



FABIANI WEISS PEREIRA

**AS TRANSFORMAÇÕES DO CUIDADO DE SAÚDE E ENFERMAGEM EM
TEMPOS DE AIDS: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ENFERMEIROS E
DEMAIS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO SUL DO BRASIL**

RIO GRANDE

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE- FURG
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

**AS TRANSFORMAÇÕES DO CUIDADO DE SAÚDE E ENFERMAGEM EM
TEMPOS DE AIDS: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ENFERMEIROS E
DEMAIS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO SUL DO BRASIL**

FABIANI WEISS PEREIRA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem e saúde. Linha de Pesquisa: Tecnologias de Enfermagem/Saúde a Indivíduos e Grupos Sociais.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Adriana Dora da Fonseca

RIO GRANDE

2014

P436t Pereira, Fabiani Weiss.
As transformações do cuidado de saúde e enfermagem em tempos de
aids: representações sociais de enfermeiros e demais profissionais de saúde
no sul do Brasil / Fabiani Weiss Pereira. – 2014.
109 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande/FURG,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Orientadora: Dr^a. Adriana Dora da Fonseca.

1. Enfermagem. 2. Síndrome da imunodeficiência adquirida. 3. Pessoal
de saúde. I. Fonseca, Adriana Dora da. II. Título.

CDU 616-083

Catálogo na fonte: Bibliotecária Flávia Reis de Oliveira CRB10/1946

FABIANI WEISS PEREIRA

**AS TRANSFORMAÇÕES DO CUIDADO DE SAÚDE E ENFERMAGEM EM
TEMPOS DE AIDS: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ENFERMEIROS E
DEMAIS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO SUL DO BRASIL**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de **Mestre em Enfermagem** e aprovada na sua versão final em (16/12/2014), atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.

Mara Regina Santos da Silva

Mara Regina Santos da Silva

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem- FURG

BANCA EXAMINADORA
<i>Adriana Dora da Fonseca</i> Dra Adriana Dora da Fonseca- Presidente (FURG)
<i>Geani Farias Machado Fernandes</i> Dra Geani Farias Machado Fernandes- Membro Interno (FURG)
<i>Sérgio Corrêa Marques</i> Dro Sérgio Corrêa Marques- Membro Externo (UERJ)
 Dra Vera Lúcia de Oliveira Gomes- Suplente Interno (FURG)
 Dra Denize Cristina de Oliveira- Suplente Externo (UERJ)

Dedico este trabalho,

À minha mãe, Marli Weiss, por ser meu exemplo de vida e meu alicerce.
Ao meu irmão, Henrique Weiss, por me ensinar a ser a cada dia uma
pessoa melhor e por tornar meus dias, mesmo com toda a distância que
nos separa, mais divertidos e coloridos.

AGRADECIMENTOS

A Deus pelos pensamentos que me inspirastes, por guiar meu caminho, iluminar todos os dias da minha vida e me dar forças de superar todos os desafios.

À minha mãe, Marli Weiss, por sempre acreditar em mim. Mesmo com toda a distância, você parecia estar comigo em todos os minutos. Obrigada pelos valores que me passaste mãe, você é meu exemplo de vida e é me espelhando em você que sigo este caminho de estudo e dedicação, minha melhor professora e melhor amiga, obrigada!

Ao meu irmão, Henrique Weiss, um anjo que Deus colocou na minha vida, obrigada pelo incentivo, apoio e por acreditar sempre em mim.

Às minhas primas Isadora e Andréia e meus tios Suzane e Clóvis, portos seguros nessa caminhada, era em Porto Alegre, no lar de vocês, que eu me sentia fortalecida, acolhida e amada, obrigada por todo apoio.

À minha orientadora, Dra. Adriana Dora da Fonseca, aprendi muito durante nossa trajetória, obrigada pelas tuas contribuições, lições e oportunidades.

Agradeço também a todos os colegas do grupo de pesquisa, e a professora Dra. Vera de Oliveira Gomes, sempre prestativa e disponível em todos os momentos com muitos livros maravilhosos sobre as Representações Sociais.

Meu reconhecimento à Dra. Denize Cristina de Oliveira, coordenadora nacional do projeto de pesquisa o qual este estudo fez parte, obrigada pela oportunidade de aprendizado.

Agradeço à banca examinadora, bem como aos suplentes, pela colaboração, disponibilidade e contribuições nesta conquista acadêmica. Por ocasião de minha qualificação do projeto e agora nesta fase final, obrigada Dra. Geani Farias Machado Fernandes e Dro. Sérgio Côrrea Marques.

Agradeço a todos que de certa forma fizeram parte da minha trajetória acadêmica, muito obrigada!

RESUMO

PEREIRA, Fabiani Weiss. **AS TRANSFORMAÇÕES DO CUIDADO DE SAÚDE E ENFERMAGEM EM TEMPOS DE AIDS: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ENFERMEIROS E DEMAIS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO SUL DO BRASIL**. 2014. 109f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande/RS.

Em todo o território nacional o estado do Rio Grande do Sul ocupa o primeiro lugar no *ranking* de taxa de detecção de aids, patologia que desde seu surgimento, apresentou-se como um objeto de estudo para os profissionais da saúde, pela necessidade de ser desvelada e pelo imenso desafio a ser enfrentado cotidianamente nas práticas profissionais de cuidado, devido ao constructo histórico ligado às fases da epidemia. Dessa forma, a Teoria das Representações Sociais mostra-se adequada, pois um objeto de estudo só é capaz de gerar representação social se tiver relevância cultural e espessura social. Este estudo faz parte de uma pesquisa multicêntrica intitulada “As Transformações do Cuidado de Saúde e Enfermagem em Tempos de aids: representações sociais e memórias de enfermeiros e profissionais de saúde do Brasil. Objetiva-se analisar as representações sociais das práticas profissionais de cuidado voltadas ao HIV/aids, de enfermeiros e demais profissionais de saúde, que desenvolvem as ações no Programa Nacional de DST/AIDS, na cidade do Rio Grande/RS. Foi realizado nos dois serviços que desenvolvem ações do Programa Municipal DST/AIDS. Coletou-se os dados a partir de entrevistas, realizadas com 19 profissionais, de nível médio e superior, no período entre outubro de 2012 e abril de 2013, e provenientes do banco de dados da pesquisa multicêntrica, a qual contou com a participação de docentes da Universidade Federal do Rio Grande e de integrantes do Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem, Gênero e Sociedade. O projeto nacional foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande, sob parecer de nº 091/2010. Utilizou-se a análise de conteúdo de Bardin sistematizada por Oliveira. Foram originadas nove categorias e dessas quatro foram analisadas em dois artigos. O

