Paraíba. The sample was obtained by the technique of saturation and consisted of 20 nursing professionals providing care to children with HIV/aids in the Hospital Complex of contagious diseases Dr. Clementino Fraga and the Lauro Wanderley University Hospital. The instrument used for the production of empirical material was the semi-structured interview. The technique of analysis of the empirical material used was the analysis of discourse of French matrix. In compliance with the CNS Resolution 466/2012, the project was submitted to the Committee for Ethics in Research selected by the National Committee for Ethics in Research (CONEP), through the Platform, along with the required documents for submission. The research was initiated only after approval of the CEP the University Hospital Alcides Ram and of the Lauro Wanderley University Hospital, by means of seem 1.469.821 and no 1.532.340. In this study, we described the conditions large of productions and immediate of speeches, as well as were analyzed the characteristics of the interviewed subjects. The speeches were grouped into discursive sequences by similarities of meanings and therefore the following discursive formations were built: Child health with HIV/sida from the perspective of nursing staff: a fragmented view versus a holistic view; Conceptions of nursing team about the quality of life of children with HIV/sida; Nursing care to children with HIV/sida: a reductionist praxis; Obstacles in the provision of nursing care to children with HIV/sida; The coping stigma in the child's daily life with HIV/sida and the relationship of the nursing staff with the family of the child with HIV/sida. At the end of this study, it is considered that the nursing care affects, directly or indirectly, health and quality of life of children with HIV/sida, since these professionals work closely, providing a fundamental care for the maintenance of good -being these children. In this context, we reiterate the need for concepts of transformation and practices of these professionals, so that from the comprehensive and systemic understanding of the multiple needs of children with HIV/sida, considered in their biological, psychological, social and spiritual dimensions, oferte himself to these humanized and decisive care.

**Keywords:** HIV. Acquired Immunodeficiency Syndrome. Child. Nursing.

## **LISTA DE FIGURAS**

FIGURA 1 – Esquemas Antirretrovirais em crianças com HIV/aids.....	26
FIGURA 2 – Fluxograma da Teoria de Horta.....	31
FIGURA 3 – Mapa do Estado da Paraíba com destaque da cidade de João Pessoa.....	36

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Classificação das Necessidades Humanas segundo Wanda Horta.....	32
QUADRO 2 – Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes do estudo. João Pessoa, 2016.....	43
QUADRO 3 – Qualificação para o cuidado de crianças com HIV/aids, segundo os profissionais entrevistados. João Pessoa, 2016.....	46

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS – Acquired Immune Deficiency Syndrome/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

AZT – Zidovudina.

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial.

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem.

DNA – Ácido Desoxirribonucleico.

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente.

EFV – Efavirenz.

ELISA – Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay.

ESF – Estratégia da Saúde da Família.

HIV – Human Immunodeficiency Virus/ Vírus da Imunodeficiência Humana.

IP – Inibidor de Protease.

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano.

ITRN – Inibidor da Transcriptase Reversa Análogo de Nucleosídeo.

ITRNN – Inibidor da Transcriptase Reversa Não-Análogo de Nucleosídeo.

HTLV-III – Vírus T-Linfotrópico Humano.

LAV – Vírus Associado à Linfadenopatia).

MEC – Ministério da Educação e Cultura.

MPOG – Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

NVP – Nevirapina.

PIB – Produto Interno Bruto.

RNA – Ácido Ribonucleico.

SAE – Serviço Ambulatorial Especializado.

SIM – Sistema de Informações de Mortalidade.

SINAN – Sistema Nacional de Notificação.

SISCEL – Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8 e Carga Viral.

TARV – Terapia Antirretroviral.

USF – Unidade de Saúde da Família.

## SUMÁRIO

<b>1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....</b>	<b>14</b>
1.1 JUSTIFICATIVA.....	18
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>20</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	21
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>22</b>
3.1 HIV/AIDS NA INFÂNCIA: HISTÓRICO, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E MEDIDAS TERAPÊUTICAS.....	23
3.2 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE AOS INDIVÍDUOS COM HIV/AIDS NO BRASIL.....	26
3.3 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM HIV/AIDS.....	29
<b>3.3.1 A teoria das necessidades humanas básicas e o cuidado às crianças com HIV/aids.....</b>	<b>30</b>
<b>4 PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>34</b>
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	35
4.2 CENÁRIO DA PESQUISA.....	35
4.3 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA.....	36
4.4 PRODUÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO.....	37
4.5 ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO.....	37
4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	38
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>40</b>
5.1 CONDIÇÕES DE PRODUÇÃO AMPLAS E IMEDIATAS.....	41
5.2 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	43
5.3 FORMAÇÃO DISCURSIVA I – A SAÚDE DA CRIANÇA COM HIV/AIDS NA PERSPECTIVA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: UMA VISÃO FRAGMENTADA <i>VERSUS</i> UMA VISÃO HOLÍSTICA.....	48
5.4 FORMAÇÃO DISCURSIVA II – CONCEPÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE A QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS COM HIV/AIDS.....	52
5.5 FORMAÇÃO DISCURSIVA III – CUIDADOS DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM HIV/AIDS: UMA <i>PRÁXIS</i> REDUCIONISTA.....	54
5.6 FORMAÇÃO DISCURSIVA IV – ENTRAVES NA PRESTAÇÃO DO	

CUIDADO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM HIV/AIDS.....	56
<b>5.6.1 Ambiência como empecilho à prestação do cuidado integral de crianças com HIV/aids.....</b>	<b>56</b>
<b>5.6.2 A carência de conhecimento da equipe de enfermagem como obstáculo para o cuidado da criança com HIV/aids.....</b>	<b>57</b>
<b>5.6.3 Estratégias de enfrentamento dos entraves na assistência de enfermagem à criança com HIV/aids.....</b>	<b>59</b>
5.7 FORMAÇÃO DISCURSIVA V – O ENFRENTAMENTO DO ESTIGMA NO COTIDIANO DA CRIANÇA COM HIV/AIDS.....	61
5.8 FORMAÇÃO DISCURSIVA VI – A RELAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM COM A FAMÍLIA DA CRIANÇA COM HIV/AIDS.....	63
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>65</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>68</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>76</b>
<b>APÊNDICE A – INSTRUMENTO DA COLETA DE DADOS.....</b>	<b>77</b>
<b>APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>78</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>80</b>
<b>ANEXO A - TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES.....</b>	<b>81</b>
<b>ANEXO B - TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL.....</b>	<b>82</b>
<b>ANEXO C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL.....</b>	<b>83</b>
<b>ANEXO D – CARTA DE ANUÊNCIA DO HOSPITAL I.....</b>	<b>84</b>
<b>ANEXO E – CARTA DE ANUÊNCIA DO HOSPITAL II.....</b>	<b>85</b>
<b>ANEXO F – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DO HOSPITAL I.....</b>	<b>86</b>
<b>ANEXO G – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DO HOSPITAL II.....</b>	<b>90</b>

# *Considerações Iniciais*

---

*“Não nos esqueçamos: o ser jamais será redutível ao conhecimento. Somos sempre mais do que sabemos. A representação do mundo é infinitamente mais pobre do que a concretude de sua presença real.”*

*(Hélio Pellegrino)*

## **1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS**

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) é uma doença emergente, grave e ocasionada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), que vem se disseminando desde a década de 80, sendo considerada na atualidade um dos maiores problemas de saúde pública tanto no Brasil quanto no mundo (SILVA et al., 2013). A aids é responsável pela morte de milhões de pessoas a cada ano, em todas as faixas etárias. Não é porventura que esta epidemia é considerada uma das mais destrutivas da história da humanidade (MALTA; BASTOS, 2008).

Todavia, Silva et al. (2010) proferem que ocorreram mudanças no perfil epidemiológico da aids no Brasil, pois anteriormente a doença estava vinculada a grupos específicos e, atualmente, inscreve diversos segmentos sociais, evidenciando a tendência de feminização e juvenização da epidemia.

Essa tendência é consequência do aumento da distribuição dos casos entre mulheres, crianças e adolescentes. Com o avanço da ciência e das políticas de controle e assistência, o tratamento resultou na redução dos índices de morbidade e mortalidade e consequente aumento da sobrevivência das pessoas infectadas. Assim, a população vivendo com HIV/aids foi incluída no grupo de condição crônica de saúde, o que implicou na necessidade de acompanhamento clínico permanente e de tratamento medicamentoso em longo prazo (SCHAURICH; COELHO; MOTTA, 2006).

Não obstante esses avanços, o Brasil possui atualmente um grande número de pessoas não diagnosticadas, problemas como dificuldade na adesão ao tratamento e uma heterogeneidade epidemiológica. A cobertura de testagem do HIV ainda é insuficiente e diversas ações estão sendo disparadas nos serviços de saúde na busca de garantir não apenas a acessibilidade, mas também qualidade no tratamento que necessita atingir os diversos estratos sociais (NEMES et al., 2009).

No Brasil, foram notificados no Sistema Nacional de Notificação (SINAN), declarados no Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e registrados no Sistema de Controle de

Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral (SISCEL), 798.366 novos casos de aids, acumulados de 1980 à 2015. Desde o início da epidemia de aids até dezembro de 2014, foram identificados 290.929 óbitos decorrentes da doença, correspondendo a uma taxa de mortalidade de 5,7 a cada 100.000 habitantes. Estima-se que, ao fim de 2014, aproximadamente 781 mil indivíduos viviam com HIV/aids neste país (BRASIL, 2015).

Na Paraíba, foram notificados 6.958 casos de aids, no período de 1980 a 2015, sendo que 462 foram registrados somente em 2014. No referido ano, houve um aumento no número de casos de HIV/aids no estado comparado com o ano anterior, visto que em 2013 foram declarados 438 casos e em 2014 foram 462 casos. Além disso, neste Estado, no ano de 2014, foram identificados 136 óbitos, cuja causa básica foi HIV/aids (BRASIL, 2015).

A cidade de João Pessoa, em relação à taxa de detecção de novos casos, apresenta valor inferior à média nacional, com taxa de 24,7 para cada 100 mil habitantes. O coeficiente de mortalidade bruto é de 4,2 casos de HIV/aids a cada 100.000 habitantes, apresentando taxa inferior à média nacional (BRASIL, 2015).

No Brasil, as notificações evidenciam a inserção da criança desde o início da epidemia. No período de 1980 a 2015 foram notificados 15.988 casos entre crianças menores de cinco anos de idade, 4.990 casos na faixa etária entre 5 a 9 anos e 3.103 casos entre 10 e 14 anos, sendo identificados 4.123, 1.002 e 872 óbitos nas respectivas faixas etárias. Na Paraíba, entre 1980 e 2015, foram registrados 112 casos em crianças menores de 5 anos, sendo registrados 02 casos em 2014 (BRASIL, 2015).

Neste contexto, as crianças com HIV/aids vêm ganhando destaque no panorama da epidemia, seja pelo seu crescimento epidemiológico, em decorrência do processo de juvenização, ou pelo aumento da sobrevida daquelas que foram infectadas por meio da transmissão vertical (PAULA; CROSSETI, 2008).

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (1990a), é considerado criança o cidadão que tem até 12 anos incompletos. Este órgão define que as crianças têm direito à vida, saúde, alimentação, educação, esporte, cultura e liberdade. Esses cidadãos ainda têm direito ao atendimento prioritário em estabelecimentos de saúde.

A criança com o diagnóstico positivo para o HIV tem o seu cotidiano modificado, devido à necessidade de um acompanhamento permanente em serviços de saúde, de uso contínuo de medicação e de possível debilidade imunológica, o que ocasiona um histórico de sucessivas internações hospitalares (POTRICH et al, 2013).

As crianças portadoras do HIV devem ter os seus direitos assegurados. Existem várias indicações de comprometimento no que diz respeito aos direitos das crianças soropositivas, tais como: saúde, alimentação, moradia, educação, não discriminação, integridade física e mental. No Brasil, apenas a assistência médica, o combate à transmissão vertical do HIV e o financiamento de instalação e manutenção de casas específicas para dar auxílio a essas crianças são concretizadas. Essas medidas são consideradas insuficientes (PAULA; CROSSETI, 2008).

Nesta perspectiva, para o desenvolvimento da atenção à saúde desta criança, os profissionais precisam buscar conhecimentos pertinentes às suas demandas de cuidado, utilizando a criatividade, a comunicação e o respeito aos valores individuais (MOTTA et al., 2012). Entretanto, em seu estudo, Silva et al. (2005) relatam que os profissionais referem obstáculos para o atendimento, como a sobrecarga de trabalho, a falta de privacidade para atendimento nos serviços e o próprio estigma.

As necessidades de saúde dessas crianças devem ser discutidas em uma perspectiva de rede de cuidados. O conceito de rede de atenção em saúde pode ser definido por meio de uma única missão para os serviços atrelada à possibilidade de um planejamento em comum para a sua utilização pelos usuários e também a um objetivo em comum para todos os serviços. Além disso, a rede é constituída por alguns eixos, sendo os principais a população e a estrutura operacional (SILVA et al., 2005).

Dessa forma, é interessante a existência de uma rede de atenção à saúde eficiente e organizada para atender as demandas das crianças com HIV e que tenha como premissa uma assistência integral. Ferri et al. (2007) discorrem que “a integralidade não se realiza nunca em um único serviço: integralidade é o objetivo da rede”, onde a equidade implica no atendimento de necessidades diferenciadas da população, como por exemplo, de vínculos, de tecnologia, de condições de vida e na forma de construir autonomia para viver.

Neste contexto, ressalta-se a figura do enfermeiro como um profissional atuante no cuidado, e que deve engajar-se na luta pelo atendimento integralizado em todos os espaços de atenção à saúde (PINHO et al., 2006). Assim, compete ao enfermeiro o papel de desenvolver atividades que visem aprimorar a prática profissional e a melhoria na qualidade de vida das crianças que vivem com HIV/aids, compreendendo que a enfermagem assume a função de mediador para consolidação do cuidado (ALVES et al., 2011).

Contudo, a realidade das crianças que vivem com HIV/aids é desconhecida por muitos profissionais, pois o acompanhamento das crianças é revelado pela literatura como um atual

desafio na assistência à saúde, o que evidencia a necessidade de profissionais e serviços preparados para atender essa clientela (PAULA; CROSSETI, 2008).

Portanto, a assistência à criança vivendo com HIV/aids deve compreender a complexidade dos aspectos biológicos, psicológicos e sociais, inseridos em seu contexto social, cultural e familiar, necessitando de um acompanhamento integral de saúde (MARQUES; QUEIROZ, 2012; SILVA, 2014).

## 1.1 JUSTIFICATIVA

O HIV/aids, apesar de todos os avanços tecnológicos no combate à doença e do acesso amplo e gratuito aos medicamentos antirretrovirais, continua sendo um grave problema de saúde pública e passou a ser considerado uma condição crônica, atingindo pessoas de todas as faixas etárias, inclusive as crianças. Desse modo, o cuidado deve estar direcionado a proporcionar o adequado crescimento e o desenvolvimento infantil, prevenindo complicações e agravos à sua saúde das mesmas e melhorando a sua qualidade de vida.

Neste contexto, torna-se imprescindível uma atenção integralizada direcionada a estas crianças com o intuito de atender as necessidades específicas desta faixa etária. Sendo assim, o enfermeiro atua como um personagem facilitador no cuidado, uma vez que atua nos diversos âmbitos de atenção à criança com HIV/aids.

O interesse por esse estudo começou durante o 6º período do curso de Enfermagem durante a disciplina Saúde do Adulto II, cuja temática versava sobre as Doenças Infecciosas e Parasitárias. A partir desta experiência, desenvolveu-se um estudo que investigou o cuidado de enfermagem às pessoas vivendo com aids, o que corroborou com a vontade de pesquisar mais sobre a temática, uma vez que se tratava de uma realidade que poderíamos vivenciar durante a prática assistencial.

Posteriormente, surgiu a afinidade da pesquisa com crianças a partir das vivências no Projeto de Extensão “Educação Popular em Saúde na Comunidade do Tambor”, vinculado à Pró-reitoria de Extensão e Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, que visava estimular o empoderamento da população, assim como contribuiu para a melhoria das condições de saúde das pessoas. Neste projeto, foram desenvolvidas ações com as crianças da referida Comunidade no contexto da escola, visando à reflexão acerca da saúde, da realidade escolar, familiar e da Comunidade.

Diante de tais inclinações e devido à escassez de pesquisas sobre esta temática, despertou o anseio por estudar o cuidado de enfermagem direcionado às crianças com HIV/aids. Partindo dessa premissa, surgiram os seguintes questionamentos: Qual a visão do profissional de enfermagem em relação à saúde e à qualidade de vida das crianças com HIV/aids? O cuidado de enfermagem à criança com HIV/aids é baseado na integralidade? Como é a qualidade desta atenção? Quais são os desafios enfrentados por estes profissionais?

Espera-se com os resultados desta pesquisa forneça subsídios que fundamentem e auxiliem o profissional da enfermagem na assistência integral à criança com HIV/aids e no incremento de novas pesquisas.

# *Objetivos*

---

*“O que vale na vida não é o ponto de partida e sim a caminhada. Caminhando e semeando, no fim terás o que colher.”*

*(Cora Coralina)*

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Compreender as concepções de profissionais de enfermagem acerca da saúde e da qualidade de vida de crianças com HIV/aids e suas repercussões para o cuidado prestado.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Apreender as concepções da equipe de enfermagem sobre a saúde e a qualidade de vida de crianças com HIV/aids.
- Averiguar o cuidado de enfermagem ofertado às crianças com HIV/aids.
- Identificar as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de enfermagem durante o cuidado prestado às crianças com HIV/aids.

# *Revisão de Literatura*

---

*“A educação é um processo social, é desenvolvimento. Não é a preparação para a vida, é a própria vida.”*

*(John Dewey)*

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 HIV/AIDS NA INFÂNCIA: HISTÓRICO, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E MEDIDAS TERAPÊUTICAS

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida foi reconhecida em meados de 1981, nos Estados Unidos da América, a partir da identificação de um número elevado de pacientes adultos do sexo masculino, homossexuais e moradores de São Francisco e Nova York, que apresentavam Sarcoma de Kaposi, pneumonia por *Pneumocystis carinii* e comprometimento do sistema imune, o que levou à conclusão de que se tratava de uma nova doença, ainda não classificada, de etiologia provavelmente infecciosa e transmissível (GRECO, 2008).

Hottz e Schechter (2012) discorrem que em 1983, o HIV-1 foi isolado de pacientes com AIDS pelos pesquisadores Luc Montaigner, na França, e Robert Gallo, nos EUA, recebendo os nomes de LAV (Vírus Associado à Linfadenopatia) e HTLV-III (Vírus T-Linfotrófico Humano), respectivamente nos dois países.

Em 1986, foi identificado um segundo agente etiológico, também retrovírus, com características semelhantes ao HIV-1, denominado HIV-2. Neste mesmo ano, um comitê internacional recomendou o termo HIV para denominá-lo, reconhecendo-o como capaz de infectar seres humanos (GRECO, 2008).

Segundo Brasil (2014a), o HIV é um retrovírus com genoma RNA (ácido ribonucleico), da Família *Retroviridae* (retrovírus) e subfamília *Lentivirinae*. Pertence ao grupo dos retrovírus citopáticos e não-oncogênicos que necessitam, para multiplicar-se, de uma enzima denominada transcriptase reversa, responsável pela transcrição do RNA viral para uma cópia DNA (ácido desoxirribonucleico), integrando-se ao genoma do hospedeiro.

Com a identificação do agente causador da aids, foi possível o desenvolvimento de fármacos antirretrovirais efetivos para o tratamento dos indivíduos infectados com HIV (SCHAURICH; COELHO; MOTTA, 2006). Alves e Mazon (2012) relatam que a terapia antirretroviral (TARV) iniciou-se em 1986 com o uso da zidovudina (AZT), inibidor da transcriptase reversa do HIV, testada previamente em doenças oncológicas.

Porém, em 1996, houve uma das maiores descobertas para o combate à aids: a descoberta de uma nova classe de medicamentos de alta potência, os inibidores de proteases. Assim, com todas essas descobertas houve um aumento da sobrevivência de indivíduos com infecção pelo HIV (SCHAURICH; COELHO; MOTTA, 2006).

Com os avanços tecnológicos e científicos referentes ao desenvolvimento de medicações voltadas aos indivíduos com HIV/aids, o Brasil começou a assumir uma posição de destaque no mundo no que tange à assistência e à prevenção dessa epidemia (SCHAURICH; COELHO; MOTTA, 2006). Nesse sentido, o Programa Nacional de DST/aids apresenta méritos, uma vez que garante, por meio da Lei nº. 9.313, de 13 de novembro de 1996, a distribuição gratuita e universal de medicamentos anti-HIV pelo sistema público de saúde (BRASIL, 1999).

Alves e Mazon (2012) afirmam que mediante o desenvolvimento do tratamento antirretroviral, houve uma variação no contexto cultural de uma síndrome que anteriormente era visualizada como um resultado de morte eminente, para uma doença com perspectivas de cronicidade.

Outro fenômeno que se pôde identificar foi a juvenização da aids, uma vez que crianças e adolescentes começaram a apresentar a infecção, seja pelas estratégias de promoção do uso de preservativos não terem alcançado essas faixas etárias ou pela transmissão de mãe para filho (ANDRADE, 2014).

Em relação às principais formas de transmissão do HIV, Brasil (2014a) aponta as seguintes: sexual, sanguínea (em receptores de sangue ou hemoderivados e em usuários de drogas injetáveis) e vertical (da mãe para o filho, durante a gestação, parto ou por aleitamento).

A transmissão vertical, decorrente da exposição da criança durante a gestação, parto ou aleitamento materno, vem aumentando devido à maior transmissão heterossexual. O risco de transmissão do HIV da mãe para o filho pode ser reduzido em até 67% com o uso de AZT durante a gravidez e no momento do parto, associado à administração da mesma droga ao recém-nascido por seis semanas (BRASIL, 2014b).

Ressalta-se que a pessoa infectada pelo HIV pode ficar um longo período sem desenvolver sintomas da aids. Brasil (2010a) afirma que o período de incubação, intervalo de tempo compreendido entre a infecção pelo HIV e o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas, pode variar de 5 a 30 dias. Porém, mesmo o HIV sendo a causa da aids, uma pessoa que está infectada pode ficar de 5 a 10 anos sem desenvolver a imunodeficiência.

A aids é uma doença caracterizada por uma disfunção grave do sistema imunológico do indivíduo infectado pelo HIV. Sua evolução é marcada por uma considerável destruição de linfócitos T CD4+ e pode ser dividida em três fases: infecção aguda, infecção assintomática e doença sintomática (BRASIL, 2010a).

A infecção aguda pode surgir algumas semanas após a infecção inicial, apresentando manifestações variadas que podem se assemelhar a um quadro gripal, ou mesmo a uma mononucleose. Em seguida, o paciente entra em uma fase de infecção assintomática, de duração variável de alguns anos (BRASIL, 2013).

A doença sintomática, da qual a aids é a manifestação mais grave da imunodepressão, define-se por diversos sinais, sintomas e doenças, como febre prolongada, diarreia crônica, perda de peso importante (superior a 10% do peso anterior do indivíduo), sudorese noturna, astenia e adenomegalia. As infecções oportunistas passam a surgir ou reativar, tais como tuberculose, pneumonia por *Pneumocystis carinii*, dentre outras (VERONESI; FOCACCIA, 2015).

Quanto aos meios diagnósticos, a detecção laboratorial do HIV é realizada por meio de técnicas que pesquisam anticorpos, antígenos, material genético (biologia molecular) ou que isolem o vírus (cultura). Os testes que pesquisam anticorpos (sorológicos) são os mais utilizados, para indivíduos com mais de 18 meses. O aparecimento de anticorpos detectáveis por testes sorológicos ocorre em torno de 30 dias após a infecção em indivíduos imunologicamente competentes (BRASIL, 2010a).

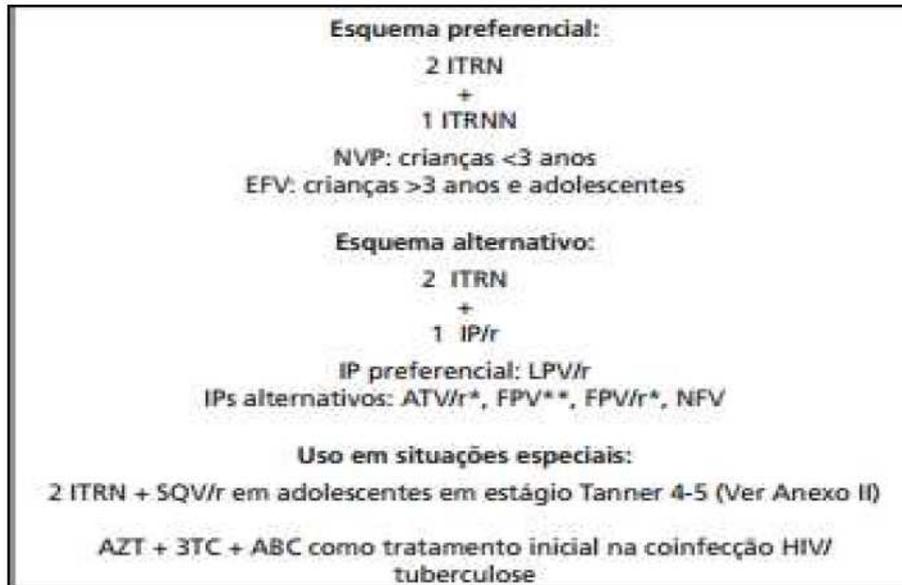
Ressalta-se que para os menores de 18 meses, pesquisa-se o RNA ou DNA viral, visto que a detecção de anticorpos nesse período pode ser devida à transferência passiva de anticorpos maternos ocorrida durante a gestação, razão pela qual os testes sorológicos não devem ser realizados (BRASIL, 2010b).

Em relação à terapia antirretroviral em crianças com HIV, a combinação de três drogas mostra-se eficaz para a redução da morbimortalidade. As principais drogas para o tratamento deste público são: Inibidor da Transcriptase Reversa Análogo de Nucleosídeo (ITRN); Inibidor da Transcriptase Reversa Não-Análogo de Nucleosídeo (ITRNN); Nevirapina (NVP); Efavirenz (EFV); Inibidor da protease (IP); Inibidor da protease com reforço de ritonavir; entre outras, como pode ser observado na FIGURA 1 (BRASIL, 2014b).

O tratamento de crianças com HIV exige considerações sobre diversos fatores específicos a essa faixa etária, inclusive diferenças na farmacocinética dos medicamentos e

nos marcadores virológicos ou imunológicos em comparação aos outros pacientes, além de questões de adesão relacionadas à idade (GOMES; CABRAL, 2009).

FIGURA 1 – Esquemas Antirretrovirais em crianças com HIV/aids.



Fonte: Ministério da Saúde, 2009.

Neste contexto, Feitosa e seus colaboradores (2008) demonstram em seu estudo descritivo, realizado no Hospital Público de Doenças Infecciosas no Estado do Ceará, que são diversas as barreiras para a utilização do complexo tratamento medicamentoso, tais como: efeito colateral das drogas; horário de administração dos medicamentos e acesso ao serviço.

Como citado anteriormente, foram obtidos grandes avanços no conhecimento da patogênese da infecção pelo HIV e várias drogas antirretrovirais em uso combinado, chamado de “coquetel”, se mostram eficazes na elevação da contagem de linfócitos T CD4+ e na redução dos títulos plasmáticos de RNA do HIV, diminuindo a progressão da doença e levando a uma redução da incidência das complicações oportunistas, uma redução da mortalidade, uma maior sobrevivência, bem como a uma significativa melhora na qualidade de vida dos indivíduos (ALVES; MAZON, 2012).

### 3.2 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE AOS INDIVÍDUOS COM HIV/AIDS NO BRASIL

Alves e Mazon (2012) afirmam que um dos principais avanços programáticos do estado brasileiro no controle da epidemia de aids consistiu na garantia da oferta de assistência

especializada para pessoas que convivem com HIV/aids a partir da década de 1990, mediante políticas conhecidas como de acesso universal.

As necessidades em saúde, inclusive das pessoas vivendo com HIV/aids, têm sido discutidas enquanto uma perspectiva de rede de cuidados. O conceito de rede de atenção em saúde pode ser definido através de uma única missão para os serviços atrelada a possibilidade de um planejamento em comum para a sua utilização pelos usuários e também a um objetivo em comum a todos os serviços. Além disso, a rede é constituída por alguns eixos, sendo os principais a população e a estrutura operacional, e também pelos modelos de atenção em saúde disponíveis (MENDES, 2010).

Na Atenção Básica de Saúde, pode-se reconhecer programas como a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). A ESF tem como objetivo o desenvolvimento equilibrado de ações de promoção da saúde, prevenção, e cura das doenças e reabilitação, tanto em nível individual quanto coletivo, por meio do trabalho de uma equipe multidisciplinar dedicada à saúde dos indivíduos, da família e da comunidade (BRASIL, 2010c).

Não obstante, Palácio, Figueiredo e Souza (2012) concluíram em seu estudo que não se tem integralidade no cuidado aos usuários com infecção pelo HIV nesses serviços, uma vez que existem barreiras em relação à comunicação, ao acesso e ao cuidado especializado, o que dificulta a estruturação deste eixo da rede de atenção.

Nesta perspectiva, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008. O NASF surge como um serviço de apoio, aperfeiçoamento e ampliação da ESF para que desse modo haja maior estruturação da rede de atenção de saúde. (BRASIL, 2010d).

No início dos anos 90, com a consolidação do Programa Nacional de DST/AIDS, definiram-se diretrizes para a organização da assistência, entre as quais destaca-se a instalação de serviços ambulatoriais especializados, que garantia o acesso ao tratamento antirretroviral, melhorando assim os indicadores de morbimortalidade e em consequência melhorando a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/aids (BRASIL, 1999).

O SAE aponta-se como outro eixo da rede de atenção por ser um serviço responsável pela assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/aids e hepatites virais, e tem por objetivo prestar atendimento integral e de qualidade aos pacientes, por meio de equipe multidisciplinar com a utilização de protocolos clínicos e terapêuticos (BRASIL, 2008).

Recomendava-se que os SAE fossem instalados em unidades públicas preexistentes por meio de equipes compostas por médico (clínico-geral ou infectologista), enfermeiro, assistente social, psicólogo e farmacêutico. Essa valorização do trabalho multiprofissional como condição mínima para o atendimento é uma forma de reconhecer a aids como um problema de saúde de elevada complexidade (BRASIL, 1999).

Carvalho et al. (2014) realizaram uma pesquisa de campo no SAE de Caxias – MA com dez pacientes que faziam tratamento no serviço e concluíram que estes avaliaram positivamente esta modalidade de atenção, visto que enalteciam a qualificação dos profissionais, o acolhimento e o acesso facilitado às atividades prestadas pelo SAE.

Em contrapartida, frequentemente, os pacientes com HIV/aids apresentam complicações de seu estado e desse modo necessitam de um regime de internação contínua para o reestabelecimento da sua saúde. Nesse caminho, os hospitais despontam como outro elo desta rede de atenção.

Segundo a Portaria do Ministério da Saúde, nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013, os hospitais são instituições complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação (BRASIL, 2013).

No Brasil, em geral, os pacientes com HIV/aids são atendidos nos hospitais universitários ou naqueles de referência em doenças infectocontagiosas. Conforme Brasil (2016), há cerca de 100 estabelecimentos hospitalares cadastrados nos serviços ofertados pelo SUS que atendem a este público.

Em relação ao diagnóstico da infecção pelo HIV, o SUS adotou as seguintes estratégias: descentralização das ações de testagem; estruturação das redes laboratoriais de testagem e acompanhamento; mobilização social de incentivo à procura do diagnóstico precoce pela população; elaboração de normas e protocolos nacionais; entre outras (BRASIL, 2010d).

Segundo Brasil (2010d) o diagnóstico é realizado por duas tecnologias principais, o teste rápido e o teste ELISA (*Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay*), e os pacientes são posteriormente encaminhados para exames confirmatórios. O teste rápido é fornecido integralmente pelo Ministério da Saúde, de acordo com a demanda dos estados. O teste Elisa é utilizado nos serviços e ressarcido pelo SUS.

Salienta-se que o diagnóstico da infecção pelo HIV provoca nos pacientes sofrimentos que vão além dos sintomas, das limitações e dos tratamentos. Alcançam suas vidas afetivas, cognitivas e de relação, provocando mudanças de ordem social (BRASIL, 2014a).

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) surge como um local para apoiar a rede de atenção ao paciente com HIV/aids, visto que tem como objetivo oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2004).

### 3.3 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM HIV/AIDS

Em todos os níveis de atenção, é competência e de responsabilidade do enfermeiro a consulta à criança, inclusive àquela portadora do HIV, o que está respaldado pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), por meio da Lei n 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem. O seu Art. 8º afirma que é incumbido privativamente ao enfermeiro: planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de Enfermagem; consulta de Enfermagem; prescrição da assistência de Enfermagem; entre outras ações.

Segundo Galvão et al. (2014), a assistência de Enfermagem direcionada à criança com HIV/aids deve se adaptar às suas necessidades e limitações. Sendo assim, a anamnese deve ser detalhada e minuciosa, com perguntas acerca das condições habituais de vida da criança, alimentação, sono, comportamento e intercorrências infecciosas recentes ou progressas.

Deve-se explorar também a presença de sinais e sintomas sugestivos de toxicidade mitocondrial, a presença de manifestações neurológicas, incluindo encefalopatia, convulsões afebris e retardo do desenvolvimento, sintomas cardíacos devido à miocardiopatia e disfunção de ventrículo esquerdo, sintomas gastrintestinais atribuíveis à hepatite (esteatose hepática), que pode ser assintomática ou oligossintomática, além de outras síndromes clínicas como miopatia, retinopatia, pancreatite e acidose láctica (BRASIL, 2014b).

A avaliação clínica deve sempre conter o exame físico detalhado acompanhado da observação dos sinais específicos do HIV: presença de linfonodos, alterações no perímetro cefálico, retardo de crescimento e desenvolvimento, hepatoesplenomegalia, candidíase oral e/ou genital (BRASIL, 2014b).

Para Calais e Jesus (2011), a infância representa uma fase singular na vida do ser humano, em que são feitas diversas idealizações a respeito do futuro e onde a personalidade do indivíduo é construída. Nas crianças portadoras de HIV, além dos questionamentos inerentes a essa etapa vital, surgem construções baseadas na vivência com a aids, levando, assim, a uma supressão das necessidades infantis, como os estudos e as brincadeiras, em virtude da experiência com a doença, que a levam a crescer em um contexto em que são vítimas de discriminação e isolamento aliadas à rotina de consultas, tratamento e muitas vezes de internações.

Neste contexto, como a enfermagem assiste diretamente e constantemente à estas crianças, os profissionais devem prestar uma assistência de enfermagem holística, ou seja, uma assistência que considera todos os fatores biopsicossociais que podem influenciar a sua saúde. Nesta perspectiva, as crianças com HIV/aids demandam também cuidados e condutas específicas, os quais devem ser ofertados por uma equipe interdisciplinar de saúde.

Ressalta-se que durante a assistência prestada, o enfermeiro utiliza-se de subsídios oferecidos pelas teorias de enfermagem, que consistem em uma filosofia para a prática de assistência nessa área. Tais teorias foram elaboradas por profissionais símbolos da enfermagem, mas continuam sendo atualizadas na experiência com docência e pesquisas, buscando, assim, uma excelência na assistência, que deve atender holisticamente as necessidades e particularidades do indivíduo, sua família ou comunidade (CALAIS; JESUS, 2011).

### **3.3.1 A teoria das necessidades humanas básicas e o cuidado às crianças com HIV/aids**

A Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta fundamenta-se na Teoria da Motivação, do psicólogo Abraham Maslow. Wanda Horta (1926-1981) foi uma enfermeira brasileira, doutora em Enfermagem em 1968 pela Escola de Enfermagem Anna Nery, do Rio de Janeiro, com a tese: a observação sistematizada na identificação dos problemas de Enfermagem em seus aspectos físicos (GEORGE, 2000).