primeiro referente às práticas profissionais de cuidado diante da transformação da aids e outro referente a cronificação da aids e a saúde pública. Os resultados mostram que existe uma transformação evidente na representação das práticas profissionais de cuidado, por meio de um processo de mudança que vem sendo operado nas representações sociais da aids, com a introdução da possibilidade de convivência com a doença e a diminuição da importância da morte, principalmente após o advento da terapia antirretroviral. Evidenciando que atualmente o empirismo do cuidado social está em evidência, visto que há preocupação maior não está em torno da morte e sim das relações sociais. Ainda, apontam que a representação social da prática profissional é embasada na humanização do cuidado, no sucesso terapêutico e na prosperidade na qualidade de vida dos pacientes, principalmente pela disponibilidade e gratuidade das medicações, facilidade de acesso a exames, entre outros. Constatou-se que em relação à prevenção há necessidades de maiores investimentos. Conclui-se que os enfermeiros e demais profissionais de saúde reconhecem a dimensão relacional e não só a tecnológica do cuidado, e, ainda, que a representação social da prática profissional de cuidado da maioria não é visualizada apenas em torno da doença, mas do ser humano em sua integralidade.

Descritores: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Pessoal de saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

Throughout all national territory, the state of Rio Grande do Sul occupies the first place on the *ranking* of AIDS detection rate, pathology that since its appearance, presented itself as an object of study for health professionals, by the necessity to be unveiled and for the huge challenge faced daily in the professional practices of care, due to historical construction linked to epidemic. This way, the Theory of Social Representations has proven adequate, because an object of study is only able to generate social representation if it has cultural relevance and social thickness. This study is part of multicenter research entitled “The Transformation of Health Care and Nursing in times of aids: social representations and memories of nurses and health professionals in Brazil”. The objective is to analyze the social representations of professional practices of care focused on HIV / AIDS, of nurses and other health professionals, who develop the actions at National Program of STD / AIDS in the city of Rio Grande / RS. Was carried at the two services that develop actions of Municipal Program STD/AIDS. The data were collected from interviews, held with 19 professionals, middle and senior levels, between October 2012 and April 2013, and coming from the multicenter study database, which involved the participation of teachers from *Universidade Federal do Rio Grande* and members of *Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem, Gênero e Sociedade*. The national project was approved by *Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande*, under opinion of nº 091/2010. Was used Bardin’s content analysis systematized by Oliveira. Nine categories were originated in which four were analyzed in two articles. The first related to professional practices of care against AIDS transformation and another related to chronicity of AIDS and public health. The results show that there is a evident change in the representation of professional practices of care, through a process of change that has been operated in the social representations of AIDS, with the introduction of the possibility of living with the disease and to decrease the importance of death, especially after the advent of antiretroviral therapy. Evidencing that currently empiricism of social care is in evidence, since there is a bigger concern not around death but of social relations. Also show that the social representation of professional practice is grounded in humanization of care, in therapeutic success and prosperity in the quality of life of the patients, mainly by the availability and gratuity of medications, ease of access to tests, among others. It was found that in regard to prevention there is greater investment needs. We conclude that nurses and other health professionals recognize the relational dimension and not only the technological care, and also that the social representation of professional practice of care of most is not displayed just around the disease, but the human being in its integrality.

Descriptor: Acquired Immunodeficiency Syndrome. Health personnel. Nursing

RESUMEN

En todo el país el estado de Rio Grande do Sul ocupa el primer lugar en el ranking de tasa de detección del SIDA, patología que desde sus inicios, se presenta como un objeto de estudio para los profesionales de la salud, la necesidad de que se hará público y el inmenso desafío que enfrentan diariamente en el cuidado de la práctica profesional, debido a la barrera histórica sobre las etapas de la epidemia. Así, la teoría de las representaciones sociales ha demostrado ser adecuada, como un objeto de estudio sólo es capaz de generar la representación social si tiene relevancia cultural y el espesor social. Este estudio es parte de un estudio multicéntrico, titulado "La Transformación de Salud y Cuidados de Enfermería en el SIDA Horario: representaciones sociales y memorias de las enfermeras y profesionales de la salud en Brasil. El objetivo es analizar las representaciones sociales de las prácticas profesionales de fin de VIH/SIDA, enfermeras y otros profesionales de la salud, que desarrollan las acciones del Programa Nacional de ITS/SIDA en la ciudad de Río Grande/RS. Se llevó a cabo en los dos sectores con acciones de Municipal de ETS/SIDA. Los datos recogidos a partir de entrevistas con 19 profesionales, los niveles medio y superior, entre octubre de 2012 y abril de 2013, y de la base de datos del estudio multicéntrico, que incluyó la participación de los docentes la Universidad Federal de Río Grande y los miembros del Grupo de Estudios e Investigación en Enfermería, Género y Sociedad. El proyecto nacional fue aprobado por el Comité Ético de Investigación de la Universidad Federal de Río Grande, en el consejo de No 091/2010. Se utilizó el análisis de contenido de Bardin sistematizada por Oliveira. Nueve categorías se originaron y estos cuatro fueron analizados en dos artículos. La primera se refiere al cuidado de prácticas profesionales en la transformación de SIDA y otra relativa a la cronicidad SIDA y la salud pública. Los resultados muestran que hay un cambio claro en la representación de las prácticas profesionales de la salud a través de un proceso de cambio que se ha operado en las representaciones sociales del SIDA, con la introducción de la posibilidad de vivir con la enfermedad y disminuir la importancia de la muerte, sobre todo después de la llegada de la terapia antirretroviral. Actualmente mostrando que el empirismo de atención social está en evidencia, ya que hay una mayor preocupación no es la muerte sino de las relaciones sociales. También muestran que la representación social de la práctica

profesional se basa en la humanización de la atención en el éxito terapéutico y la prosperidad en la calidad de vida de los pacientes, principalmente por la disponibilidad de los medicamentos y la gratuidad, la facilidad de acceso a las pruebas, entre otros. Se encontró que con respecto a mayores necesidades de inversión de prevención. Llegamos a la conclusión de que las enfermeras y otros profesionales de la salud reconocen la dimensión relacional y no sólo la atención tecnológica, y también que la representación social de la práctica profesional de la mayor parte de la atención no se muestra a la vuelta de la enfermedad, sino de ser humano en su totalidad.

Descriptores: Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. Personal de salud. Enfermería.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 OBJETIVO.....	18
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	19
3.1 Revisão histórica e contextualização clínico-epidemiológica do HIV/aids.....	19
3.2 As fases da epidemia e a evolução das práticas de cuidado ao longo dessas quatro décadas.....	23
3.3 O cenário de atendimento aos portadores de HIV/aids na cidade do Rio Grande/RS.....	26
3.4 Revisão integrativa aids e representações sociais.....	28
3.4.1 As representações sociais da aids no mundo.....	31
3.4.2 As práticas de cuidado aos pacientes com HIV/aids.....	33
3.4.3 Representação social contemporânea e estratégias de enfrentamento.....	35
4 REFERENCIAL TEÓRICO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	39
5 CAMINHO METODOLÓGICO.....	45
5.1 Tipo de estudo.....	45
5.2 Participantes e local de estudo.....	45
5.3 Estratégias de coleta de dados.....	47
5.4 Análise dos dados.....	47
5.5 Aspectos éticos.....	49
6 RESULTADOS.....	50
6.1 Artigo 1.....	51
6.2 Artigo 2.....	70
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	88

REFERÊNCIAS.....	90
APÊNDICES	96
Apêndice A.....	97
Apêndice B.....	98
Apêndice C.....	99
ANEXOS.....	100
Anexo A.....	102
Anexo B.....	108
AnexoC.....	109

1 INTRODUÇÃO

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) ou *Acquired Immunity Deficiency Syndrome* (aids) começaram a aterrorizar o mundo no final da década de setenta, mais especificamente com o aparecimento nos EUA, Haiti e África Central de uma nova e misteriosa doença, que atingia, prioritariamente, pessoas do sexo masculino. Havia, na época, uma ausência total de conhecimentos sobre a doença e seus determinantes, assim, foi batizada, na época, como Doença dos 5 Hs, por acometer inicialmente homossexuais, hemofílicos, haitianos, heroinômanos (usuários de heroína injetável) e hookers (nome em inglês dado às profissionais do sexo) (BRASIL, 2013a).

Somente no início dos anos oitenta é que surgiram as primeiras preocupações das autoridades de saúde pública mundiais e o investimento em pesquisas, buscando descobrir, principalmente, o modo de transmissão desta patologia que atingia o sistema imunológico deixando as pessoas infectadas vulneráveis a inúmeras patologias, inclusive a um simples resfriado. Ainda, os sinais e sintomas levavam ao emagrecimento e a morte, em curto espaço de tempo. Assim, sua história foi marcada pela rápida letalidade desde o surgimento dos primeiros casos, em 1980 nos Estados Unidos e 1982, no Brasil (OLIVEIRA, 2013).

Estima-se que no ano de 2012 cerca de 35,3 milhões de pessoas vivem com HIV no mundo, ocorrendo aproximadamente 2,3 milhões de novas infecções (UNAIDS, 2013). Nos últimos 10 anos, a taxa de detecção no Brasil, sofreu uma elevação de cerca de 2%, com diferenças significativas entre as 27 unidades de federação (BRASIL, 2013). No Rio Grande do Sul as taxas de detecção de aids são maiores que a média nacional (20,2/100.000 hab) e o estado possui 41,4% de casos, configurando-se com a maior taxa apresentada desde 2006, ocupando o primeiro lugar no *ranking* nacional de taxa de detecção de aids (BRASIL, 2013b).

Nesse contexto os dados evidenciam a necessidade de ações, já que ao longo dos anos a aids vem sendo caracterizada por profundas mudanças, principalmente em relação as respostas políticas e sociais, bem como as categorias de exposição (GOMES et al., 2010). Dessa forma a aids com o passar dos anos, configurou e ainda configura-se

como uma doença de transformação em suas diversas dimensões (OLIVEIRA, 2013).

Com o advento da Terapia Antirretroviral (TARV), a qual teve seu primeiro medicamento instituído no Brasil em 1987, cinco anos após o primeiro caso de aids notificado na cidade de São Paulo (BRASIL, 2011) a doença ainda é um desafio para a Saúde Pública. No início da epidemia, receber o diagnóstico positivo poderia ser considerado como uma sentença de morte e apenas a partir do ano de 1991, com o início da aquisição gratuita dos antirretrovirais, a expectativa de vida das pessoas acometidas pela aids alcançou índices positivos (BRASIL, 2011).

A caracterização dos sujeitos nos primeiros anos de epidemia era, na maioria dos casos, observada em homens em nível mundial, marcando assim o início da constituição de representação sobre essa doença, que atualmente é um agravo com progressiva redução da relação masculino/feminino (GRANJEIRO; ESCUDER; CASTILHOS, 2010; CARTER et al., 2013). Outra característica foi à interiorização da epidemia, fato comprovado pelo aumento de novos casos em municípios localizados no interior do Brasil, como é o caso do Rio Grande/RS (BRASIL, 2013b), cidade onde foi desenvolvido este estudo.

A cidade do Rio Grande (RS), pólo portuário-industrial do sul do Brasil, ocupou a sexta posição em casos notificados de aids entre as cidades do interior do Estado, no período de 1980 a 2002 (BRASIL, 2002). Após esse período a incidência diminuiu e no ano de 2010 encontrava-se em vigésima oitava posição (BRASIL, 2011), porém, atualmente, encontra-se em sétima posição no ranking da taxa de detecção (por 100.000 habitantes) de casos de aids notificados, dos 20 municípios com mais de 50 mil habitantes por região de residência, sendo averiguado casos quase pareados entre homens e mulheres (BRASIL, 2013b).