Segundo George (2000), Horta fundamentou o que mais tarde viria a ser conhecido como o Processo de Enfermagem e, com isso, deu grande passo para a consolidação da profissão enquanto ciência. Ao longo de sua carreira, uma preocupação iminente era a representação de uma Enfermagem científica. A concepção de Enfermagem enquanto arte,

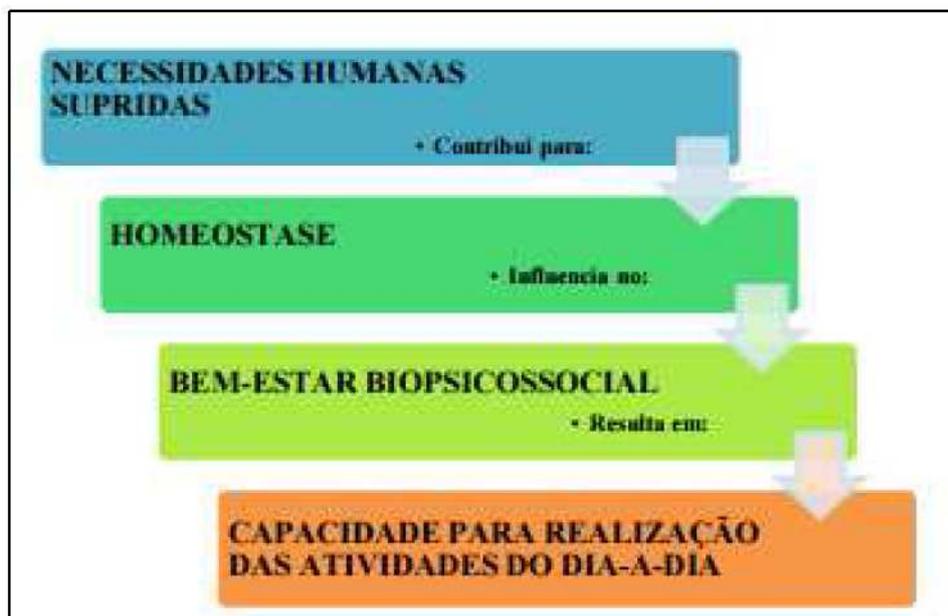
para a autora, não parecia suficientemente convincente se não possuísse elementos mais concretos que caracterizassem a prática assistencial.

Tendo a Enfermagem o cuidado ao paciente como objeto de estudo, Horta (2011) enxergava uma falta de convicção quanto a este ideal e a ausência de um conceito assistencial no qual a profissão pudesse se apoiar.

Utilizando-se da proposta de Maslow (1954), de que as necessidades humanas básicas contribuíam para a satisfação no trabalho, o que influenciava no aumento de motivação e por fim haveria um aumento no trabalho, Horta (2011) adaptou este modelo para a Enfermagem.

Partido do pressuposto inicial de Maslow, Horta substituiu significados por outros conhecidos na saúde. O aumento de produtividade seria, em Enfermagem, o estado de plena capacidade do indivíduo de realizar atividades do dia-a-dia. A motivação seria o bem-estar biopsicossocial e a satisfação seria o estado de homeostase orgânica (GEORGE, 2000). Finalmente, Horta (2011) havia definido a sequência de eventos no processo saúde-doença, que pode ser observada na FIGURA 2.

FIGURA 2 – Fluxograma da Teoria de Horta.



Fonte: União de Ensino Superior de Campina Grande, 2016.

Para Horta (2011), existiam fatores que contribuíam para o surgimento de necessidades. Esses fatores estavam relacionados ao ambiente em que o paciente vivia. Logo, era função da Enfermagem intervir nas questões sobre as necessidades dos pacientes.

Assim, pôde caracterizar sua prática e atribuir uma definição para a Enfermagem: “A Enfermagem é o estudo das necessidades humanas básicas, dos fatores que alteram sua manifestação e atendimento, e na assistência prestada” (HORTA, 2011, p. 31).

Horta (2011) admitiu as mesmas necessidades que Maslow havia identificado, porém, ao invés de caracterizar em forma piramidal (ou hierárquica), a fez em três categorias: necessidades psicobiológicas, necessidades psicossociais e necessidades psicoespirituais (QUADRO 1).

QUADRO 1 – Classificação das Necessidades Humanas segundo Wanda Horta.

Necessidades Humanas	
Psicobiológicas	Psicossociais
Oxigenação	Segurança
Hidratação	Amor
Nutrição	Liberdade
Eliminação	Comunicação
Sono e Repouso	Criatividade
Exercícios e Atividade Física	Aprendizagem (educação à saúde)
Sexualidade	Gregária
Abrigo	Recreação
Mecânica Corporal	Lazer
Motilidade	Espaço
Cuidado corporal	Orientação no tempo e espaço
Integridade cutâneo-mucosa	Aceitação
Integridade física	Autorrealização
Regulação: térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica, crescimento celular e vascular	Autoestima
Locomoção	Participação
Percepção: olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa e dolorosa	Autoimagem
Ambiente	Atenção

Terapêutica	Necessidades psicoespirituais: religiosa ou teológica, ética ou filosofia de vida.
-------------	--

Fonte: HORTA, 2011.

Após identificação das necessidades, por meio da primeira etapa do Processo de Enfermagem: o Histórico de Enfermagem, o enfermeiro estava apto a definir as necessidades de saúde do usuário e elaborar o plano assistencial. Neste plano constava, fundamentalmente, o grau de dependência do usuário e as intervenções a serem realizadas (GEORGE, 2000).

Por fim, o enfermeiro poderia periodicamente avaliar, ou evoluir o paciente, antecipando-se aos prognósticos desfavoráveis, sempre com o fim de atender a todas as necessidades do usuário e devolver o indivíduo à coletividade, ou meio ambiente ao qual pertence (HORTA, 2011).

Nesta perspectiva, em crianças infectadas pelo HIV, as Necessidades Humanas Básicas podem ser afetadas pelo convívio com o vírus e a doença (aids), bem como por suas comorbidades, coinfeções, repetitivas internações e uso terapêutico da terapia antirretroviral (RODRIGUES et al., 2011).

A criança com HIV/aids é um ser vulnerável, que possui múltiplas necessidades humanas básicas. Em relação às necessidades psicobiológicas, destacam-se as referentes à nutrição, à integridade cutâneo-mucosa, física e à terapêutica. Quanto às necessidades psicossociais, podem ser observadas dificuldades em relação à aceitação, segurança, gregária e autoimagem.

Destarte, para que seja possível a implementação de intervenções de enfermagem, é necessário que o enfermeiro examine a criança em todas suas dimensões e singularidades e faça um diagnóstico adequado, sendo o Processo de Enfermagem a essência da prática desse profissional, oferecendo ordem e direcionamento ao cuidado prestado (RODRIGUES et al., 2011).

# *Percurso Metodológico*

---

*“A ciência descreve as coisas como são; a arte, como são sentidas, como se sente que são.”*

*(Fernando Pessoa)*

## **4 PERCURSO METODOLÓGICO**

### **4.1 TIPO DE PESQUISA**

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de abordagem qualitativa. Conforme Gil (2008), a pesquisa descritiva tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre as variáveis. Estabelece, dessa forma, relações entre variáveis e utiliza-se da pesquisa de campo para coleta de dados, utilizando como instrumentos para a pesquisa, inventários, questionários, entre outras técnicas.

Para Marconi e Lakatos (2010), o estudo transversal caracteriza-se pela coleta de dados em um período específico de tempo, que é realizada para descrever os indivíduos de uma população com relação às suas características pessoais e às suas histórias de exposição a fatores causais, em determinado momento.

Segundo Minayo (2014), um estudo com abordagem qualitativa procura desvelar processos sociais que ainda são pouco conhecidos e que pertencem a grupos particulares, sendo seu objetivo e indicação final, proporcionar a construção e revisão de novas abordagens, conceitos e categorias referentes ao fenômeno estudado.

### **4.2 CENÁRIO DA PESQUISA**

O estudo foi realizado na capital do estado da Paraíba, na cidade de João Pessoa (FIGURA 3), que tem uma população estimada em 723.515 habitantes, sua área territorial é de 211,475 km<sup>2</sup>, a economia é baseada na agropecuária, indústria e serviços. O Produto Interno Bruto (PIB) da cidade é 9,8 bilhões, desta forma, o seu PIB per capita é de R\$ 13.552,73 e apresenta 0,763 de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) estando abaixo da média nacional (IBGE, 2015).

FIGURA 3 – Mapa do Estado da Paraíba com destaque da cidade de João Pessoa.



Fonte: Google Mapas, 2016.

O sistema de saúde na capital paraibana é composto por 1.416 estabelecimentos de saúde, sendo 233 destes Unidades de Saúde da Família (USF), além de centros de especialidades, como estabelecimentos que prestam assistência a pessoas com doenças infectocontagiosas (DATASUS, 2015).

Neste município, situam-se as duas instituições de saúde de referência para a assistência de crianças com HIV/aids. O Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga atualmente é o hospital de referência no tratamento especializado aos indivíduos com doenças infectocontagiosas no Estado da Paraíba. Este hospital possui Serviço Ambulatorial Especializado (SAE) que funciona de segunda a sexta-feira, nos dois turnos, onde são prestadas ações de assistência, prevenção e tratamento às pessoas vivendo com HIV/aids (PARAÍBA, 2015).

O Hospital Universitário Lauro Wanderley também presta serviço de assistência especializada em HIV/aids. No Ambulatório, são oferecidos os Serviços Assistenciais em Consultas Especializadas de: alergia e imunologia, infectologia, entre outras. A área hospitalar de internação oferece assistência em diversas clínicas, como a de crianças com HIV/aids (EBSERH, 2015).

#### 4.3 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

A população deste estudo foi constituída por trinta e dois (32) profissionais da enfermagem do Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga (12 profissionais) e do Hospital Universitário Lauro Wanderley (20 profissionais). A amostra foi formada por vinte (20) profissionais dos referidos hospitais, sendo dez (10) enfermeiros e dez (10) técnicos de enfermagem. Foi considerado o seguinte critério de inclusão: enfermeiros e técnicos de enfermagem que tenham assistido uma ou mais crianças com HIV/aids.

Para a obtenção da amostra foi utilizado o método de saturação, que consiste na suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passarem a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados. Em outras palavras, as informações fornecidas pelos novos participantes da pesquisa pouco acrescentam ao material já obtido, não mais contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que já foram coletados (FONTANELA; RICAS; TURATO, 2008).

#### 4.4 PRODUÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO

O instrumento utilizado para a produção do material empírico foi uma entrevista, que Minayo (2014) define como uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e a abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes tendo em vista este objetivo. A entrevista é uma forma privilegiada de interação social e está sujeita à mesma dinâmica das relações existentes na própria sociedade. Dessa forma, além da fala que é seu material primordial, o investigador terá em mãos elementos de relações, práticas, cumplicidades, omissões e imponderáveis que pontuam o cotidiano. A entrevista foi norteada por um instrumento semiestruturado que, de acordo com Minayo (2014), combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada.

O roteiro utilizado contou com questões de investigação, incluindo a caracterização dos participantes da pesquisa e perguntas norteadoras sobre as concepções da enfermagem acerca da saúde e da qualidade de vida das crianças com HIV/aids e suas repercussões para o cuidado prestado (APÊNDICE A). O roteiro se apoiou nas variáveis e indicadores considerados essenciais e suficientes para a construção de dados empíricos, organizando-se em tópicos temáticos. Além do exposto, o roteiro da entrevista considerou uma lógica de encadeamento das perguntas, ocorrendo como uma sequência de temas (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005).

A coleta dos dados foi realizada em junho de 2016, após a devida aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. As entrevistas foram realizadas em locais que proporcionaram privacidade aos participantes da pesquisa, no próprio ambiente hospitalar, após a aquiescência

dos mesmos em colaborar com o estudo por meio do consentimento por escrito, onde as entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas pela pesquisadora.

#### 4.5 ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO

Para análise do material empírico utilizou-se o referencial teórico-analítico da Análise de Discurso, que Minayo (2014) define como um processo de análise discursiva que tem a pretensão de interrogar os sentidos estabelecidos em diversas formas de produção, que podem ser verbais e não verbais, bastando que sua materialidade produza sentidos para interpretação.

Seu criador nas Ciências Sociais é o filósofo francês Michel Pêcheux, que fundou, na década de 1960, a Escola Francesa de Análise do Discurso. Orlandi (1999) é uma discípula de Pêcheux, que trouxe para o Brasil a contribuição desse filósofo. Segundo essa autora, a Análise de Discurso é uma proposta crítica que busca problematizar as formas de reflexão estabelecidas (MINAYO, 2014).

Orlandi (1999) explana que a análise de discurso cria um ponto de vista próprio de olhar a linguagem como um espaço social de debate e de conflito, onde o texto é considerado como uma unidade significativa, pragmática e portadora do contexto situacional dos falantes. Ela ainda comenta que este tipo de proposta, as palavras, as sentenças e os períodos são valorizados também em suas peculiaridades léxicas, morfológicas, sintáticas e semânticas, porém, o que cria a análise do discurso, é o ponto de vista das condições de produção do texto.

A análise do discurso apresenta meios para que o investigador entenda o processo e as condições de produção de um discurso; o sentido do campo semântico em que ele é produzido; e uma elaboração contextualizada e crítica das realizações discursivas (MINAYO, 2014).

Este referencial teórico-analítico objetiva a compreensão do modo como um objeto simbólico produz sentidos. A primeira etapa é a constituição do corpus, definindo seus limites, realizando recortes e iniciando o trabalho de análise a partir da retomada de conceitos em um ir-e-vir constante entre teoria, consulta ao corpus e análise, transformando a superfície linguística no objeto discursivo. A segunda etapa é a passagem do objeto discursivo para o processo discursivo, por meio da observação dos sentidos do texto. Esta etapa consiste na relação das formações discursivas com as formações ideológicas, o que proporciona a compreensão de como se constituem os sentidos do dizer (ORLANDI, 1999).

#### 4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Em cumprimento à Resolução CNS 466/2012, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa selecionado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), através da Plataforma Brasil, juntamente com os documentos obrigatórios para a submissão: termo de compromisso dos pesquisadores (ANEXO A), termo de compromisso do pesquisador responsável (ANEXO B), termo de autorização institucional (ANEXO C) e cartas de anuência dos locais da pesquisa (ANEXOS D e E).

A pesquisa foi iniciada após apreciação e aprovação do CEP do Hospital Universitário Alcides Carneiro e do CEP do Hospital Universitário Lauro Wanderley, por meio dos pareceres de nº 1.469.821 e de nº 1.532.340, nessa ordem (ANEXO F e G), e a participação dos sujeitos da presente pesquisa foi respaldada pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), sendo garantido o anonimato destes participantes no estudo, como dispõe esta resolução referida. Com o objetivo de garantir o anonimato dos participantes da pesquisa, os mesmos foram denominados como: E<sub>n</sub> e T<sub>n</sub>, enfermeiros e técnicos de enfermagem, respectivamente.

# *Resultados e Discussão*

---

*“Eu sou o que vejo de mim em sua face.  
Eu sou porque você é.”  
(Provérbio da tradução Zulu – África do Sul)*

## **5 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Conforme referido no percurso metodológico, para esta pesquisa utilizou-se o referencial teórico-analítico da Análise de Discurso, de matriz francesa. Na análise de discurso compreende-se a língua fazendo sentido, enquanto trabalho simbólico e possibilita conhecer aquilo que faz do homem um ser especial capaz de significar e significar-se (ORLANDI, 1999). Entretanto, para a compreensão e interpretação da discursividade dos sujeitos que participaram deste estudo, é imperioso compreender as condições amplas e estritas, nas quais os discursos foram produzidos.

Dessa forma, inicialmente foram descritas as condições de produção amplas e imediatas dos discursos e, por conseguinte, analisou-se a caracterização dos sujeitos entrevistados e as formações discursivas dos mesmos em relação à temática do “Cuidado de crianças com HIV/aids”.

### **5.1 CONDIÇÕES DE PRODUÇÃO AMPLAS E IMEDIATAS**

As condições de produção abarcam fundamentalmente os sujeitos e a situação em que os mesmos se encontram. As condições de produção em sentido amplo incluem o contexto sócio-histórico e ideológico desses sujeitos (ORLANDI, 1999).

Os dois cenários desta pesquisa – o Hospital Universitário Lauro Wanderley e o Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga – são instituições públicas pertencentes ao SUS. Historicamente, o SUS é uma das maiores conquistas sociais da população brasileira, consagrada pelo advento da Constituição Federal de 1988, e objetiva assistir as pessoas por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, implementadas de forma integrada por atividades assistenciais e preventivas (BRASIL, 1990b).

Com a Reforma Sanitária e a criação do SUS, tem sido proposto um novo modelo de atenção à saúde, centrado nas necessidades dos usuários de saúde, considerados em todas as suas dimensões de vida, e com ações fundamentadas nos princípios doutrinários da

universalidade, equidade e integralidade e nas diretrizes organizativas da descentralização, regionalização, hierarquização e controle social.

Nesta perspectiva, a formação acadêmica dos profissionais da área da saúde tem sido reformulada à luz deste novo modelo de atenção sanitária; todavia, ainda persiste no cotidiano de serviços de saúde do Brasil, a prática de ações essencialmente curativas, hospitalocêntricas, biomédicas, tecnicistas e centradas nas necessidades biológicas dos indivíduos, o que reflete a formação ideológica dos profissionais, significada em sua *práxis*, a qual por sua vez expressa a cristalização do “velho” paradigma da saúde e uma visão fragmentada do sujeito, abarcando somente a enfermidade e o tratamento desta, sem vislumbrar o contexto sócio-histórico e cultural do mesmo, assim como suas subjetividades.

Além das condições amplas referidas da produção dos discursos, devem ser consideradas as condições de produção em sentido estrito, que segundo Orlandi (1999), estão relacionadas com às circunstâncias da enunciação. Neste caso, o HULW tem sido uma grande escola de formação na Paraíba, mercê da imprescindível colaboração e participação de mestres, servidores e alunos, notadamente nas áreas afins: medicina, enfermagem, farmácia e odontologia, todos em permanente atuação no contexto desta instituição.

Conforme Reis e Cecílio (2009), os hospitais universitários federais têm por finalidade exercer o ensino, a pesquisa e a extensão, por meio da assistência à saúde. São instituições cuja gestão está subordinada à Universidade Federal da qual corresponde, ao Ministério da Educação e Cultura (MEC) por sua frente de ensino, e ao Ministério da Saúde (MS) pela vinculação ao sistema de saúde pública.

Todavia, na atualidade, os hospitais universitários federais apresentam quadros de servidores insuficientes, instalações físicas deficientes e subutilização da capacidade instalada para alta complexidade, reduzindo assim a oferta de serviços à comunidade. Essa conjuntura tem implicado em contratações de mão de obra terceirizada (SODRÉ et al., 2013).

Desse modo, em uma tentativa de redesenhar os hospitais universitários, o MEC juntamente com o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG), elaboraram a Medida Provisória n. 520, assinada em 31 de dezembro de 2010, a qual autoriza o Poder Executivo a criar a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S. A. (EBSERH), que tem, entre outras competências, administrar unidades hospitalares, modernizar a gestão dos recursos humanos, bem como prestar serviços de assistência médico-hospitalar e laboratorial à comunidade, no âmbito do SUS (BRASIL, 2010e).