Outra questão importante refere-se aos profissionais de saúde que a partir da década de 90 passaram a enfrentar uma situação marcada, por um lado, pela presença de mulheres e conseqüentemente de crianças entre as pessoas doentes e, por outro lado, pela universalização da TARV estabelecida pela Lei 9313/96 (BRASIL, 1996). Esses dois contextos, epidemiológico e político, fomentaram a transformação das representações dos profissionais de saúde, fortemente influenciadas pelas diferentes possibilidades de enfrentamento da doença (OLIVEIRA, 2013).

Assim, a aids desde o seu surgimento apresentou-se como um objeto de estudo para os profissionais da saúde, já que se configurava como uma patologia a ser

desvelada e um imenso desafio a ser enfrentado cotidianamente nas práticas de cuidado, devido ao constructo histórico da doença, ligada as fases da epidemia, as quais permearam e permeiam as práticas de cuidado em saúde dos diferentes profissionais. Dessa forma, a Teoria das Representações Sociais (TRS), que embasou este estudo, mostra-se adequada já que, um objeto de estudo só é capaz de gerar representação social se tiver “relevância cultural e espessura social” (SÁ, 1998, p.45).

Nesse contexto, destaca-se a enfermagem com sua prática e ensino, norteados pelas ciências humanas e sociais, a qual proporciona a compreensão, reflexão e análise do comportamento humano, necessários ao bom desenvolvimento das práticas de cuidado (ARAÚJO; SANNA, 2011), principalmente em relação a aids, que nos seus primórdios era tratada como uma questão essencialmente biomédica, e que passou a ser entendida como um evento coletivo e uma construção social (OLIVEIRA, 2011).

Sabe-se que as práticas profissionais de saúde sofrem transformações em função dos contextos das políticas de saúde, bem como das práticas e dos valores sociais e também das representações formadas por diferentes grupos profissionais, portanto as práticas profissionais, e particularmente a categoria do cuidado humano prestado pelo enfermeiro, são também objeto de representação (FORMOZO; OLIVEIRA, 2010).

Dessa forma, frente a um período de dedicação acadêmica e profissional no campo da assistência em saúde a pessoas com HIV/aids, ao ingressar no Mestrado a temática HIV/aids reemergiu na vida da autora como um instigante desafio no campo da pesquisa científica. E com isso surgiu o primeiro questionamento: o que investigar em um cenário tão amplo? Remetendo-se às experiências anteriores da autora e buscando uma maior aproximação com a temática, o estudo em questão foi inserido na pesquisa multicêntrica intitulada “As Transformações do Cuidado de Saúde e Enfermagem em Tempos de aids: representações sociais e memórias de enfermeiros e profissionais de saúde do Brasil”, coordenado em nível nacional pela doutora Denize Cristina de Oliveira, da UERJ, e, em Rio Grande, pela doutora Geani Farias Machado Fernandes.

A inserção na pesquisa foi decisiva para a contemplação de uma abordagem que tivesse relevância de cunho social, mas que também fosse capaz de apreciar as inquietações neste cenário específico. Como já explanado, ao analisar o contexto histórico da aids desde o seu surgimento, percebeu-se que as práticas de cuidado em HIV/aids vinham sofrendo modificações significativas ao longo dos anos, este fator também foi decisivo pela opção na inserção do estudo multicêntrico.

Dessa forma, a investigação surge do seguinte questionamento: quais as representações sociais das práticas profissionais de cuidado voltadas ao HIV/aids, desenvolvidas por enfermeiros e profissionais de saúde que atuam no Programa Nacional de DST/aids?

Este estudo justifica-se, ainda, por entender que é a partir da teoria das representações sociais que se pode compreender a realidade simbólica das práticas de cuidado às pessoas vivendo com HIV/aids, buscando estratégias que auxiliem a orientar ações de saúde mais adequadas e satisfatórias voltadas a essa população.

2 OBJETIVO

Analisar as representações sociais das práticas profissionais de cuidado voltadas ao HIV/aids, de enfermeiros e demais profissionais de saúde, que desenvolvem as ações no Programa Nacional de DST/aids, na cidade do Rio Grande/RS.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A presente revisão de literatura está dividida em quatro subcapítulos. O primeiro inclui uma breve revisão histórica do HIV/aids e sua contextualização clínico-epidemiológica. O segundo se refere às fases da epidemia e a evolução das práticas de cuidado ao longo dessas quatro décadas. O terceiro discorre sobre o cenário de atendimento aos portadores de HIV/aids, na cidade do Rio Grande/RS, desde que surgiram os primeiros casos da doença. No quarto subcapítulo é apresentado o conhecimento reificado sobre representações sociais e aids, nos últimos cinco anos, por meio de uma revisão integrativa.

3.1 Revisão histórica e contextualização clínico-epidemiológica do HIV/aids

A aids foi inicialmente denominada de “KSOP” (*Kaposi Sarcoma Opportunistic Infectio*) (EPIDEMIOLOGIC, 1982; DIFUSE, 1982), também já foi considerada “*gay compromise syndrome*” (Síndrome que acomete gays) (BRENNAN; DURACK, 1981). Outras denominações surgiram como: “GRID” (*Gay-related immune deficiency* - Imunodeficiência relacionada a gays), “AID” (*acquired immunodeficiency disease*-doença da imunodeficiência adquirida), “*Câncer gay*” e “*community-acquired immune dysfunction*” (imuno disfunção adquirida na comunidade) (ALTMAN, 1982).

Devido à identificação de casos em hemofílicos, poli-transfundidos e usuários de drogas injetáveis (UDI) a maioria das denominações tornou-se inadequada e o acrônimo aids foi sugerido em um encontro ocorrido na cidade de Washington, no mês de julho do ano de 1982, sendo então assim denominado até os dias atuais (FERREIRA; LOUREIRO, 2008).

Inicialmente pouco se sabia sobre a transmissão da aids. Em maio de 1983, em Paris, o Instituto Pasteur relatou o isolamento de um novo vírus, que seria o provável agente etiológico da aids, o qual foi denominado posteriormente de LAV, HTLV III e, por consenso, em 1986, HIV (*Human Immunodeficiency Virus*- Vírus da Imunodeficiência Humana ou VIH) (COFIN et al., 1986).

Nesse contexto, a aids caracteriza-se como uma doença a qual se manifesta após a infecção do organismo pelo HIV. A transmissão ocorre por meio de transfusão de

sangue contaminado, sêmen, secreção vaginal, ou por meio vertical durante a gestação e/ou aleitamento materno da pessoa infectada (BRASIL, 2013c).

Infectados são os portadores assintomáticos que são diagnosticados por meio de exame laboratorial, mas que também podem não saber de sua situação sorológica, sendo provável que existam inúmeras pessoas nessa situação, já os casos de aids são pessoas HIV positivas com algum critério de definição de caso, com debilidade nos Linfócitos T-CD4+, os quais são evidenciados em exames laboratoriais em uma quantidade abaixo de 350, ou pessoas acometidas por doenças oportunistas. Sendo que somente os casos de aids são notificados e entram na análise epidemiológica (FERREIRA; LOUREIRO, 2008).

As questões clínicas causadas no organismo pelo HIV/aids, acarretam, como já evidenciado, a debilidade de linfócitos TCD4, responsáveis pelas respostas de defesa do organismo, favorecendo a instalação de doenças oportunistas, as quais podem provocar até mesmo a morte. A queda progressiva da contagem de linfócitos T-CD4+ está diretamente relacionada à velocidade da replicação viral e progressão para a aids (PENNA et al., 2011; BRASIL, 2013c).

Assim, quanto ao monitoramento laboratorial, à avaliação dos níveis de carga viral e T-CD4+ ganham importante destaque no contexto de assistência em saúde, uma vez que é por meio deles que os profissionais conseguem avaliar com precisão a evolução clínica, desde a infecção pelo vírus HIV até culminar na conversão para a patologia (PENNA et al., 2011).

Os primeiros casos de aids foram detectados na África e nos Estados Unidos, tendo a epidemia adquirido importância no decorrer da década de 1980, sendo que ainda se constitui um enigma a questão de sua origem. Acredita-se que a infecção tenha surgido na África, admitindo-se a hipótese de que o vírus precursor tenha passado de primatas para o ser humano, embora não se tenha explicação presumível sobre o mecanismo pelo qual isso teria ocorrido (TAKEHISA et al., 2009).

No Brasil, os relatos sobre a aids chegaram antes que os primeiros casos da doença fossem notificados no país, o que a classificou no início da década de 1980 como um “mal de folhetim”, já que as publicações na imprensa sobre a aids eram repletas de moralismo e preconceito, sobretudo acerca de questões como homossexualidade, grupos e comportamento de risco (PEREIRA; NICHATA, 2011), além de questões referentes à alta letalidade, as quais provocavam temores e estigmas

sociais (FERREIRA; LOUREIRO, 2008).

A identificação dos primeiros casos de aids no Brasil foi em São Paulo, em 1982, a partir de então o país despertou para a necessidade de estabelecer estratégias de enfrentamento a esta problemática. Tal fato culminou com a criação em 1983 do Programa de aids do Estado de São Paulo e com a consolidação em 1988 do Programa Nacional de aids, destacando-se o estabelecimento da notificação compulsória, a criação de um serviço de informação e a participação da comunidade (PEREIRA; NICHIATA, 2011; FERREIRA; LOUREIRO, 2008).

No Rio Grande do Sul, inicialmente o Serviço de Dermatologia Sanitária (SDS) era o setor responsável pela Vigilância Epidemiológica das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e da aids, a primeira ficha de notificação da doença foi implantada no Rio Grande do Sul (RS) de acordo com o modelo do programa de aids do estado de São Paulo, que foi o pioneiro no Brasil. Um item que mereceu destaque nesse documento foi a menção acerca do uso de nitrito de amilo. Essa substância era muito usada como afrodisíaco por homens homossexuais de *Los Angeles e San Francisco*, sendo designada como uma possível causa da imunodeficiência de origem tóxica, antes que o HIV fosse inicialmente isolado no Instituto *Pasteur*, em Paris, no final do ano de 1983 (FERREIRA; LOUREIRO, 2008).

Em 1985 foi criada a Divisão Nacional de DST/aids com a criação deste novo órgão governamental os critérios e modelos de ficha de notificação passaram a ser definidos pelo Ministério da Saúde. Em 1991, no RS o Serviço de Dermatologia Sanitária foi desmembrado do Serviço de Controle da aids e em 1999 a vigilância da aids começou a ser descentralizada (FERREIRA; LOUREIRO, 2008).

Com o Programa Nacional de aids o Brasil adquiriu destaque internacional, sobretudo após a entrada do Banco Mundial em 1992, como parceiro na liberação de recursos financeiros para investimento no controle da doença e decisão do governo federal de garantir o acesso universal e gratuito aos medicamentos na rede pública de saúde. O Banco Mundial é o grande financiador das atividades relacionadas à aids no Brasil (PEREIRA; NICHIATA, 2011), principalmente em relação aos medicamentos contra a aids, os quais foram instituídos no Brasil de forma universal no ano de 1996 (LOYOLA, 2008; FERREIRA; LOUREIRO, 2008). Tais medidas tiveram como consequência o aumento na sobrevivência e a melhora na qualidade de vida dos portadores do HIV, ampliando seu acesso aos serviços de saúde (PEREIRA; NICHIATA, 2011).

No que se refere à questão epidemiológica a aids configura-se como um problema de proporções mundiais e de expressivo impacto nas relações sociais e econômicas (GARCIA; KOYAMA, 2008). Para sua mensuração epidemiológica é imprescindível à compreensão do cálculo da taxa de incidência e de prevalência. O primeiro refere-se ao número de casos novos por ano em relação à população e é por meio dessa análise que é possível detectar as tendências da epidemia. Já o segundo cálculo depende da incidência e do número de óbitos, ele é o número de casos existentes que mensuram a situação real da epidemia (FERREIRA; LOUREIRO, 2008).