Segundo Sodré et al. (2013), a terceirização dos recursos humanos, resultado de uma transição silenciosa para a privatização dos serviços públicos, acarreta um desconforto para os trabalhadores, diante das incertezas trazidas por este novo modelo gerencial.

Em contrapartida, o Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga é um hospital de médio porte, responsável pela política de assistência e atendimento aos portadores de doenças infectocontagiosas, sendo referência ao tratamento especializado no Estado da Paraíba. O estabelecimento atende o público em geral, de forma gratuita, e é mantido pela Secretaria de Saúde do Estado.

A presente pesquisa foi realizada com enfermeiros e técnicos de Enfermagem do setor de Doenças Infectocontagiosas do HULW e do Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga. No primeiro estabelecimento, não foi possível realizar as entrevistas em uma sala privativa, e estas ocorreram em uma recepção dos pacientes, no referido setor. Apesar da pesquisadora ter buscado uma parte mais isolada deste local para garantir a privacidade dos entrevistados, acredita-se que devido ao livre fluxo de profissionais e pacientes neste ambiente durante as entrevistas, alguns profissionais possam ter ficado constrangidos durante os questionamentos.

No segundo estabelecimento de saúde, a produção do material empírico ocorreu em uma sala privativa, onde não havia o fluxo de pessoas, permitindo assim que os profissionais entrevistados pudessem articular seus pensamentos, sem o constrangimento de outras pessoas estarem os observando.

## 5.2 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

No QUADRO 2, observam-se os perfis dos entrevistados por meio das suas características sociodemográficas e profissionais. No que se refere ao sexo, 16 (80,0%) deles são mulheres e 4 (20,0%) são homens. Em relação à idade, a maioria (85,0%) dos participantes encontram-se na faixa etária de 20 a 29 anos (50,0%) e de 30 a 39 anos (35,0%). Quanto à situação conjugal, 7 (35,0%) dos entrevistados são casados; 10 (50,0%) são solteiros, 2 (10,0%) são divorciados e 1 (5,0%) deles é viúvo.

Os resultados apontam para um perfil de profissionais semelhante a outros contextos do atendimento de enfermagem, em que se observa a supremacia do sexo feminino entre os trabalhadores da categoria profissional, refletindo a composição própria e histórica da profissão

QUADRO 2 – Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes do estudo. João Pessoa, 2016.

<b>Informações sociodemográficas e profissionais</b>	<b>Frequência Absoluta (n)</b>	<b>Frequência Relativa (%)</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	16	80,0
Masculino	04	20,0
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100,0</b>
<b>Faixa etária</b>		
20 a 29 anos	10	50,0
30 a 39 anos	07	35,0
40 a 49 anos	02	10,0
50 anos ou mais	01	5,0
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100,0</b>
<b>Situação conjugal</b>		
Solteiro	10	50,0
Casado/ União estável	07	35,0
Separado/ Divorciado	02	10,0
Viúvo	01	5,0
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100,0</b>
<b>Formação profissional</b>		
Enfermeiro	10	50,0
Técnico de Enfermagem	10	50,0
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100,0</b>
<b>Pós-graduação<sup>1</sup></b>		
Sim	10	100,0
Não	-	-
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100,0</b>
<b>Área de pós-graduação<sup>1</sup></b>		
Enfermagem em Doenças		
Infecçãocontagiosas	02	20,0
Enfermagem do Trabalho	05	50,0
Urgência e Emergência	02	20,0
Estratégia Saúde da Família	01	10,0
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100,0</b>
<b>Tempo de atuação na assistência de crianças com HIV/aids</b>		
Inferior a 12 meses	04	20,0
13 a 24 meses	05	25,0
Acima de 24 meses	11	55,0
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Dados da Pesquisa, 2016.

Nota: (1) Para este dado, foram considerados apenas os enfermeiros entrevistados.

Conforme Souza et al. (2014), a Enfermagem é caracterizada como um ofício feminino, devido ao número expressivo de mulheres que o compõem. Este fenômeno ocorre devido à Enfermagem assumir em sua trajetória contornos que vão além da técnica e prática,

dada que esta profissão assume também a função de cuidado, papel este atribuído historicamente à mulher.

Em relação à idade, constatou-se que o perfil dos enfermeiros é de adultos jovens, visto que 10 (50,0%) dos profissionais estão na faixa etária de 20 a 29 anos e 7 (35,0%) encontram-se na faixa etária de 30 a 39 anos, corroborando com a realidade brasileira que tem a concentração de profissionais de Enfermagem na faixa etária de 26 a 35 anos (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2011).

Ressalta-se que o cuidado à criança com HIV/aids, tanto em atendimento ambulatorial como em atendimento clínico, é marcado por uma demanda de esforço físico e psicológico muito grande por parte dos profissionais, devido à pouca cooperação e agitação característica desta faixa etária.

Quanto à situação conjugal, 7 (35,0%) dos participantes do estudo são casados e 10 (50,0%) deles solteiros. Estes números estão de acordo com a realidade brasileira, na qual a maioria dos profissionais de enfermagem são solteiros ou casados (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2011).

No que concerne à formação profissional, 10 (50,0%) dos entrevistados possuem graduação em Enfermagem e 10 (50,0%) possuem o Curso técnico de enfermagem. Quanto à titulação de especialista, todos os enfermeiros entrevistados (100,0%) têm especialização, todavia apenas 2 (20,0%) deles na área de Doenças Infectocontagiosas, desvelando a escassez de profissionais especializados na temática estudada.

Segundo Scochi e seus colaboradores (2013), a pós-graduação em enfermagem favorece uma formação qualificada, sustentando-a como uma profissão cujo alicerce é a ciência e a tecnologia, bem como marcando contribuições efetivas para a melhoria da atenção à saúde. Entrementes, observou-se nesta pesquisa que os profissionais possuem pós-graduação em áreas que muitas vezes não atuam, visto que todos os 10 (100%) enfermeiros possuíam pós-graduação *latu sensu*, contudo somente 2 (20%) em Doenças Infectocontagiosas.

Neste ínterim, é imprescindível ressaltar que as especializações em Enfermagem devem estar alicerçadas em disciplinas formativas que abordem conteúdos relacionados à atividade profissional, para que os profissionais se adequem as complexidades existentes no cuidado (SCOCHI et al., 2013).

Batista e Gonçalves (2011) relatam que a cada ano têm-se mais novos profissionais iniciando sua atuação em cenários diferentes da sua especialidade. Esta realidade, somada à

realidade precária dos serviços de saúde, acarreta desafios na área da atenção e assistência, tal como a carência de integração do profissional ao cotidiano dos serviços de saúde, por falta de competência, habilidades e conhecimentos inerentes a sua prática.

No tocante à assistência à criança com HIV/aids, um estudo realizado no Rio de Janeiro revelou que o cuidado de enfermagem a esta criança se baseia em sua especificidade (GOMES et al., 2009). Assim, entende-se que este profissional deve possuir qualificação para que possa atender as demandas postas por esse público.

No que diz respeito ao tempo de atuação no cuidado à criança, 11 (55,0%) dos entrevistados tem um tempo de atuação na área acima de 24 meses. Este achado é positivo, pois o vínculo do profissional com o serviço possibilita maior aproximação dos trabalhadores com a equipe, e essa ligação poderá contribuir para um trabalho mais integralizado e qualificado (PINHO; SIQUEIRA; PINHO, 2006).

Por consequência, compreende-se que a experiência da equipe de enfermagem seja um componente relevante para a reflexão e prática profissional, principalmente no que se refere à gerência da assistência ao paciente (JODELET, 2008).

No QUADRO 3, pode-se verificar a qualificação da equipe de enfermagem para o cuidado da criança com HIV/aids. Em referência ao curso de disciplinas direcionadas à criança com HIV/aids durante a graduação ou curso, todos os 20 (100,0%) depoentes alegaram não terem tido nenhuma disciplina direcionada à temática. Em consideração à formação para a assistência de crianças com HIV/aids, 18 (90,0%) dos entrevistados referiram que sua graduação ou curso não lhes qualificaram para a assistência dessas crianças e 2 (10,0%) deles disseram que foram qualificados. Quanto à participação em alguma capacitação para o cuidado de crianças com HIV/aids, somente 4 (20,0%) dos sujeitos alegaram possuí-la.

QUADRO 3 – Qualificação para o cuidado de crianças com HIV/aids, segundo os profissionais entrevistados. João Pessoa, 2016.

Variáveis	Frequência Absoluta (n)	Frequência Relativa (%)
<b>Curso de disciplinas sobre a assistência de crianças com HIV/aids</b>		
Sim	-	-
Não	20	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100,0</b>

(Continuação)

<b>Qualificação adequada durante a formação profissional</b>		
Sim	18	90,0
Não	02	10,0
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100,0</b>
<b>Capacitação sobre assistência de crianças com HIV/aids</b>		
Sim	04	20,0
Não	16	80,0
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

O ensino de Enfermagem no Brasil tem suas Diretrizes Curriculares Nacionais regulamentadas pela Resolução CNE/CES N°. 3, de 07 de novembro de 2001, de autarquia da Câmara Nacional de Educação. Segundo este órgão, o ensino da enfermagem deve estar relacionado com todo o processo de saúde-doença do indivíduo, família e coletividade, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em enfermagem (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001).

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Ensino de Enfermagem emitem que os conteúdos das graduações de Enfermagem, no Brasil, devem contemplar as seguintes áreas temáticas: Bases Biológicas e Sociais da Enfermagem; Fundamentos de Enfermagem; Assistência de Enfermagem, cujo tópico de estudo inclui os conteúdos que compõem a assistência de Enfermagem em nível individual e coletivo prestada à criança, ao adolescente, ao adulto, à mulher e ao idoso; Administração de Enfermagem; e Ensino de Enfermagem (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001).

A mesma resolução define ainda como competências e habilidades específicas do Enfermeiro, a atuação na formação de recursos humanos, como o profissional de nível técnico (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001). Nesse caminho, este profissional seria responsável por estabelecer relações entre a teoria e a prática, bem como compartilhar habilidades técnico-científicas necessárias para o exercício profissional da enfermagem.

Não obstante, mesmo as Diretrizes Nacionais do Ensino da Enfermagem emitindo que o ensino destes profissionais deve abranger o indivíduo em todas as faixas etárias, bem como este com distintas enfermidades, é notório que esta não é a realidade da presente pesquisa, visto que todos os entrevistados argumentaram não terem tido nenhuma disciplina específica

direcionada ao cuidado da criança com HIV/aids e 18 (90,0%) deles afirmaram ainda que a sua graduação ou curso não lhe qualificaram para a prestação dessa assistência.

Corroborando com estes achados, um estudo realizado no Estado de Mato Grosso, sobre a alegação de alguns profissionais da enfermagem usufruírem de uma qualificação deficitária, destacou que este fenômeno decorre de não vivenciar no Ensino de Enfermagem um conhecimento capaz de confrontar e questionar, formando assim sujeitos acríticos, passivos e dependentes. Desse modo, são formados profissionais limitados à reprodução de práticas e incapazes de solucionar problemas tendo como referência o contexto em que está inserido (CORRÊA; SANTOS; KOBI, 2014).

Mediante estes obstáculos e de suas consequências negativas para a qualidade do cuidado prestado, a Educação Permanente em Saúde (EPS) emerge com uma estratégia para a qualificação dos profissionais. Esta estratégia representa uma importante mudança na concepção e nas práticas de capacitação, em razão que a EPS propõe incorporar o aprendizado à vida cotidiana das organizações e incentiva mudanças nas estratégias educativas, de modo a focar a prática como fonte de conhecimento e colocar o profissional para participar ativamente desse processo educativo (DAVINI, 2009).

Em contrapartida, os 4 (20%) profissionais que relataram terem participado de uma capacitação para o cuidado da criança com HIV/aids, descreveram que isto aconteceu há muito tempo e que sua duração foi bastante curta, os impedindo de aprofundar os conhecimentos relativos à temática.

Após exaustiva leitura das respostas dos profissionais de Enfermagem aos questionamentos realizados por meio da entrevista, os discursos foram agrupados em sequências discursivas por similaridades de significados e, por conseguinte, foram construídas as formações discursivas, que permitiram análise e reflexão sistematizada, conforme serão discutidas a seguir.

### 5.3 FORMAÇÃO DISCURSIVA I - A SAÚDE DA CRIANÇA COM HIV/AIDS NA PERSPECTIVA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: UMA VISÃO FRAGMENTADA *VERSUS* UMA VISÃO HOLÍSTICA

De modo geral, os profissionais apresentaram dizeres semelhantes ao serem questionados sobre a sua visão em relação à saúde da criança com HIV/aids. É perceptível nas

seguintes sequências discursivas (SDs), que os depoentes concebem de um modelo de saúde reducionista:

*É bem debilitada, porque as que chegaram aqui, chegavam com doenças oportunistas e assim... elas vão precisar de um tratamento recorrente em hospitais para amenizar a sintomatologia dessas doenças, que aparecem constantemente. Então é bem debilitada mesmo (E<sub>2</sub>).*

*Uma saúde muito frágil, mas eu penso que se fosse bem cuidada, bem alimentada, a saúde dela era melhor, porque chega as crianças aqui muito doente e sai boa, mas depois volta do mesmo jeito. Se cuidasse mas é mais complicado (T<sub>6</sub>).*

*A criança com HIV tem uma saúde muito precária. Quando elas chegam ao serviço chegam com doenças oportunistas, chegam debilitadas, emagrecidas, precisando de uma atenção redobrada nossa (T<sub>2</sub>).*

*Precária, não pela assistência e sim pelos cuidados que quando saem do hospital e vão para suas casas, eles saem e com uma semana eles voltam pior do que estavam, a situação não é nada boa por não ter um cuidado dos pais. Pela medicação não ser dada na hora certa, por deixar a criança solta brincando, aí acaba adoecendo (E<sub>7</sub>).*

Foi identificada, nos discursos supracitados, a existência de uma concepção biologicista da saúde das crianças com HIV/aids por parte destes profissionais, em razão destes relacionarem a saúde destas crianças somente com as suas necessidades físicas e implicações biológicas. Esta fragmentação da saúde surge da ideologia biomédica que permeia o interdiscurso dos sujeitos.

De acordo com Cutolo (2006), este modelo caracterizado pelo biologicismo, no qual a saúde do indivíduo é fragmentada, recebe a denominação de modelo biomédico. Esta ideologia proferi que as condições de saúde são determinadas por uma única causa, ou seja, a simplicidade da unicausalidade reside somente em trabalhar a relação causa-efeito imediata.

Neste sentido, direcionando este olhar para a temática discutida nesta pesquisa, a criança com HIV/aids seria designada como um indivíduo que foi infectado pelo vírus HIV, e assim deve-se tomar medidas terapêuticas que visem somente o tratamento desta enfermidade. Mesmo que este seja um modelo que permita uma abordagem direta sobre esta criança, é uma explicação que, se solitária, torna-se bastante reducionista, uma vez que descontextualiza os aspectos psicológicos e sociais em que essa situação pode ocorrer.

As crianças com HIV/aids costumam ter alguns sintomas físicos, entre estes, apatia, disfagia, anorexia, problemas respiratórios, como também as doenças oportunistas, pois elas apresentam uma deficiência imunológica e necessitam muitas vezes de uma hospitalização prolongada (BRAGHETO, 2008). Os discursos dos entrevistados evidenciam que a equipe de enfermagem reconhece a dimensão física da criança com HIV/aids, contudo desvela-se que esta ótica direcionada somente para as necessidades físicas não é suficiente para a integralidade do cuidado prestado a estas crianças, uma vez que restringi o cuidado meramente à esfera biológica.

Na contemporaneidade, pode-se observar que as concepções e ações em saúde buscam superar o modelo biomédico ainda existente, dado que este é incapaz de oferecer respostas satisfatórias para os componentes psicossociais que acompanham, em grau maior ou menor, qualquer doença. Todavia, diversos são os encaixos deixados por este modelo (MARCO, 2006).

A persistência do modelo biomédico pode ser resultante do conceito de saúde não ser o mesmo para todas as pessoas. Segundo Scliar (2007), a formulação de um conceito de saúde depende de diversos fatores, tais como a época, o lugar, a classe social, bem como valores individuais, concepções científicas, religiosas e filosóficas.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) padroniza o conceito de saúde, no qual diz que “*Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade*” (WHO, 1946). Este conceito reafirma o caráter de integralidade do sujeito, considerado em suas idiossincrasias e subjetividades, como um elemento inerente à oposição do modelo biomédico, pois reconhece o bem-estar como um valor apreciado, seja este físico, emocional ou social.

De acordo com a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta, existem fatores que contribuem para o surgimento de necessidades, as quais são divididas em três categorias: necessidades psicobiológicas, necessidades psicossociais e necessidades psicoespirituais (HORTA, 2011).

Nesta perspectiva, Rodrigues et al. (2011) reflete que as Necessidades Humanas Básicas das crianças com HIV/aids podem ser afetadas pelo convívio com o vírus, bem como por suas comorbidades, coinfeções, repetitivas internações, uso terapêutico da terapia antirretroviral e estigma. Desse modo, torna-se clara a necessidade da indissociabilidade da saúde como um processo biopsicossocial e uma visão holística direcionada a estas crianças.

A criança com HIV/aids é um ser frágil, que possui o comprometimento do seu bem-estar biopsicossocial. Frente a isto, o enfermeiro atua como um personagem primordial para o reestabelecimento desse bem-estar, sendo isto possível através da visualização desta criança de forma holística (PAULA; CROSSETI, 2008).

Contudo, pode-se vislumbrar com este estudo uma visão fragmentada da equipe de enfermagem em sua maioria, acerca da saúde das crianças com HIV/aids. Sendo assim, infere-se que este olhar fragmentado se reflete no cuidado prestado por estes profissionais, uma vez que não contemplam todas as dimensões do ser-criança com HIV/aids.

Em contrapartida, nos seguintes fragmentos discursivos percebe-se a inserção da ideologia biopsicossocial da multicausalidade do processo saúde-doença:

*Eu acho que a saúde é bem delicada, não somente pela questão física de saúde, mas também o psicológico, né? (T<sub>2</sub>).*

*A saúde da criança com HIV/aids é muito debilitada, tanto psicologicamente, porque o conviver com essa doença não é fácil, especialmente na infância; também a questão da relação dela com as pessoas, porque o estigma é muito grande, tanto para ela como para a família. E também vai ter a questão física, da debilitação que a doença pode... é... trazer (E<sub>3</sub>).*

Diante destes discursos, percebe-se a inserção de um modelo biopsicossocial, mesmo com uma influência minoritária, que concebe o indivíduo tanto em sua esfera física, como em seus aspectos psicológicos e sociais. Essa ideia revalida o estudo de Pereira, Barros e Augusto (2011), que demonstram que a ideologia do indivíduo como um ser que tem necessidades biológicas, físicas e sociais está cada vez mais presente nos serviços de saúde.

Todavia, pondera-se essa afirmação diante da Nota de Observação (NO) da primeira fala desse segmento discursivo acima. O entrevistado, ao usar o vício linguístico “né”, direcionava-se à pesquisadora fazendo um movimento com os braços, como se buscasse a opinião e aprovação sobre o seu discurso. Desse modo, pode-se pressupor que por T<sub>2</sub> tentar analisar as considerações e reações da entrevistadora, talvez o seu diálogo tenha apenas reproduzido um discurso considerado ideal em sua memória discursiva, sem necessariamente estar presente em sua prática (NO<sub>2</sub>).

Posteriormente, T<sub>2</sub> legitimou a inferência descrita anteriormente ao se contradizer no momento que foi questionado acerca do cuidado de enfermagem prestado por ele:

*O cuidado que eu presto é mais a rotina né? A administração das medicações, verificar a temperatura, os sinais vitais. Eu falo com elas sobre a importância de se alimentarem. Entendeu? (T<sub>2</sub>).*

Frente a esta fala, torna-se axiomático que T<sub>2</sub> considera que o modelo biopsicossocial é ideal para a sua atuação, porém questiona-se se este discurso está verdadeiramente validado em sua prática profissional.

Diante desta inferência, reitera-se a importância da articulação do discurso do sujeito com a sua prática. Segundo Sebastiani e Maia (2005), a aplicação das concepções do modelo biopsicossocial pelos profissionais da saúde ainda está no início do seu processo de efetivação, visto que este necessita de amadurecimento em relação à formação destes profissionais.

Destarte, constata-se que o modelo biomédico de saúde ainda é predominante na *práxis* dos profissionais da saúde e da Enfermagem, acarretando uma fragmentação do cuidado prestado às crianças com HIV/aids. Dessa forma, faz-se necessário repensar modelos e práticas atuais e elaborar propostas para um novo agir em saúde, rompendo com o paradigma reducionista, no sentido de resgatar a participação ativa destes profissionais no cuidado integral.

#### 5.4 FORMAÇÃO DISCURSIVA II – CONCEPÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE A QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS COM HIV/AIDS

Em geral, os entrevistados expuseram a fragilidade do bem-estar social e psicológico das crianças com HIV/aids, ao serem questionados acerca da qualidade de vida das mesmas, o que foi desvelado nos seguintes discursos:

*Como é a qualidade de vida? (Pausa) Acho que também depende do contexto social, né? Que ela tá inserida. A gente teve casos aqui de crianças que os pais eram pobres, então a qualidade de vida era péssima e tem outras que quando já tem a sorte de nascer num contexto familiar melhor são bem assistidas, bem cuidadas, então acho que o contexto familiar vai interferir na qualidade de vida dessa criança (E<sub>1</sub>).*

*Eu vejo... na verdade, a qualidade de vida dessa criança é muito pouca, ela não vai ter a mesma vida social que outra criança sem essa doença vai ter, entendeu? Ela socialmente vai ser deixada de lado (E<sub>4</sub>).*

*Uma qualidade de vida bem debilitada. Ela vai adoecer constantemente por complicações da própria doença. Vai precisar de hospitalização constantemente também para tratar as complicações. E também tem o preconceito que elas sofrem por terem a infecção. Então a qualidade de vida é bem debilitada, também (E<sub>9</sub>).*

*A qualidade de vida delas é muito pouca, né? O preconceito que essa criança sofre é muito grande e associado a isso tem a exclusão que elas sofrem. E ainda tem... é... a aids debilita muito o físico (T<sub>5</sub>).*

Diante desses fragmentos discursivos, compreende-se que o HIV/aids na vida dessas crianças pode afetar negativamente a qualidade de vida delas. Conforme a OMS (1995), qualidade de vida é um conceito multidimensional que abrange os domínios físico, social, psicológico e ambiental, avaliados segundo a visão do próprio indivíduo, de acordo com sua cultura e valores.

Entende-se que a qualidade de vida é uma construção subjetiva e que abrange um conjunto de dimensões. Assim, o domínio físico considera a heterogeneidade biológica; o psicológico abrange o pensar, o aprender, a memória e a cognição; a dimensão social está relacionada com o suporte social e os cuidados de saúde e, por fim, a esfera ambiental, que analisa a segurança física e a proteção do indivíduo (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

A pessoa infectada pelo HIV passa, no decorrer de sua vida, por diversas alterações nos âmbitos físico, psicológico e social que influenciam os aspectos relacionados à qualidade de vida (NICASTRO et al., 2013). Frente ao exposto, este estudo evidenciou que, na visão da equipe de enfermagem, os domínios físico, social e psicológico são os mais afetados, sendo frequente o preconceito sofrido por este público.

A criança com HIV/aids tem diversos agravamentos, relacionados com o domínio físico, que acabam por limitar a qualidade desta (BRAGHETO, 2008). Segundo Oliveira (2015), os estudos mais recentes abrangem que devido à deficiência imunológica, são frequentes nestas crianças as doenças oportunistas e a periódica admissão em serviços de saúde. No discurso de E<sub>9</sub>, é notória a consideração da esfera biológica do público-alvo e que esta é bastante comprometida, uma vez que no seu discurso está explícita a consequência das complicações físicas para a qualidade de vida da criança com HIV/aids.

Outra questão é a atuação da família da criança soropositiva para o HIV. A família é identificada como uma indispensável unidade cuidadora desta criança e fonte de ajuda para a mesma, contribuindo diretamente para seu bem-estar (VIEIRA; PADILHA, 2007). Esta colocação é referida por E<sub>1</sub>, afinal este reputa em seu discurso a importância da atuação da

família no cuidado das crianças, bem como as repercussões do contexto social em que as famílias estão inseridas para a qualidade de vida da criança com HIV/aids.

Um estudo realizado em Uberaba-Minas Gerais, sobre a qualidade de vida de crianças e adolescentes com HIV/aids, discorreu que a qualidade de vida foi mais afetada em relação ao domínio emocional na percepção da criança e dos adolescentes, pois eles relataram frequentemente que sentiam medo, tristeza e raiva (OLIVEIRA et al., 2015).

Assim sendo, de acordo com Gil e Souza (2010), a compreensão da qualidade de vida destes pacientes é fundamental para a prestação do cuidado por parte dos profissionais de saúde. Portanto, acredita-se que a compreensão adequada da equipe de enfermagem sobre a qualidade de vida destas crianças, contribui para um cuidado integral a este público-alvo.

### 5.5 FORMAÇÃO DISCURSIVA III – CUIDADOS DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM HIV/AIDS: UMA PRÁXIS REDUCIONISTA

Reportando-se ao cuidado de Enfermagem prestado à criança com HIV/aids, ao serem questionados sobre a assistência prestada, os profissionais descreveram um cuidado reducionista, como observado nas seguintes sequências discursivas:

*São poucas as crianças que eu atendi com aids, mas as que eu atendi eu tentei... assim... conversar com elas e com a família, mostrando a importância delas tomarem as medicações no horário certinho e a orientação de que se elas tiverem qualquer outra complicação procurar um serviço de saúde pra cuidar logo (E<sub>8</sub>).*

*A minha assistência é mais a rotina, do dia a dia. Verifico os sinais vitais: temperatura, essas coisas. Administro a medicação. Faço o que precisar para manutenção da sua saúde (T<sub>6</sub>).*

*Olha na hora que vou administrar a medicação ou... é... fazer outro procedimento eu procuro brincar com ela. Assim elas... aceitam mais... são muito carentes de... de atenção mesmo (E<sub>9</sub>).*

*O cuidado que eu presto é mais a rotina né? A administração das medicações, verificar a temperatura, os sinais vitais. Eu falo com elas sobre a importância de se alimentarem. Entendeu? (T<sub>2</sub>).*

Segundo Brasil (2014b), o curso clínico da aids é mais rápido na criança em relação ao adulto, devido à imaturidade imunológica. Assim, torna-se necessário uma avaliação

laboratorial e clínica minuciosa durante os atendimentos em saúde, devendo-se registrar o peso, o comprimento e os perímetros, em especial o perímetro cefálico, bem como aferir os sinais vitais e proceder com um exame físico acurado.

Para o tratamento da aids em crianças são liberados, pelo Ministério da Saúde, a associação de três classes de antirretrovirais que devem incluir: Inibidor da Transcriptase Reversa Análogo de Nucleosídeo; Inibidor da Transcriptase Reversa Não-Análogo de Nucleosídeo; Nevirapina; Efavirenz; Inibidor da protease; Inibidor da protease com reforço de ritonavir; entre outras (BRASIL, 2014b).

Frente ao exposto, ratifica-se a importância do suprimento das demandas biológicas destes indivíduos para a manutenção do seu bem-estar. Porém, o cuidado prestado às crianças com HIV/aids deve transpor os muros da dimensão biológica, por apresentam outras necessidades, como as psicológicas e as sociais.

Para análise destes discursos, é necessário considerar o entendimento de Ayres (2004a) sobre cuidado, o qual define este como designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental. Todavia, através dos diálogos supracitados, infere-se que o cuidado prestado pelos profissionais se encontra fragmentado, visto que os mesmos relatam a prática do cuidado somente na esfera física.

Nesta perspectiva, reitera-se a necessidade de uma reflexão por parte desses profissionais acerca da criança em suas dimensões física, mental e social, para que assim o cuidado seja formulado. Essa capacidade de o sujeito refletir e atuar e, desse modo, transformar a realidade é descrita por Paulo Freire (2005) como *práxis*.

Vale ressaltar que a criança com HIV/aids é um ser mais frágil e que recorrentemente busca os serviços de saúde (PAULA; CROSSETI, 2008) e, dessa forma, precisa ser fortalecida com a atuação de profissionais que tenham uma prática reflexiva acerca da humanização e da integralidade do cuidado.

Conforme Waldow (2008), o processo de cuidar relaciona-se com todas as atividades desenvolvidas pelo cuidador para e com o ser cuidado com base em seu conhecimento científico, habilidade, intuição, pensamento crítico, criatividade, acompanhadas de comportamentos e atitudes de cuidado no sentido de promover, manter e recuperar sua totalidade humana. Essa totalidade engloba o sentido de integridade, seja esta mental, moral, emocional, social e espiritual nas fases de viver.

O modo de produção do cuidado atualmente está centrado em um processo de trabalho morto, precisando da inversão deste modelo, ou seja, um modelo em que o processo de trabalho tenha como o centro as ações vivas, com utilização vigorosa das tecnologias leves (relacionais) e secundariamente das leve-duras (conhecimento científico) e duras (instrumentos) (FRANCO; MERHY, 2012).

Assim, o brinquedo terapêutico advém como uma estratégia que articula as tecnologias descritas por Franco e Merhy. Este dispositivo tem uma abordagem terapêutica da arte de brincadeira realizada com as crianças hospitalizadas, como uma forma de promover o bem-estar físico, social e mental da criança (GOMES et al., 2009).

Diante do exposto e do discurso de E<sub>9</sub>, torna-se evidente a importância de uma atenção individualizada à criança com HIV/aids, através da utilização do brinquedo terapêutico ou de atividades lúdicas durante o cuidado de enfermagem, inclusive durante a administração da TARV, como descrito pela entrevistada.

A criança com HIV/aids, e que necessita fazer uso da TARV, não possui maturidade para compreender o processo que envolve a terapia, a necessidade do uso da medicação, consequências e evolução da doença. Desse modo, torna-se imprescindível o enfermeiro estar ciente das condições da criança, de suas necessidades e principalmente da importância da adesão para o sucesso terapêutico (FEITOSA et al., 2009).

Por fim, observa-se neste estudo uma *práxis* predominantemente reducionista, que abrange tão somente a dimensão física da criança com HIV/aids, e muitas vezes não são consideradas outras dimensões inerentes ao cuidado de enfermagem, como a psicossocial.

## 5.6 FORMAÇÃO DISCURSIVA IV – ENTRAVES NA PRESTAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM HIV/AIDS

O processo de análise de discurso revelou a formação de três segmentos discursivos dentro desta formação: a infraestrutura como empecilho à prestação do cuidado integral de crianças com HIV/aids; a carência de qualificação da equipe de enfermagem como obstáculo para o cuidado da criança com HIV/aids; e estratégias de enfrentamento dos entraves na assistência de enfermagem à criança com HIV/aids.

### 5.6.1 Ambiência como empecilho à prestação do cuidado integral de crianças com HIV/aids

Diante dos seguintes discursos, compreende-se que a infraestrutura deficitária dos serviços de saúde que prestam atenção à criança com HIV/aids, configura-se como um obstáculo para a prestação do cuidado, o que foi mencionado pelos entrevistados quando perguntados sobre as dificuldades encontradas durante o cuidado.

*Olha, o serviço aqui realmente é bom. A única dificuldade que eu vejo é por aqui, não aqui no próprio setor não ter uma brinquedoteca, sabe? (E<sub>1</sub>).*

*Eu acho, que aqui na ala falta um lugar para as crianças socializarem, brincarem juntas. Aqui elas vivenciam muito a hospitalização e esquecem que são crianças (T<sub>8</sub>).*

*O hospital presta uma boa assistência a essas crianças, mas eu acho que poderia melhorar no sentido de dar a essas crianças a vivência da infância aqui dentro mesmo, entendeu? (E<sub>3</sub>).*

Frente a estes fragmentos discursivos, evidencia-se que a hospitalização representa uma ruptura na rotina da criança com HIV/aids. Assim, para assisti-los, faz-se necessária uma atuação que busque diminuir os efeitos da doença e do seu tratamento.

Entre as maneiras de evitar o sofrimento da internação, situa-se o uso do brinquedo terapêutico como já discutido anteriormente. Este oferece à criança o enfrentar de diversas situações, como a separação de pessoas significativas, bem como os procedimentos invasivos e dolorosos. A brincadeira atende uma parte importante das necessidades da criança hospitalizada, promovendo e facilitando a interação social e permitindo a ela aprender a como enfrentar suas emoções, por meio da interação com outras crianças que ali estão (FAVERO et al., 2007).

Os autores supracitados, consideram que a brinquedoteca proporciona à criança hospitalizada uma experiência emocional positiva, para superar o trauma, com ações focadas na perspectiva de atender às necessidades que vão além da doença.

A lei Nº. 11.104, de 26 de março de 2005, regulamenta a obrigatoriedade das brinquedotecas em instituições hospitalares, tornando-as realidade em todo Brasil. Essa lei surgiu dos movimentos de humanização nos hospitais, e simboliza que a inclusão do brinquedo nesse ambiente tem sido concebida como parte da assistência e da terapêutica às crianças e aos adolescentes internados (BRASIL, 2005).

Neste sentido, segundo Paula e Foltran (2007), ocorre o reconhecimento das necessidades infanto-juvenis e do papel do ato de brincar na promoção do bem-estar físico e

social no hospital. Todavia, a falta deste instrumento terapêutico nos serviços de saúde acarreta consequências às dimensões psicológicas e sociais das crianças.

### **5.6.2 A carência de conhecimento da equipe de enfermagem como obstáculo para o cuidado da criança com HIV/aids**

As SDs abaixo apontam a carência de conhecimento da equipe de enfermagem acerca do cuidado da criança com HIV/aids como obstáculo para o cuidado destas, visto que ao serem indagados sobre as dificuldades encontradas durante a assistência, os participantes da pesquisa relataram:

*Olha, os casos que a gente tiveram aqui, que a gente já tivemos aqui, a assistência, no caso a minha por eu também não ter tanto conhecimento a respeito de não ter tido nenhuma capacitação, na graduação também não ter adentrado bastante, mas o que pude fazer e estudando, acho que foi suficiente (E<sub>6</sub>).*

*A falta de conhecimento que eu tinha em lidar com a criança com essa doença, sabe? Foi mais a questão de manejo, de ter uma nova experiência que eu não sabia muito... é... lidar. Por eu não ter nenhuma qualificação na área (E<sub>8</sub>).*

*Dificuldades? Teve a dificuldade no início. Eu não sabia como cuidar... de uma criança especificamente com essa doença. Eu vi na graduação a questão do adulto com HIV, aí você se depara com uma criança... é diferente, é outro contexto (E<sub>10</sub>).*

*A dificuldade que a gente mais tem é saber como lidar com essa criança. Porque mesmo sendo uma criança com aids, ela ainda continua sendo uma criança. Então saber lidar com essa criança é complicado (T<sub>8</sub>).*

O surgimento da terapia antirretroviral alterou a conjuntura da aids para uma doença crônica, visto que esta anteriormente era enxergada como um diagnóstico de morte iminente (PAULA; CROSSETI, 2008). Nesta perspectiva, a juvenização desta infecção emerge como um desafio, visto que este público-alvo percorre uma longa caminhada frente à infecção e ao tratamento desta.

A infecção pelo HIV/aids em crianças apresenta diferenças significativas em relação aos adultos. O período de incubação é geralmente menor e a criança frequentemente tem déficit neurológico (BRAGHETO, 2008). Em um estudo realizado nos Estados Unidos da América, foram avaliados o comportamento, função cognitiva e desenvolvimento de 224

crianças, de 2 a 17 anos. Os resultados apontaram que crianças com aids têm alto risco para desenvolver problemas neurológicos (NOZYCE et al., 2006).

Segundo Brasil (2014b), a interação entre a fisiopatologia da infecção pelo HIV e os efeitos adversos dos medicamentos componentes da TARV, agindo no organismo em desenvolvimento desde idades precoces, está associada a uma variedade de distúrbios orgânicos e mentais, acometendo o metabolismo de lipídios e carboidratos, a mineralização óssea, a composição corporal e as funções hepática e renal.

Deste modo, novas rotinas de cuidado, com o intuito de prevenir e tratar estas condições devem ser incorporadas à prática dos profissionais da saúde. A vulnerabilidade psicossocial, presente no cotidiano de boa parte das crianças com HIV/aids, associa-se frequentemente à orfandade, abandono por parte de pais ou responsáveis legais, dificuldades escolares, preconceito e estigma nas relações sociais e afetivas. Frente a este enredo, instituiu-se a necessidade da estruturação de uma linha de cuidado bem articulada, com a participação de equipes multidisciplinares e com a disponibilização de recursos de apoio da comunidade (BRASIL, 2014b).

Mesmo diante da singularidade deste acometimento frente à criança com HIV/aids, observa-se nas graduações de enfermagem uma abordagem de ensino direcionada ao adulto com HIV. Dessa forma, compreende-se as alegações dos entrevistados sobre o conhecimento insuficiente para o manejo da criança com esta problemática, tendo em vista a qualificação inadequada recebida durante suas formações.