De acordo com o Ministério da Saúde, no ano de 2012 foram notificados 39.185 casos de aids no Brasil. A taxa de detecção nacional foi de 20,2 casos para cada 100.000 habitantes, o último boletim epidemiológico evidencia que a maior taxa de detecção foi observada na Região Sul, 41,4/100.000 habitantes, seguida pela Região Norte (21,0), Região Sudeste (20,1), Região Centro-Oeste (19,5), e Região Nordeste (14,8) (BRASIL, 2013b).

O levantamento realizado entre jovens indica que houve aumento na prevalência do HIV nessa população e que, atualmente, ainda há mais casos da doença entre os homens do que entre as mulheres, embora essa diferença venha diminuindo ao longo dos anos (BRASIL, 2013b).

Em relação à forma de transmissão há a prevalência da sexual, do total de 16.464 casos de aids no sexo masculino notificados no Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN) no ano de 2012, 18,3% não possuem a informação da categoria de exposição. Mas entre os que apresentam essa informação (13.447), 52,7% são heterossexuais, 32,0% homossexuais, 9,4% bissexuais, 5,2% usuários de drogas injetáveis (UDI) e 0,7% ocorreram por transmissão vertical. Nos últimos 10 anos, observa-se um aumento de cerca de 22% na proporção de casos em homossexuais e bissexuais (HSH) e uma redução de 3% de heterossexuais. (BRASIL, 2013b).

Em relação às mulheres, do total de 8.622 casos notificados no SINAN no mesmo ano, 91,2% possuem a informação da categoria de exposição. Dessas, 96,6% são em heterossexuais, 2,5% em UDI, 0,8% ocorreram por transmissão vertical e 0,1% por transfusão. Em ambos os sexos, nos últimos 10 anos, observa-se uma diminuição na proporção de casos de aids em UDI de cerca de 65% em homens e 48% em mulheres (BRASIL, 2013b). Em relação ao coeficiente de mortalidade, esse vem se mantendo estável no país (BRASIL, 2013b).

3.2 As fases da epidemia e a evolução das práticas de cuidado ao longo dessas quatro décadas

Retratando as diferentes fases percorridas pela epidemia do HIV, seu início configurou-se na delimitação das pessoas dentro dos chamados grupos de riscos, deslocando-se posteriormente para a concepção de comportamentos de risco, até chegar na atualidade em que se busca deslocar o discurso preventivo, embasado no conceito de práticas e comportamentos de risco, para o incremento do poder de decisão e cidadania (GOMES et al., 2012).

A concepção de grupo de risco surgiu em decorrência da associação da aids a grupos populacionais específicos, caracterizados pelos homossexuais, usuários de drogas e profissionais do sexo (GARCIA; KOYAMA, 2008). A aids, então designada pejorativamente na mídia como “doença dos homossexuais” e “câncer gay”, tinha a sua transmissão intrinsecamente relacionada ao comportamento, sobretudo sexual. A partir de então, muitas especulações foram executadas, algumas extremamente equivocadas acerca da origem e transmissão da doença (GALVÃO, 2000).

Após esta fase inicial, caracterizada pela ênfase aos chamados grupos de risco, passou-se a ser instalado um discurso preventivo-normativo e homofóbico. Assim, na segunda fase, compreendida entre 1985 e 1988, houve um deslocamento do discurso de grupo de risco para o de "comportamento de risco", já que as transformações evidenciadas no perfil epidemiológico, juntamente com as pressões geradas por grupos sociais destacavam que a transmissão do HIV não estava restrita a grupos específicos (SOUZA; CZERESNIA, 2010).

Objetivando retirar o peso do estigma aos grupos de risco, universalizar a preocupação com o controle da infecção e envolver os indivíduos com a prevenção, as estratégias de intervenção foram direcionadas aos diferentes públicos e fundamentadas em atitudes e discursos menos punitivos, focalizados no estabelecimento de práticas seguras de prevenção à infecção (SOUZA; CZERESNIA, 2010).

Entretanto, embora tais discursos amenizassem os aspectos discriminatórios e estigmatizantes introduzidos a partir do conceito de grupos de risco, estes não conseguiram ser excluídos totalmente, na medida em que a prevenção se mantinha focada em condutas, hábitos e práticas sexuais com tendência a colocar o sujeito como o

único responsável pela falha ou sucesso na prevenção da infecção (SOUZA; CZERESNIA, 2010).

Atualmente, a epidemia da aids se caracteriza pela suscetibilidade dos indivíduos de maneira global, ou vulnerabilidade, levando em consideração o aumento da infecção na população feminina, de baixa escolaridade e na interiorização para os municípios de baixo e médio porte (GOMES et al., 2012). Faz-se necessário o reconhecimento das mudanças acerca do HIV e das medidas implementadas, desfocando nestes 40 anos de epidemia, o conceito de grupos e comportamentos de risco. Porém, ainda há necessidade de implantação de estratégias assistenciais de ampliação da abordagem social, cultural e comportamental do paciente, já que as fases dessa epidemia estão fortemente atreladas à representação das práticas de cuidado desenvolvidas pelos enfermeiros e demais profissionais de saúde.

Devido ao perfil representacional caracterizado inicialmente pela morte e pelo medo, nas décadas de 80 e 90, além da insuficiência de conhecimentos científicos, as práticas profissionais de cuidado foram caracterizadas de forma exacerbadas por meio do distanciamento físico e uso de técnicas de autoproteção, como também, pelo distanciamento psicossocial; já nas décadas de 90 e início dos anos 2000, as práticas profissionais começaram a se estruturar devido às descobertas científicas, a introdução dos antirretrovirais, tecnologias e novas formas de cuidar em saúde, as quais começaram a assegurar a vida e respaldar os profissionais acerca da proteção (OLIVEIRA, 2013)

Nos anos 2000 a 2010 houve mudanças “no processo de determinação das relações entre pensamento e ação” (OLIVEIRA, 2013, p.8) nos profissionais de saúde, com maior estruturação devido aos modos de cuidar em saúde e os novos conteúdos psicossociais da aids e da pessoa com aids, assim atualmente observa-se um processo de naturalização da aids no conjunto das doenças crônicas em virtude da ancoragem recente (OLIVEIRA, 2013).