Em face dessas dificuldades e de suas consequências para o cuidado, traz-se mais uma vez a EPS como uma estratégia para a qualificação destes profissionais, visto que esta articula as necessidades dos serviços de saúde, possibilitando o desenvolvimento profissional.

Segundo Brasil (2009), a EPS propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, considerando que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações, tendo como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho.

### **5.6.3 Estratégias de enfrentamento dos entraves na assistência de enfermagem à criança com HIV/aids**

Diante das dificuldades anteriormente narradas, os profissionais foram interpelados sobre as estratégias utilizadas por eles para solucionar estes entraves. Os seguintes fragmentos discursivos demonstram que de forma empírica e interessada estes profissionais tentaram superar estes obstáculos.

*A questão de brincar com elas na hora que vou falar com elas, criança fica feliz com brincadeira, fica feliz quando a gente dar atenção pra elas (T<sub>6</sub>).*

*Eu brinco com elas. Eu vejo que elas ficam alegres pela atenção que eu acabo dando a elas. É a questão de tentar fazer com que elas esqueçam... amenizar esse tempo que passam aqui no hospital (T<sub>9</sub>).*

*Eu busquei conversar com outras enfermeiras e outros profissionais mesmo que já tinham tido muito contato com essas crianças. Elas foram me mostrando como lidavam... e assim fui aprendendo (E<sub>5</sub>).*

*Há anos atrás houve uma capacitação aqui mesmo no hospital e eu procurei participar. Foi bem esclarecedor. Só achei que foi muito pouco tempo e como faz tempo que não teve outra, outros enfermeiros e técnicos não tiveram a oportunidade de se capacitar também, entende? (E<sub>7</sub>).*

Diante destes discursos, é notório que mesmo frente a tantos entraves, a equipe de enfermagem, que atua no cuidado à criança com HIV/aids, se dedica a vencer estes obstáculos, com intuito de aprimorar a ciência do cuidado que é a Enfermagem, utilizando para tanto o uso de tecnologias relacionais e estratégias de humanização da assistência, entre os quais se encontra a utilização do lúdico durante o cuidado.

Conforme Paula e Crossetti (2008), o ser humano na sua essencialidade mantém relações consigo, com o outro e com o mundo, alcançando através dessas interações sociais conhecer a si mesmo. Para a criança vivendo com HIV/aids é vital, assim como acontece para toda criança, a possibilidade de viver o que é próprio da infância, sendo que a condição soropositiva não deve impossibilitar essa necessidade.

Neste contexto, o cuidado deve compreender a totalidade e integralidade da criança soropositiva para o HIV, envolvendo não apenas a sua infecção, mas estabelecendo uma relação ímpar entre o indivíduo que cuida da criança e da sua família, para oferecer um cuidado, para além das suas necessidades biológicas.

A adoção dessa atitude de cuidado justifica-se pelo fato de, segundo Costa (2010), o HIV/aids ser capaz de, além de causar deficiências biológicas significativas no sistema imunológico, afetar a estrutura psicológica e social. Assim, é essencial uma visão holística

nos processos de relacionamento da prática cotidiana da enfermagem, assim como a superação das limitações por meio da criatividade dos profissionais, direcionada ao cuidado.

Ser criativo é estar mais à vontade no mundo, mais rico de recursos pessoais, significa estar mais vivo e motivado. A criatividade faz com que o indivíduo surpreenda-se consigo, torna-o mais humano e acolhedor. A humanização é essencial nos processos de relacionamento da prática cotidiana de enfermagem e carece progressivamente da criatividade e da inovação na relação, do profissional com o paciente (FELDMAN; RUTHES; CUNHA, 2008).

Para superação desses obstáculos, espera-se que a enfermagem utilize a criatividade para suplantar as situações imprevistas. Segundo Horta, Kamiyama e Pauia (1970), sendo a enfermagem uma ciência aplicada, exige-se dos seus profissionais a utilização de recursos de criatividade e imaginação, na aplicação do seu conhecimento científico em seu cuidado, para que, desse modo, busque-se a solução das problemáticas dos pacientes.

## 5.7 FORMAÇÃO DISCURSIVA V – O ENFRENTAMENTO DO ESTIGMA NO COTIDIANO DA CRIANÇA COM HIV/AIDS

Perante o questionamento sobre as implicações que o HIV/aids traz à criança, os profissionais narraram o estigma como principal consequência. Essa colocação pode ser desvelada diante dos seguintes discursos:

*Preconceito em primeiro lugar, né? Vai ser muito difícil pra ela conviver na comunidade, com outras crianças. Ela não vai ser vista como a criança que precisa de atenção, carinho, de brincar. Ela vai ser vista como a criança com aids (E<sub>2</sub>).*

*Elas enfrentam muito preconceito, tanto a criança como a família. Elas são “marcadas” [destaque do entrevistado] pelo estigma de terem a doença... por ser uma doença tão estigmatizada mesmo, né? (E<sub>5</sub>).*

*O Preconceito que elas sofrem... por terem a doença. Essa criança acaba que sendo excluída da sociedade. É esquecido que ela é uma criança também (T<sub>2</sub>).*

*Dificuldade de conviver na escola com as outras crianças, de... é... é... mas em relação à convivência dela com a sociedade, do preconceito que ela vai sofrer por ter essa doença. Pra família também tem a questão de que vai vim a culpa pra eles, né? (T<sub>4</sub>).*

A aids é uma doença estigmatizada, e pessoas acometidas muitas vezes são vítimas de discriminação e preconceito. Essa realidade pode ser confirmada na prática através dos relatos dos entrevistados acerca do preconceito e discriminação sofridos por estas crianças.

Conforme Goffman (1988, p. 13), “o termo estigma, portanto, será usado em referência a um atributo profundamente depreciativo” numa linguagem de relações e, não de atributos em si. Neste sentido, alguém ter um determinado atributo não o caracteriza com um estigma, visto que este se dá necessariamente pela relação entre alguém que possui atributos distintos de uma dada população da qual ele se aproxima e pessoas que não possuem tais atributos.

A estigmatização social causa, entre vários aspectos, impactos na saúde física e mental dos portadores de HIV/aids, pois o estresse reduz a imunidade, tornando o indivíduo mais susceptível à infecção pelo vírus. Esta estigmatização social percorre contemporaneamente devido à categorização de grupos de risco para esta infecção durante a sua descoberta, tais como: homossexuais, indivíduos promíscuos e usuários de drogas ilícitas (CARVALHO; PAES, 2011).

Frente ao exposto, em relação às crianças com HIV/aids, vale salientar que existe uma ambiguidade, uma vez que de um lado a criança representa socialmente como um ser inocente e frágil, e por outro lado o HIV/aids está historicamente relacionado a prejulgamentos sociais. Desta maneira, a sociedade utiliza de denominações incoerentes, como *vítimas inocentes* (PAULA; CROSSETI, 2008).

Diante desse estigma social, furtam-se vários direitos dessas crianças, como por exemplo, o direito à educação que pode ser restrito nas escolas, o direito da convivência familiar, lazer, privacidade e sigilo, bem como o das esferas da vida, como namoro e sexualidade (RODRIGUES et al., 2011).

No Brasil, o caso de maior destaque ocorreu em 1992, em São Paulo, quando Sheila, uma menina de 6 anos, teve sua matrícula recusada por ter HIV. Este episódio possibilitou que esta questão fosse debatida publicamente. Um dos desdobramentos foi a criação da Portaria Interministerial 1 – Ministérios da Saúde e Educação – que garante o acesso à escola e a preservação do sigilo da condição sorológica de crianças com HIV (PARKER; AGGLETON, 2001).

Contudo, uma pesquisa realizada em Brasília, em que foram ouvidos 503 estudantes universitários, revela que parcelas instruídas da sociedade brasileira ainda preservam ideias equivocadas sobre a aids e pessoas soropositivas. Um dado alarmante foi o de que 15% dos

estudantes acreditam que crianças soropositivas não deveriam frequentar a escola (RIBEIRO, 2008). Segundo esta autora, as porcentagens parecem baixas, mas o fato de os participantes serem universitários indica que algumas questões acerca da aids deveriam ser mais difundidas.

Para o melhor entendimento sobre esta realidade, é necessário facilitar a discussão, a troca de vivências e desenvolver estratégias educativas com informações claras. Ayres (2004b) também traz sugestões sobre esse tema, apresentando uma série de recomendações para abordar as necessidades das crianças soropositivas, como o aumento de informações e a expansão dos debates sobre estigma e discriminação relacionados à aids.

Em relação ao profissional de saúde, este deve instrumentalizar os pacientes e seus cuidadores para que estejam a par dos seus direitos e assim os exerçam. Intervenções direcionadas à diminuição do estigma dependem de amplas modificações socioculturais (GOMES et al., 2009).

## 5.8 FORMAÇÃO DISCURSIVA VI – A RELAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM COM A FAMÍLIA DA CRIANÇA COM HIV/AIDS

Esta formação discursiva foi construída através da inferência de que os profissionais responsabilizam a família, em especial a mãe, por a criança ter adquirido a infecção pelo HIV por transmissão vertical, o que é desvelado pelos seguintes fragmentos discursivos:

*Muitas vezes essas crianças é... quase sempre elas adquirem esse vírus por transmissão vertical, ou seja, não tem nenhuma “culpa” [destaque do entrevistado] por adquirirem o vírus (E<sub>3</sub>).*

*Quase sempre a mãe já tem a doença, já tem há um tempo, então ela já tá mais acostumada com a doença, né? Agora a criança não teve culpa de ter sido infectada (T<sub>8</sub>).*

*Para a família eu não vejo muita consequência, porque... é... eles já estão acostumados com a situação. Quase sempre essa criança adquire essa doença pela transmissão vertical, passada pela mãe (pausa). Então eu não vejo muita consequência para a família (T<sub>10</sub>).*

No momento da entrevista, E<sub>3</sub> ao falar culpa, fazia um movimento com as mãos, formando o sinal de aspas no ar. Desse modo, pode-se intuir que por E<sub>3</sub> formar este sinal com as mãos, que é utilizado linguisticamente para realçar alguma parte do texto, possivelmente

este quisesse dar ênfase à criança não ter culpa por ter adquirido a infecção pelo HIV, podendo atribuir esta culpa a outro indivíduo (NO<sub>3</sub>).

Este fenômeno pode resultar da construção social da imagem da criança, como um ser frágil e que necessita de cuidado e atenção. Dentro da perspectiva do HIV/aids, segundo Cruz (2005), a infecção de crianças não adquire status central. Porém, é possível perceber um apelo dramático atrelado à epidemia, situando a criança portadora, dentro de um contexto de ações extremamente julgadas como vítima. Vítima, na maioria das vezes de seus pais, que segundo a ótica sustentada pela sociedade, além de sofrerem preconceito, possivelmente serão culpabilizados pela transmissão do vírus aos filhos.

Em um estudo realizado em Sorocaba (São Paulo), com mães de crianças soropositivas para o HIV, houve relatos, por parte destas, sobre o sentimento de culpa e raiva por terem transmitido, de forma vertical, a infecção para os seus filhos. Destacam-se ainda na pesquisa referida, os discursos sobre o preconceito sofrido por elas por diversos personagens da sociedade, inclusive os profissionais da saúde (PEREIRA et al., 2014).

Acredita-se que a responsabilização dos pais por essas crianças adquirirem esta infecção, configura-se como mais um obstáculo na prestação do cuidado de enfermagem a este grupo populacional, visto que, segundo Guimarães (2002), para que seja estabelecido o vínculo deste profissional com a criança, a família deve estar incluída.

Assim, julga-se que a família tem participação decisiva no cuidado à saúde da criança com HIV/aids, pois ela atua ativamente para a manutenção da saúde e da qualidade de vida desta criança. Portanto, espera-se que a equipe de enfermagem considere o âmbito familiar no processo de cuidar, uma vez que é com essas pessoas que a criança possui maior vínculo e que as relações familiares afetam positivamente ou negativamente a vida da criança com HIV/aids.

Segundo Silveira e Carvalho (2002), a família atua como uma peça fundamental na atenção à saúde do paciente soropositivo para HIV, uma vez que o paciente sente-se mais confortável com a sua presença durante a prestação do cuidado. Sendo assim, é importante tanto para o profissional como para a família e o paciente, uma articulação acerca do cuidado prestado, visto que se tem a possibilidade da criação de um vínculo benéfico para ambos.

# *Considerações Finais*

---

*“Recomeça... Se puderes,  
Sem angústia e sem pressa.  
E os passos que deres  
Nesse caminho duro  
Do futuro  
Dá-os em liberdade.  
Enquanto não alcances  
Não descanses.”  
(Miguel Torga)*

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com o advento da terapia antirretroviral houve uma variação da visão cultural frente à infecção pelo HIV, dado que anteriormente esta era visualizada como resultado de morte iminente e, atualmente, esta afecção tem perspectivas de cronicidade. Diante do exposto, emergiram alguns desafios advindos dessa condição, agora crônica, como a juvenização da epidemia, visto que crianças com HIV/aids lidam com as repercussões da doença e de seu tratamento desde o seu nascimento.

Enfatiza-se que a assistência de Enfermagem direcionada à criança com HIV/aids deve-se adaptar às necessidades e limitações características desta faixa etária, visando assim prestar um cuidado integral e resolutivo a este grupo populacional.

Nesta perspectiva, os resultados deste estudo evidenciaram que a equipe de enfermagem atua com um cuidado de enfermagem fragmentado frente às necessidades biológicas, psicológicas e biopsicossociais apresentadas pelas crianças com HIV/aids.

Ao findar esta pesquisa, afirma-se que os objetivos almejados inicialmente foram alcançados, uma vez que a partir da discussão dos resultados, foi possível compreender a visão da enfermagem acerca da saúde e da qualidade de vida das crianças com HIV/aids e suas repercussões para o cuidado prestado, bem como analisar o cuidado de enfermagem ofertado, identificando as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de enfermagem durante a assistência dispensada a estas crianças.

Percebe-se que embora esteja sendo difundido um modelo de saúde biopsicossocial, o modelo biomédico ainda prevalece nos estabelecimentos de saúde, o que foi apontado na discursividade dos participantes do estudo. A persistência desse modelo acarreta implicações diretas ao cuidado da criança com HIV/aids, uma vez que o profissional tem dificuldade em identificar as necessidades inerentes às dimensões psicológicas e sociais, o que compromete o atendimento das mesmas.

Ademais, observou-se neste estudo uma *práxis* predominantemente reducionista, que abrange tão somente a dimensão física da criança com HIV/aids, e muitas vezes não são consideradas outras dimensões inerentes ao cuidado de enfermagem, como a psicológica e social.

Nesse ínterim, compreendeu-se também que se tem um déficit de conhecimento, por parte da equipe de enfermagem, acerca da saúde da criança com HIV/aids, surgindo assim o fomento de um obstáculo na prestação do cuidado infantil. Outro empecilho relatado pelos profissionais foi a infraestrutura insatisfatória dos serviços de saúde, frente às necessidades das crianças com HIV/aids, principalmente em relação à ausência de um espaço de socialização ou brinquedoteca.

Além do exposto, inferiu-se que a equipe de enfermagem não realiza de forma apropriada o suporte familiar, não considerando a importância devida das famílias para a manutenção da saúde e da qualidade de vida da criança com HIV/aids. Observou-se também que os profissionais têm um discurso de culpabilização das famílias, especialmente em relação à mãe, devido às crianças adquirirem esta infecção por transmissão vertical.

Frente aos obstáculos expostos pela equipe de enfermagem, sugere-se a utilização das seguintes estratégias: abordar e discutir sobre a saúde e o cuidado da criança com HIV/aids durante a formação profissional; utilizar efetivamente a EPS dentro dos serviços de saúde que prestam o cuidado a este público; e adequar os estabelecimentos de saúde para atender as necessidades das crianças com HIV/aids, através, por exemplo, da criação de um espaço de socialização ou brinquedoteca.

O fato das famílias não terem sido escutadas na pesquisa pode ser considerado um fator limitante ao estudo, contudo não inviabilizou a análise de como a família possui um papel ativo e produz um efeito positivo na vida da criança com HIV/aids. Desse modo, sugere-se novos estudos que versem sobre a perspectiva da família acerca da assistência de enfermagem, para o aprofundamento da temática.

Destarte, considera-se que a assistência de enfermagem afeta, diretamente ou indiretamente, a saúde e a qualidade de vida das crianças com HIV/aids, pois estes profissionais atuam de perto, prestando um cuidado fundamental para a manutenção do bem-estar dessas crianças. Neste contexto, reitera-se a necessidade de transformações de concepções e de práticas dos profissionais de Enfermagem, para que a partir da compreensão integral e sistêmica das múltiplas necessidades das crianças com HIV/aids, consideradas em

suas dimensões biológica, psicológica, social e espiritual, oferte-se a estas um cuidado humanizado e resolutivo.

## *Referências*

---

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. A. B.; GUTIERREZ, G. L.; MARQUES, R. **Qualidade de vida**. São Paulo: EACH, 2012.

ALVES, C. A. et al. Gestión del trabajo en una sala de enfermería pediatria de alta y media complejidad: una discusión sobre co-gestión y humanización. **Interface**, v. 15, n. 37, p. 351-61, 2011.

ALVES, G. C.; MAZON, L. M. Perfil dos pacientes em tratamento para hiv/aids e fatores determinantes na adesão ao tratamento antirretroviral. **Rev Interdisciplinar**, Santa Catarina, v. 1, n. 1, p. 81-94, 2012.

ANDRADE, A. C. G. **Pessoas que vivem com HIV/aids: uma análise a partir do perfil sociodemográfico e das condições clínicas**. 2014. 100 f. Dissertação de Mestrado (Pós-graduação de Enfermagem). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2014.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Rev Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004a.

\_\_\_\_\_. Adolescentes e jovens vivendo com HIV/AIDS: cuidado e promoção da saúde no cotidiano da equipe multiprofissional. **AIDS Novos Horizontes**. v. 24, n. 2, 2004b.

BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. **Rev Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 884-9, 2011.

BRAGHETO, A. C. M. **Crianças portadoras do HIV/aids: Desenvolvimento emocional e competência social**. 2008. 84 f. Dissertação de Mestrado (Pós-graduação de Enfermagem). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF. 26 jun. 1986. Seção 1, p. 9.273 a 9.275.

\_\_\_\_\_. Lei Federal nº 8069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF. 13 Jul. 1990. 1990a.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF. 19 set. 1990. 1990b.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de DST/Aids: princípios, diretrizes e estratégias**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

\_\_\_\_\_. Resolução CNE/CES nº 3, de 07 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF. 07 nov. 2001.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Lei nº 11.104, de 21 de março de 2005. Dispõem sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedoteca nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF. 22 mar. 2005.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Alternativas Assistenciais à Aids no Brasil: as estratégias e resultados para a implantação da rede de Serviço de Assistência Especializada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: 2009.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Doenças Infecciosas e Parasitárias: Guia de bolso**. 8ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Acesso Universal no Brasil: cenário atual, conquistas, desafios e perspectivas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretório da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010d.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Medida Provisória n. 520, de 31 de dezembro de 2010. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S.A. — EBSEH e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF. 31 dez. 2010. 2010e.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual Técnico para o Diagnóstico da infecção pelo HIV**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de DST e AIDS. **Boletim epidemiológico**, Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Serviços de saúde:** endereços localizados. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/endereco\\_localizacao/listagem?city=&province=&tid=54](http://www.aids.gov.br/endereco_localizacao/listagem?city=&province=&tid=54). Acesso em: 19 abr. 2016.

CALAIS, L. B.; JESUS, M. A. G. S. Desvendando olhares: infância e AIDS nos discursos da sociedade. **Psicologia & Sociedade**, v. 23, n. 1, p. 85-93, 2011.

CARVALHO, S. M.; PAES, G. O. A influência da estigmatização social em pacientes vivendo com HIV/aids. **Cad Saude Colet**, v. 19, n. 2, p. 157-63, 2008.

CARVALHO, P. P. et al. Percepções do portador de HIV/AIDS sobre sua assistência em um serviço especializado em Caxias – MA. **Rev Interd**, v. 7, n. 2, p. 79-84, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Análise de dados dos profissionais de enfermagem existentes nos Conselhos Regionais**. Brasília: COFEN, 2011.

CÔRREA, L. Z. M.; SANTOS, N. C.; KOBİ, M. C. B. Expansão dos cursos de graduação em enfermagem em Mato Grosso: implicações e desafios. **Rev Eletr Enf**, v. 16, n. 4, p. 744-53, 2014.

COSTA, G.S. **Significados de saúde e doença na percepção de crianças com HIV/AIDS**. 2010. 91 f. Dissertação de Mestrado (Pós-graduação de Enfermagem). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2010.

BRAGHETO, A. C. M. **Crianças portadoras do HIV/aids: Desenvolvimento emocional e competência social**. 2008. 84 f. Dissertação de Mestrado (Pós-graduação de Enfermagem). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

CRUZ, E. F. **Grupo de Incentivo à Vida Fios da vida: tecendo o feminino em tempos de AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

CUTOLO, L. R. A. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 35, n. 4, p.16-24, 2006.

DATASUS. **Estabelecimentos por tipo**. Paraíba: DATASUS, 2015. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabpb.def>>. Acesso em: 6 dez. 2015.

DAVINI, M. C. Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: 2009.

EBSERH. Ministério da Educação. **Hospital Universitário Lauro Wanderley**. 2015. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/hulw-ufpb/nossa-historia>>. Acesso em: 7 dez. 2015.

FAVERO, L. et al. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de enfermagem: relato de experiência. **Rev Cogitare Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 519-524, 2007.

FEITOSA, A. C. et al. Terapia anti-retroviral: fatores que interferem na adesão de crianças com HIV/AIDS. **Rev Enferm**, v. 12, n. 3, p. 515-21, 2008.

FELDMAN, L. B.; RUTHES, R. M.; CUNHA, I. C. K. O. Criatividade e inovação: competências na gestão de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 61, n. 2, p. 239-42, 2008.

FERRI, S. M. N. et al. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. **Interface**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 515-29, 2007.

FONTANELA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad Saude Publ**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-26, 2008.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Captografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Rev Tempus Actus Saude Colet**, v. 6, p. 151-163, 2012.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 45. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

GALVÃO, M. T. G. et al. Condições sociodemográfica, materna e clínica de crianças expostas ao vírus da imunodeficiência humana. **Rev Rene**, v. 15, n. 1, p.78-88, 2014.

GEORGE, J. B. **Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos à Prática Profissional**. Tradução da 4ª edição. Porto Alegre: Artmed Editora, 2000.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 2008.

GIL, N. L. M.; SOUZA, L. R. Qualidade de vida de indivíduos infectados pelo HIV relacionada com as características sociodemográficas e clínicas. **Ciênc Cuid Saúde**, v. 9, n. 4, p. 697-703, 2010.

GOFFMAN, E. **Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: LCT, 1988.

GOMES, A. M. T.; CABRAL, I. E. O cuidado medicamentoso à criança com HIV: desafio e dilemas de familiares de cuidadores. **Rev Bras Enferm**, v. 62, n. 2, p. 252-7, 2009.

\_\_\_\_\_. As representações sociais do enfermeiro sobre a criança soropositiva para HIV: interface com o cuidar. **Rev Enferm**, v. 19, n. 1, p. 14-19, 2011.

GRECO, D. B. A epidemia da Aids: impacto social, científico, econômico e perspectivas. **Estudos avançados**, São Paulo, v. 22, n. 64, 2008.

GUIMARÃES, R; FERRAZ, A. F. A interface da AIDS, estigma e identidade- algumas considerações. **Rev Mineira de Enfermagem**, v.6, n.1, p.77-85, 2002.

HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem**. 2 ed. São Paulo: EPU, 2011.

HORTA, W. A.; KAMIYANA, Y.; PAULA, N. S. O ensino dos instrumentos básicos de enfermagem. **Rev Esc Enferm**, v. 4, n.1, p. 5-20, 1970.

HOTTZ, P. L.; SCHECHTER, M. A epidemiologia da infecção pelo HIV no Brasil e no mundo. In: DIAZ, R. S.; VÁZQUEZ, V. S. (Coords.). **Infecção pelo HIV e terapia antirretroviral em 2012**. São Paulo: Permanyer Brasil Publicações, 2012. Cap. 1, p. 1-11.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Base de informações municipais**. Paraíba: IBGE, 2015. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?coduf=25>>. Acesso em: 6 dez. 2015.

JODELET, D. Culture et pratiques de santé. **Rev Enferm**, v. 16, n. 2, p. 427-39, 2008.

MALTA, M. S; BASTOS, F. I. Aids: prevenção e assistência. In: GIOVELLA, et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Cap. 31. p. 1057-1087.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2010.

MARCO, M. A. Do Modelo Biomédico ao Modelo Biopsicossocial: um projeto de educação permanente. **Rev Bras Educ Med**, v. 30, n. 1, 2006.

MARQUES, J. F.; QUEIROZ, M. V. O. Cuidado ao adolescente na atenção básica: necessidades dos usuários e sua relação com o serviço. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 33, n. 3, p. 65-72, 2012.

MASLOW, A. H. **Motivación y personalidad**. 1ª ed. Barcelona: Sagitario; 1954.

MELO, M. C.; BARAGATTI, D. Y.; CASTRO, D. M. Perfil Epidemiológico da Aids: Série Histórica de 1985 a 2010. **Rev Enferm UFPE on line**, Recife, v. 7, n. 9, p. 5414-20, 2013.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Escola de Saúde Pública do Ceará: Fortaleza, 2010.

MINAYO, M. C. S; ASSIS, S. G; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOTTA, M. G. C. et al. Criança com HIV/AIDS: percepção do tratamento antirretroviral. **Rev Gaúcha de Enferm**. Porto Alegre, v.33, n.4, p.48-55, 2012.

NEMES, M. I. B. et al. Avaliação da qualidade da assistência no programa de Aids: questões para investigação em serviços de saúde no Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, sup. 2, p. 310-21, 2004.

\_\_\_\_\_. Adesão ao tratamento, acesso e qualidade da assistência em Aids no Brasil. **Rev da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 55, n. 2, 2009.

NICASTRO, E. et al. Family Group Psychotherapy to Support the Disclosure of HIV Status to Children and Adolescents. **Aids Patient Care STDS**, v. 27, n. 6, p. 363-9, 2013.

NOZYCE, M. L. A Behavioral and cognitive profile oh clinically stable HIV-Infected children. **Pediatrics**, v.11, n. 3, p. 763-770, 2006.

OLIVEIRA, J. F. Qualidade de Vida de crianças e adolescentes infectados pelo HIV. **Rev Cienc Cuid Saude**, v. 14, n. 1, p. 879-884, 2015.

ORLANDI, E. P. A. **Análise de discurso: princípios e procedimentos**. Campinas: Pontes, 1999.

PADOIN, S. M. M. Em busca do estar melhor do ser-familiar e do ser-com AIDS. In: PROCHNOW, A.G.; PADOIN, S. M. M.; CARVALHO, V. L. **Diabetes e AIDS: a busca do estar melhor pelo cuidado de enfermagem**. Santa Maria: Pallotti; 1999. p. 99-208.

PALÁCIO, M. B.; FIGUEIREDO, M. A. C.; SOUZA, L. B. O Cuidado em HIV/AIDS e a Atenção Primária em Saúde: Possibilidades de Integração da Assistência. **Psico**, v. 43, n. 3, p. 360-7, 2012.

PARAÍBA. Secretaria Estadual de Saúde. **Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga**. Paraíba: 2015. Disponível em: <[http://www.saude.pb.gov.br/web\\_data/apresentacao.shtml](http://www.saude.pb.gov.br/web_data/apresentacao.shtml)>. Acesso em: 7 dez. 2015.

PARKER, R.; AGGLETON, P. **Estigma, discriminação e AIDS**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS- ABIA, 2001.

PAULA, C. C.; CROSSETI, M. G. O. A existencialidade da criança com AIDS: perspectivas para o cuidado de enfermagem. **Esc Anna Nery R Enferm**, v. 12, n. 1, p. 30-8, 2008.

PAULA, E. M. A. T.; FOLTRAN, E.P. Brinquedoteca hospitalar: direito das crianças e adolescentes hospitalizados. **Revista Conexão UEPG**, v.3, n. 1, 2007.

PEREIRA, T. T. S. O.; BARROS, M. N. S.; AUGUSTO, M. C. N. A. O Cuidado em Saúde: o Paradigma Biopsicossocial e a Subjetividade em Foco. **Rev Mental**, v. 17, n. 1, p. 523-536, 2011.

PEREIRA, B. S. et al. Fatores associados à infecção pelo HIV/AIDS entre adolescentes e adultos jovens matriculados em Centro de Testagem e Aconselhamento no Estado da Bahia, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 19, n.3, p.747-758, 2014.

PINHO, I. C. et al. As percepções do enfermeiro acerca da integralidade da assistência. **Rev elet Enf**, v.8, n.1, p.42-51, 2006.

POTRICH, T. et al. Cuidado familiar na adesão à terapia antirretroviral em crianças com HIV/AIDS. **Cogitare Enferm**, v. 18, n. 2, p. 379-386, 2013.

REIS, A. A. C.; CECÍLIO, L. C. O. A política de reestruturação dos hospitais de ensino: notas preliminares sobre os seus impactos na micropolítica da organização hospitalar. **Saúde em Debate**, v. 33, n. 81, p. 88-97, 2009.

RIBEIRO, T. Opiniões e preconceitos em relação a pessoas HIV+ entre jovens universitários. **Rev Saúde e Sociedade**, v. 7, n. 1, p. 267-73, 2008.

RODRIGUES, A. S.; et al. Representações sociais de adolescentes e jovens vivendo com HIV acerca da adolescência, sexualidade e AIDS. **Rev Eletr. Enf**, v. 4, n. 13, 2011.

- SCHAURICH, D.; COELHO, D. F.; MOTTA, M. G. C. A cronicidade no processo saúde-doença: repensando a epidemia da Aids após os anti-retrovirais. **Enfermagem UERJ**, v. 14, n. 3, p. 455-462, 2006.
- SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Rev Saúde Coletiva**, v.17, n. 1, p. 29-41, 2007.
- SCOCHI, C. G. S. et al. Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem no Brasil: avanços e perspectivas. **Rev Brasileira de Enfermagem**, v. 66, p. 80-9, 2013.
- SILVA, C. B. **Atenção à saúde de crianças e adolescentes vivendo com HIV/ AIDS:** avaliação dos familiares/cuidadores. 2014. 88 f. . Dissertação de Mestrado (Pós-graduação em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2014.
- SILVA, L. M. S. et al. Integralidade em saúde: avaliando a articulação e a co-responsabilidade entre o programa saúde da família e um serviço de referência em HIV/AIDS. **Epidemiol Serv Saúde**, v.14, n.2, p. 97-104, 2005.
- SILVA, R. A. R. et al. A epidemia da AIDS no Brasil: Análise do perfil atual. **Rev Enferm UFPE on line**, Recife, v.7, n. 10, p. 6039-46, 2013.
- SILVA, S. F. R. et al. AIDS no Brasil uma epidemia em transformação. **Rev bras anal clin**, v. 42, n. 3, p. 209-12, 2010.
- SILVEIRA, E. A. A.; CARVALHO, A. M. A. Familiares de clientes acometidos pelo HIV/aids e o atendimento prestado em uma unidade laboratorial. **Rev Lat Enferm**, v. 10, n. 6, p. 813-8, 2002.
- SODRÉ, F. et al. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão? **Serv Soc Soc**, n. 114, p. 365-380, 2013.
- SOUZA, L. L. et al. Representações de gênero na prática de enfermagem na perspectiva de estudantes. **Rev Ciências & Cognição**, v. 19, n. 2, p.218-232, 2014.
- VERONESI, R.; FOCACCIA, R. **Tratado de Infectologia**. São Paulo: Atheneu. 5 ed. 2015.
- VIEIRA, M.; PADILHA, M. I. C. S. O Cotidiano das Famílias que convivem com o HIV: um relato de experiência. **Esc Anna Nery R Enferm**, v. 11, n. 2, p. 351-7, 2007.
- WALDOW, V. R. Atualização do cuidado. **Chia**, v. 8, n. 1, p. 85-96, 2008.
- WHO (World Health Organization) **Constitution of the World Health Organization**. WHO: Genebra, 1946.
- \_\_\_\_\_. **Country protocol for developing the WHO quality of life (WHOQOL):** HIV/Aids module. WHO: Genebra, 1997.

# *Apêndices*

---



## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Senhor (a)

Esta pesquisa intitulada “**SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS COM HIV/AIDS: O OLHAR DA EQUIPE DE ENFERMAGEM E AS REPERCUSSÕES PARA O CUIDADO**” está sendo desenvolvida por Irys Karla Cosmo Pereira, aluna do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, *Campus* Cuité, sob orientação da Profa. MSc. Luana Carla Santana Oliveira. A referida pesquisa apresenta como objetivo geral: Compreender a visão da enfermagem acerca da saúde e da qualidade de vida das crianças com HIV/aids e suas repercussões para o cuidado prestado.

A realização dessa pesquisa será possível apenas com a sua participação, por isso solicitamos sua contribuição. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir a qualquer momento. Ressaltamos que os dados serão coletados através de entrevista, na qual haverá algumas perguntas sobre dados pessoais e outras questões voltadas aos objetivos da pesquisa. Os dados coletados farão parte de um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), podendo ser divulgados em eventos científicos, periódicos e outros tanto a nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o seu nome será mantido em sigilo.

Declaramos que não há riscos ou desconfortos potenciais significativos à dimensão física, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano previsíveis que sejam prejudiciais à saúde e bem-estar do participante, todavia aponta-se o risco de constrangimento, uma vez que suas práticas assistenciais serão avaliadas. Não haverá benefícios diretos, considerando sua dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual. Identifica-se como benefício indireto contribuir para a melhoria da prática profissional, a partir de uma reflexão pelos profissionais de enfermagem sobre suas práticas na assistência às crianças com HIV/aids.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir da pesquisa, não sofrerá nenhum dano. As pesquisadoras estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário

em qualquer etapa da pesquisa. Ressalta-se que a pesquisa foi elaborada de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos e atende à Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde - Brasília – DF.

Diante do exposto, agradecemos a sua contribuição na realização dessa pesquisa.

Eu, \_\_\_\_\_,  
concordo em participar dessa pesquisa, declarando que cedo os direitos do material coletado e que fui devidamente esclarecido (a), estando ciente dos objetivos da pesquisa, com a liberdade de retirar o consentimento sem que isso me traga qualquer prejuízo. Estou ciente que receberei uma via desse documento assinado por mim e pelas pesquisadoras.

João Pessoa, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2016.

---

**Irys Karla Cosmo Pereira**

Pesquisadora. Orientanda da Pesquisa de TCC.

---

**Luana Carla Santana Oliveira**

Pesquisadora responsável. Orientadora da Pesquisa de TCC. Professora Auxiliar I do Curso de Bacharelado em Enfermagem - Universidade Federal de Campina Grande, *Campus Cuité*. Sítio Olho D'Água, S/N, Zona Rural, Cuité-PB CEP 58.175-000.

Contatos: (83) 99837-5964 ou (83) 3372-1900. E-mail: luanacarla\_jp@hotmail.com

**Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro**

Rua Dr. Carlos Chagas S/N, São José, CEP: 58.107-670, Campina Grande, Paraíba.

(83) 2101-5545 e (83) 2101-5523. E-mail: [cep@huac.ufcg.edu.br](mailto:cep@huac.ufcg.edu.br)

*Anexos*

---

## ANEXO A – TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM  
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM

### TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo assinados, respectivamente, pesquisadora responsável e pesquisador colaborador da pesquisa intitulada: “Saúde e qualidade de vida de crianças com HIV/aids: o olhar da equipe de enfermagem e as repercussões para a cidade”, assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas complementares, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, outrossim, a nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes à presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo dos questionários correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos, após o seu término. Apresentaremos sempre que solicitado pelo Comitê de Ética em Pesquisas do Hospital Universitário Alcides Carneiro – CEP/HUAC, ou pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, ou, ainda, as Curadorias envolvidas na presente pesquisa, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP/HUAC, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto de Trabalho de Conclusão de Curso - TCC.

Cuité, 26 de fevereiro de 2016.

Irys Karla Cosmo Pereira  
Irys Karla Cosmo Pereira  
Orientador Colaborador da Pesquisa

Luana Carla S. Oliveira  
Luana Carla Santana Oliveira  
Orientadora Responsável da Pesquisa

Dra. Luana Carla S. Oliveira  
PROFESSORA LICENCIADA  
COREN-PE 214837  
SIAPE 2002664

## ANEXO B – TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM  
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM

### TERMO DE COMPROMISSO DA PESQUISADORA RESPONSÁVEL

**Pesquisa Intitulada: "SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS COM HIV/AIDS: O OLHAR DA EQUIPE DE ENFERMAGEM E AS REPERCUSSÕES PARA O CUIDADO".**

Eu, Luana Carla Santana Oliveira, matrícula 2069484, portadora do RG: 3067217 SIDS/PB e CPF: 072.507.984-30, Mestre em Enfermagem, docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande - CES/UFCG, Campina Grande, comprometo-me em cumprir inteiramente as componentes da Resolução 466/2012 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Pela veracidade dessa pesquisa, assino o presente compromisso.