Porém, sabe-se que o estigma e o preconceito ainda estão presentes na sociedade e entre as práticas profissionais, devido ao contexto histórico da aids, já explicitado e diretamente relacionado às suas fases. Por isso, é importante observar o processo de mudança em relação a aids e seus estigmas, ocorrido desde o início da doença, até a fase atual, principalmente com o advento da terapia antirretroviral. Ainda, parece que a vida e a esperança ainda continuam em paralelo com a negatividade, especialmente em virtude do medo e do preconceito (OLIVEIRA, 2013). Dessa forma, o estudo sobre as

transformações das práticas do cuidado faz-se essencial na dinâmica das representações sociais, pois a temática do HIV e da aids traz implicações para a sociedade em suas diversas dimensões, perpassando por aspectos objetivos e subjetivos (OLIVEIRA et al., 2011).

Não há respostas simples para o enfrentamento e a eliminação do estigma e da discriminação da aids, portanto faz-se necessário unir esforços para a compreensão e o delineamento de ações mais eficazes, de acordo com os contextos culturais específicos, sendo fundamental não pensar sobre a aids como a doença do outro (GARCIA; KOYAMA, 2008).

Assim, os profissionais de saúde, em especial da Enfermagem, inseridos no contexto das práticas de cuidado aos pacientes com HIV/aids, assumem o compromisso de proporcionar um cuidado que consiga contemplar a complexidade do seu processo de adoecimento, já que acredita-se que as mudanças efetivas somente serão concretizadas se os profissionais detiverem consciência acerca do seu papel diante do contexto da aids. Vale enfatizar, que a atuação dos profissionais de saúde envolvidos neste processo apresenta-se com relevância ímpar, fazendo-se necessário uma assistência que consiga transcender as questões biológicas da doença, acolhendo o paciente, considerando suas particularidades e subjetividades (MACÊDO; SENA; MIRANDA, 2012), já que o processo do cuidar humano está intimamente relacionado com um processo de interação entre os seres humanos, sendo o cuidar humano a dimensão da prática profissional (WATSON, 1985). Portanto, a assistência em saúde pode e deve reportar-se como um resgate à essência da vida, o limiar entre a simplicidade e a complexidade que envolve o processo de cuidado irá se configurar de acordo com a maneira como a prática de cuidado é conduzida pelo profissional de saúde, uma vez que o cuidado tem procedências na pessoa humana e na motivação (OLIVEIRA, 2013).

Por isso, além dos conhecimentos técnicos, precisa-se conhecer como os pacientes (con) vivem, resistem e sobrevivem a doença, a dor, a alegria, a tristeza, o sofrimento, as angústias, os prazeres, a fragilidade, enfim, cabe ao enfermeiro aprender a lidar com a pessoa e a sua diversidade no mundo (MACÊDO; SENA; MIRANDA, 2012).

Dessa forma, é fundamental que os profissionais de saúde desenvolvam a prática do cuidado pautada na humanização. Portanto, evidencia-se a importância do exercício de uma prática de ação-reflexão cooperativa, de indagação e implicação do sujeito a ser cuidado, utilizando um arsenal teórico e metodológico que possa envolver o sujeito,

buscando por possibilidades para uma ressignificação de suas ações (LUZ; MIRANDA, 2010).

As intervenções em enfermagem “precisam ser deslocadas do corpo em desequilíbrio, para os sujeitos em suas expressões coletivas e individuais, a partir das suas condições concretas – objetivas e subjetivas – de existência” (OLIVEIRA et al., 2011, p.841), assim ao reconhecer o caráter histórico dos determinantes sociais, políticos e econômicos do processo saúde-doença, busca-se por romper com o modelo normatizador, isso implica no respeito ao universo cultural das pessoas e, principalmente, na ideia de saberes tanto populares, quanto científicos, ambos de forma dinâmica, para possibilitar a construção compartilhada do conhecimento e de formas de cuidado diferenciadas a partir dessa construção (ACIOLI, 2008).

3.3 O cenário de atendimento aos portadores de HIV/aids na cidade do Rio Grande/RS

A cidade do Rio Grande é considerada a mais antiga do Rio Grande do Sul, possui o único porto marítimo do Estado, sendo de colonização portuguesa (SILVA; SILVEIRA; SASSI, 2008) e está localizada na margem sul do canal que liga a Lagoa dos Patos ao Oceano Atlântico e possui aproximadamente 200 mil habitantes (RIO GRANDE, 2013). É uma cidade portuária, balneária, universitária e com evidente potencial turístico, características essas que acabam por contribuir para a ocorrência de população flutuante, em número inestimado, mas que causa impacto na saúde, durante todo o ano devido a essa população que não está vinculada ao censo do IBGE (CARVALHO; DOMINGUES, 2010).

Atualmente o município vem passando por uma importante reestruturação portuária, destacando-se a modernização e o desenvolvimento do pólo naval e de estaleiros, com a construção de plataformas petrolíferas, sendo considerado como um dos principais portos brasileiros, e um dos mais importantes do Mercosul. A cidade sedia também universidades, com destaque especial para a Universidade Federal do Rio Grande – FURG, a única universidade do Brasil com perspectivas ecossistêmicas.

Destaca-se que Rio Grande esteve em evidência nos maiores índices epidemiológicos, principalmente devido às características do município, e em relação às consequências relacionadas à prostituição, tráfico de drogas e intenso fluxo de

caminhões, constatadas durante todo o espaço cronológico da epidemia de aids (SILVA; SILVEIRA; SASSI, 2008).

Em relação aos outros municípios, Rio Grande teve suas primeiras ações de luta contra a aids, referentes a atendimentos e prevenção, desenvolvidas no Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. (HU) da FURG. Após alguns anos, houve a união com as Organizações não Governamentais (ONGs) e com a Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura Municipal, sendo que a história das práticas de cuidado aos pacientes com aids no município é considerada de idealismo, unindo força e trabalho a desafios e parcerias (SILVA; SILVEIRA; SASSI, 2008).

Foi por meio da iniciativa de três médicos docentes que atuavam no HU e que se uniram na luta contra esta nova e desconhecida doença, que as praticas de cuidado aos pacientes soropositivos tiveram início. O apoio da instituição foi de extrema importância para as primeiras ações de combate a epidemia na cidade, pois o HU era um hospital jovem, que ainda não tinha dependências próprias. Muitas foram as dificuldades que aos poucos foram sendo superadas, com luta e esforço conjuntos.