Cuid, 26 de fevereiro de 2016.

*Luana Carla S. Oliveira*

Luana Carla Santana Oliveira  
Orientadora Responsável da Pesquisa

Dr.ª Luana Carla S. Oliveira  
Professora UFPEDES  
CURSO DE ENFERMAGEM  
SAPE 226948

## ANEXO C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM  
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM

### TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Declaro ciência e autorizo a realização do projeto intitulado "SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS COM HIV/AIDS: O OLHAR DA EQUIPE DE ENFERMAGEM E AS REPERCUSSÕES PARA O CUIDADO", da Profa. Mestre Luana Carla Santana Oliveira, tendo como orientanda a discente Irys Karla Cosmo Pereira, matrícula 511120154, regularmente matriculada no Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité. A coleta de dados será realizada pela orientanda. A orientadora será responsável por todos os dados do projeto e o Trabalho de Conclusão de Curso deverá ser repassado à Universidade Federal de Campina Grande para o seu arquivo de pesquisa, em forma de uma cópia impressa e outra em CD.

Cuité, 26 de agosto de 2016.

Profa. Luana Carla Santana Oliveira  
Diretora do CEE  
Cuité, 26/08/2016

Ramilton Marinho da Costa

Diretor do Centro de Educação e Saúde – Cuité/PB

## ANEXO D – CARTA DE ANUÊNCIA DO HOSPITAL I



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COMPLEXO HOSPITALAR DE DOENÇAS INFECTO-  
CONTAGIOSAS - DR. CLEMENTINO FRAGA – C.H.C.F.



NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE - NEP

### DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaramos, para os devidos fins que concordamos em receber IRYS KARLA COSMO PEREIRA, estudante do curso de **Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande**, Atualmente sob a coordenação e orientação da professora Mestre: **Luana Carla Santana Oliveira**, para desenvolver seu projeto de pesquisa intitulado **"SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS COM HIV/AIDS: O OLHAR DA EQUIPE DE ENFERMAGEM E AS REPERCUSSÕES PARA O CUIDADO"**, para fins de conclusão do referido curso. Certo de que o referido estudo trará importantes contribuições, profissionais e à sociedade principalmente.

Devemos ressaltar que a pesquisadora deverá encontrar as condições necessárias para a realização da mesma.

João Pessoa, 14 de fevereiro de 2016

*Adriana Melo Teixeira*  
Diretora do Núcleo de Educação Permanente  
A. de Almeida, 310 - Jd. T. - João Pessoa/PB



**O C.H.C.F. Fazendo saúde pública com qualidade**



Complexo Hospitalar de Doenças Infecto-Contagiosas Dr. Clementino Fraga - C.H.C.F. | 08-778-2600/0035-94  
Rua Estr. Borges Bastos, s/n - Jaguaré - CEP: 58015-270 - João Pessoa/PB - Fone: 32185449 - Fax: 3218-5418  
E-mail: cep\_chc@extmail.com

## ANEXO E – CARTA DE ANUÊNCIA DO HOSPITAL II



### CARTA DE ANUÊNCIA

Liberamos a aluna Irya Karla Cosmo Pereira, orientada pela Professora Luana Carla Santana Oliveira, do curso de Enfermagem, da Universidade Federal de Campina Grande, para obterem, exclusivamente, informações referente a Pesquisa intitulada: Saúde e Qualidade de vida de crianças com HIV/AIDS: o olhar da equipe de enfermagem e as repercussões para o cuidado.

Ciente dos objetivos da informação solicitada serão utilizadas apenas para atividades solicitadas. Concedo a anuência para a captação das informações desde que sejam assegurados o requisito abaixo:

- Não haverá nenhuma despesa para esta instituição

No caso do não cumprimento do item acima, tomo a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Atenciosamente,

João Pessoa, 22 de fevereiro de 2016



Prof. Dr. Ângelo Brito Pereira de Melo  
Gerente de Ensino e Pesquisa

Prof. Dr. Ângelo Brito Pereira de Melo  
Gerente de Ensino e Pesquisa  
EBSERH-UECE

**ANEXO F – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DO HOSPITAL I**

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
ALCIDES CARNEIRO /  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS COM HIV/AIDS: O OLHAR DA EQUIPE DE ENFERMAGEM E AS REPERCUSSÕES PARA O CUIDADO

**Pesquisador:** Luana Carla Santana Oliveira

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 54165016.2.0000.5182

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.469.821

**Apresentação do Projeto:**

As crianças com HIV/aids vêm ganhando evidência no panorama da epidemia, seja pelo seu crescimento epidemiológico, em decorrência do processo de juvenização, ou pelo aumento da sobrevivência daquelas que foram infectadas por meio da transmissão vertical. Estas crianças têm o seu cotidiano modificado, devido à necessidade de um acompanhamento permanente em serviços de saúde, de uso contínuo de medicação e de

possível debilidade imunológica, o que ocasiona um histórico de sucessivas internações hospitalares. Desse modo, ressalta-se a figura do enfermeiro como um profissional atuante no cuidado, e que deve engajar-se na luta pelo atendimento integralizado em todos os espaços de atenção à saúde. Sendo assim, o presente estudo tem como objetivo geral compreender a visão da enfermagem acerca da saúde e da qualidade de vida das crianças com HIV/aids e suas repercussões para o cuidado prestado. Trata-se de um estudo descritivo, transversal e de abordagem qualitativa. O

estudo será realizado nos hospitais de referência para Doenças Infectocontagiosas na cidade de João Pessoa, capital do estado da Paraíba. A amostra será constituída por 20 profissionais da enfermagem que prestam cuidado a crianças com HIV/aids no Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga e no Hospital Universitário Lauro Wanderley. O

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
ALCIDES CARNEIRO /  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 1.469.621

Instrumento que será utilizado para a produção do material empírico será a entrevista semiestruturada. A técnica de análise do material empírico será a análise de discurso de matriz francesa. Em cumprimento à Resolução CNS 466/2012, o projeto será submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa selecionado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), através da Plataforma Brasil, juntamente com os documentos obrigatórios para a submissão.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Compreender a visão da enfermagem acerca da saúde e da qualidade de vida das crianças com HIV/aids e suas repercussões para o cuidado prestado.

**Objetivo Secundário:**

-Apreender a visão da equipe de enfermagem sobre a saúde e a qualidade de vida das crianças com HIV/aids.

-Analisar o cuidado de enfermagem ofertado às crianças com HIV/aids.

-Identificar as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de enfermagem durante o cuidado prestado às crianças com HIV/aids.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Segundo a pesquisadora, não há riscos ou desconfortos potenciais significativos à dimensão física, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano previsíveis que sejam prejudiciais à saúde e bem-estar do participante, todavia aponta-se o risco de constrangimento, uma vez que suas práticas assistenciais serão avaliadas. Não haverá benefícios diretos, considerando sua dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual. Identifica-se como benefício indireto contribuir para a melhoria da prática profissional, a partir de uma reflexão pelos profissionais de enfermagem sobre suas práticas na assistência às crianças com HIV/aids.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de abordagem qualitativa. O estudo será realizado na capital do estado da Paraíba, a cidade de João Pessoa, cidade referência no tratamento da patologia no estado. A população deste estudo será constituída por oitenta (80) profissionais da enfermagem do Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga (30 profissionais) e do Hospital Universitário Lauro Wanderley (50 profissionais). A

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcp.edu.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
ALCIDES CARNEIRO /  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 1.489.821

amostra será formada por vinte (20) profissionais dos referidos hospitais, sendo dez (10) enfermeiros e dez (10) técnicos de enfermagem. Será considerado o seguinte critério de inclusão: enfermeiros e técnicos de enfermagem que tenham assistido uma ou mais crianças com HIV/aids. Para a obtenção da amostra será utilizado o método de saturação. O instrumento que será utilizado para a produção do material empírico será a entrevista, do tipo semiestruturada. As entrevistas serão realizadas em um local que proporcione privacidade aos participantes da pesquisa, no próprio ambiente hospitalar, a partir da aquiescência dos mesmos em colaborar com o estudo por meio do consentimento por escrito, sendo as entrevistas gravadas e posteriormente transcritas pela pesquisadora. A técnica de análise do material empírico será a análise de discurso, de matriz francesa.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A pesquisadora apresentou:

- Informações básicas do projeto;
- Declaração de divulgação dos resultados;
- Folha de rosto;
- TCLE;
- Declaração das instituições onde será realizada a pesquisa;
- Projeto completo;
- Termo de autorização institucional;
- Termo de compromisso das pesquisadoras;
- Instrumento de coleta de dados.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_671665.pdf	14/03/2016 20:09:31		Aceito
Declaração de	divulgacaoprojetoirys.pdf	14/03/2016	Luana Carla	Aceito

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n

Bairro: São José

CEP: 58.107-670

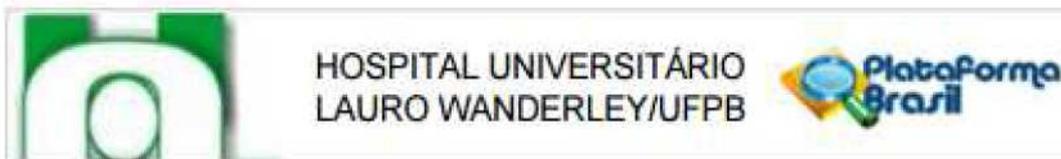
UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)2101-5545

Fax: (83)2101-5523

E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

**ANEXO G – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DO HOSPITAL II****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS COM HIV/AIDS: O OLHAR DA EQUIPE DE ENFERMAGEM E AS REPERCUSSÕES PARA O CUIDADO

**Pesquisador:** Luana Carla Santana Oliveira

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 54165016.2.3001.5183

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.532.340

**Apresentação do Projeto:**

Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem, da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité, da aluna IRYS KARLA COSMO PEREIRA e orientadora Profa. Luana Carla Santana Oliveira.

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e de abordagem qualitativa, que será realizado nos hospitais de referência para Doenças Infectocontagiosas na cidade de João Pessoa, capital do estado da Paraíba. A amostra será formada por aproximadamente vinte (20) profissionais de enfermagem que prestam cuidado a crianças com HIV/aids no Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga e no Hospital Universitário Lauro Wanderley, sendo dez (10) enfermeiros e dez (10) técnicos de enfermagem. Será considerado o seguinte critério de inclusão: enfermeiros e técnicos de enfermagem que tenham assistido uma ou mais crianças com HIV/aids. Para a obtenção da amostra será utilizado o método de saturação, que consiste na suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passarem a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados. O instrumento que será utilizado para a produção do material empírico será a entrevista semi-estruturada, com roteiro que conterà as questões de investigação, incluindo a caracterização dos participantes da pesquisa e perguntas norteadoras sobre a visão da



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
LAURO WANDERLEY/UFPA



Continuação do Parecer: 1.532.340

enfermagem acerca da saúde e da qualidade de vida das crianças com HIV/aids e suas repercussões para o cuidado prestado. A técnica de análise do material empírico será a análise de discurso de matriz francesa.

**Objetivo da Pesquisa:**

**1 OBJETIVO GERAL**

Compreender a visão da enfermagem acerca da saúde e da qualidade de vida das crianças com HIV/aids e suas repercussões para o cuidado prestado.

**2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Apreender a visão da equipe de enfermagem sobre a saúde e a qualidade de vida das crianças com HIV/aids.

Analisar o cuidado de enfermagem ofertado às crianças com HIV/aids.

Identificar as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de enfermagem durante o cuidado prestado às crianças com HIV/aids.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos e benefícios decorrentes do estudo em tela foram adequadamente avaliados pela pesquisadora responsável, sendo declarados no protocolo de pesquisa e no TCLE.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

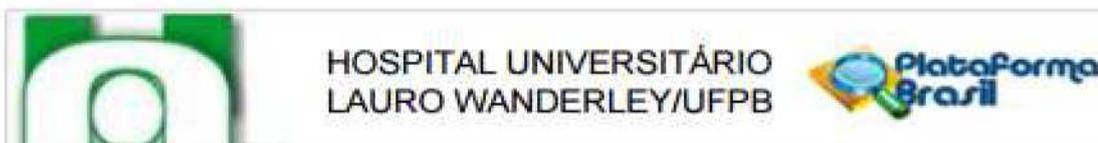
O estudo proposto apresenta temática relevante com possibilidade de contribuições para prática assistencial de enfermagem à crianças portadoras de HIV/Aids a partir de reflexões que possam emergir dos resultados encontrados.

O protocolo de pesquisa encontra-se documentalente bem instruído; com detalhamento dos aspectos éticos e metodológicos adequados, atendendo aos critérios mínimos exigidos pela Resolução 466/2012, do CNS. No entanto, ressaltamos que a pesquisadora não deverá utilizar os codinomes citados no estudo para os participantes voluntários, considerando que por trata-se de nomes de pessoas com representação social no meio artístico, e que eram portadores de HIV/Aids, doença infectocontagiosa permeada de medos e tabus, possa trazer algum desconforto ou rejeição a algum(ns) dos participantes.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos necessários para avaliação do protocolo de pesquisa foram adequadamente apresentados, em consonância com a Resolução 466/2012, do CNS., MS.

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPA.  
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 58.059-900  
 UF: PA Município: JOAO PESSOA  
 Telefone: (83)3216-7964 Fax: (83)3216-7522 E-mail: comitedeetica@hulw.ufpa.br



Continuação do Parecer: 1.532.340

#### **Recomendações:**

Recomendamos que a pesquisadora responsável reveja a proposta de utilizar nomes de artistas que eram portadores de HIV/AIDS, conforme justificativas mencionadas no item "comentários e considerações sobre a pesquisa".

Recomenda-se ainda que a pesquisadora responsável e demais colaboradores, CUMPRAM, EM TODAS AS FASES DO ESTUDO, A METODOLOGIA PROPOSTA E APROVADA PELO CEP-HULW. Caso ocorram intercorrências durante ou após o desenvolvimento da pesquisa, a exemplo de alteração de título, mudança de local da pesquisa, população envolvida, entre outras, o pesquisador responsável deverá solicitar a este CEP, via Plataforma Brasil, aprovação de tais alterações, ou buscar devidas orientações.

#### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Após avaliação do projeto de pesquisa e diante das observâncias contidas na Resolução 466/2012, do CNS, MS, somos favoráveis ao desenvolvimento do estudo, enfatizando a seguinte recomendação:

1. Rever a proposta de utilização de codinomes de artistas que já tiveram HIV/AIDS, conforme explicitados nos itens anteriores deste parecer, sob a égide de evitar constrangimentos aos participantes do estudo.

#### **Considerações Finais a critério do CEP:**

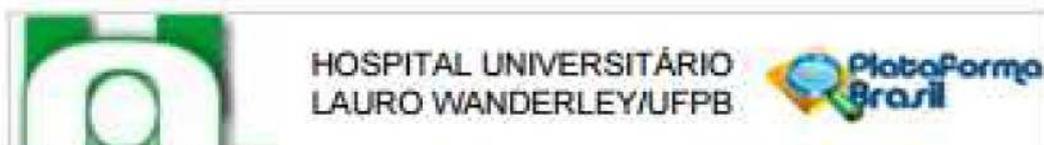
Ratificamos o parecer de APROVAÇÃO emitido pelo Colegiado do CEP/HULW, em Reunião Ordinária realizada no dia 26 de abril de 2016.

Ressaltamos que, antes de iniciar a pesquisa, o pesquisador responsável deverá comparecer a este CEP, para receber o PARECER CONSUBSTANCIADO DE APROVAÇÃO do projeto.

#### **OBSERVAÇÕES IMPORTANTES**

- . O participante da pesquisa deverá receber uma via do Termo de Consentimento na íntegra, com assinaturas do pesquisador responsável e do participante e/ou do responsável legal. Se o TCLE contiver mais de uma folha, todas devem ser rubricadas e apor assinatura na última folha.
- . O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer dano ou prejuízo à assistência que esteja recebendo.
- . O pesquisador deverá desenvolver a pesquisa conforme delineamento aprovado no protocolo de pesquisa e só descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.  
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 58.059-900  
 UF: PB Município: JOAO PESSOA  
 Telefone: (83)3216-7964 Fax: (83)3216-7522 E-mail: comitedeetica@hulw.ufpb.br



Continuação do Parecer: 1.532.340

CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.

. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP/HULW de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

. Lembramos que é de responsabilidade do pesquisador assegurar que o local onde a pesquisa será realizada ofereça condições plenas de funcionamento garantindo assim a segurança e o bem estar dos participantes da pesquisa e de quaisquer outros envolvidos.

Ao término do estudo, o pesquisador deverá apresentar, online via Plataforma Brasil, através de Notificação, o Relatório final ao CEP/HULW para emissão da Certidão Definitiva por este CEP.. Informamos que qualquer alteração no projeto, dificuldades, assim como os eventos adversos deverão ser comunicados a este Comitê de Ética em Pesquisa através do Pesquisador responsável uma vez que, após aprovação da pesquisa o CEP-HULW torna-se co-responsável.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_671665.pdf	14/03/2016 20:09:31		Aceito
Declaração de Pesquisadores	divulgacaoprojetoreys.pdf	14/03/2016 20:09:01	Luana Carla Santana Oliveira	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_671665.pdf	02/03/2016 17:26:48		Aceito
Folha de Rosto	Folhaderostoassinada.pdf	02/03/2016 17:16:23	Luana Carla Santana Oliveira	Aceito
Outros	AnuenciadHU.pdf	02/03/2016 16:20:01	Luana Carla Santana Oliveira	Aceito
Outros	Anuenciadementinofraga.pdf	02/03/2016 16:18:39	Luana Carla Santana Oliveira	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCE.pdf	02/03/2016 16:17:52	Luana Carla Santana Oliveira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termodeautorizacaoinsitucionalpdf.pdf	02/03/2016 16:17:23	Luana Carla Santana Oliveira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termodecompromissodapesquisadorareponsavelpdf.pdf	02/03/2016 16:16:50	Luana Carla Santana Oliveira	Aceito

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.  
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 58.059-900  
 UF: PB Município: JOÃO PESSOA  
 Telefone: (83)3216-7964 Fax: (83)3216-7522 E-mail: comitedetica@hulw.ufpb.br