No ano de 1989 foram organizados os laboratórios de microbactérias, de micologia e patologia, nos quais atuavam docentes e outros especialistas, originando o embrião de um novo serviço que foi aos poucos se consolidando e hoje se constitui no Serviço de HIV/aids do HU (SILVA; SILVEIRA; SASSI, 2008).

O primeiro caso na cidade foi peculiar, pois ocorreu em uma mulher, na fase em que a totalidade das infecções acometia os homens, isso ocorreu em 1987. Após esse evento, ocorria pelo menos um diagnóstico da doença por ano na cidade em 1990, sendo que após a constatação de oito casos, estabeleceu-se então a epidemia, fortemente atrelada às características mundiais, ou seja, de discriminação ocasionadas pelo medo e pela morte devido ao desconhecimento da doença (SILVA; SILVEIRA; SASSI, 2008).

Os primeiros pacientes eram atendidos apenas por médicos e inexistia um serviço específico, assim iniciou-se o investimento em informação e prevenção, nessa época uma enfermeira agregou-se ao grupo protagonista e, logo após, mais uma psicóloga e uma assistente social começaram a atuar no serviço. Por meio de um projeto de extensão começou-se a realização de palestras em escolas de nível fundamental e médio, bem como nas indústrias locais. Em 1990, o HU iniciou a realização de testes para detecção da infecção pelo HIV, com aconselhamento pré e pós-teste, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) (SILVA; SILVEIRA; SASSI, 2008).

No ano de 1992, ampliou-se a área física destinada aos pacientes soropositivos no HU e a equipe multiprofissional foi ampliada. Em 1997, após aprovação do Conselho Municipal de Saúde, a SMS começou a fornecer todos os medicamentos necessários para o tratamento ambulatorial, atitude que se mantém até hoje. Em 1998, já havia uma área destinada ao atendimento ambulatorial, além disso, as capacitações eram cada vez mais intensas e em parceria com outras universidades (SILVA; SILVEIRA; SASSI, 2008).

Além disso, no mesmo ano, graças a mobilizações políticas, implantou-se o laboratório responsável pela realização de testes de Imunofluorescência e dosagem de carga viral e contagem de linfócitos T CD4+, para todos os 27 municípios que compõe a 3ª e a 7ª Coordenadorias Regionais de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, ainda, o serviço ambulatorial se consolidou como um Serviço Ambulatorial Especializado (SAE) (SILVA; SILVEIRA; SASSI, 2008).

Importante se faz mencionar que nenhuma ação seria eficaz se não houvesse parcerias do HU com outras instituições, as quais foram essenciais para as ações em HIV/aids do município, atualmente a SMS, parceira constante do HU na luta contra a aids, também possui um laboratório de apoio para os testes necessários e sua área física foi modernizada com recursos do Programa Municipal de DST/AIDS (SILVA; SILVEIRA; SASSI, 2008).

Os desafios referentes à epidemia de aids são constantes e ocorrem em nível mundial, porém as características iniciais que contextualizaram as primeiras ações de combate a aids no município do Rio Grande, evidenciam capacidade e habilidade, além de entusiasmo e engajamento de todos, permitindo um olhar para o futuro com certa serenidade (SILVA; SILVEIRA; SASSI, 2008).

3.4 Revisão integrativa sobre representações sociais e aids

Para a confecção desta revisão integrativa, em nível internacional, os seguintes critérios de inclusão foram adotados no momento da pesquisa: ano de publicação de janeiro de 2008 à outubro de 2013, que estivessem disponíveis na íntegra e que fossem gratuitos, que fossem periódicos científicos, além de textos que abordassem a questão da aids, representações sociais e práticas relacionadas ao cuidado de profissionais de saúde, por isso escolheu-se como delimitadores da busca as palavras-chaves: Síndrome

da Imunodeficiência Adquirida e Representação Social, o motivo de escolher palavras-chave é devido a inexistência do descritor Representação Social.

Com a coleta dos dados, verificaram-se inicialmente na base de dados PUBMED, 5815 publicações relacionados com a palavra-chave, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; ao filtrar, acrescentando outra palavra-chave, Representação Social, emergiram 9 trabalhos; e ao inserir o ano de publicação (2008 a outubro de 2013), bem como a existência de textos disponíveis na íntegra e gratuitos, foram selecionados 7 (sete) artigos. Após análise dos 7 (sete) artigos, pode-se averiguar que 3 (três) artigos não apresentavam em seu conteúdo as representações sociais, portanto restaram 4 (quatro) artigos para o corpus de análise.

Na base de dados SCIELO, foram encontradas 248 publicações relacionados com a palavra-chave: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; ao filtrar, acrescentando outra palavra-chave: Representação Social, emergiram 3 (três) trabalhos. Após filtro selecionando artigos na íntegra, gratuitos e ano de publicação manteve-se os 3 (três) inicialmente encontrados, sendo que 1 (um) deles repetiu-se com a base de dados Pubmed, restando, portanto, dois trabalhos para análise do corpus.

Na base de dados EBSCO, emergiram 196 publicações com a palavra-chave Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; ao filtrar com a outra palavra-chave Representação Social, emergiram 49 trabalhos. Após filtro com o ano de publicação restaram 30 publicações, com a inserção do filtro textos completos e disponíveis na íntegra restaram 19 trabalhos. Destes, restaram 4 (quatro) trabalhos para a análise do corpus, já que havia artigos que não eram periódicos científicos (6); e que não abordavam as questões da aids, representações sociais e práticas de cuidado dos profissionais de saúde (9).

O total de trabalhos das três bases de dados pesquisadas que compuseram o corpus de análise foram 10 trabalhos os quais serão expostos no quadro a seguir:

QUADRO 1: Descrição das publicações, quanto ao código de referência, título da publicação, fonte, ano, base de dados e tipo de estudo

Cód.	Título da publicação	Fonte	Ano	Base de dados	Tipo de estudo
1	Pessoas com HIV/Aids nas representações sociais de enfermeiros: análise dos elementos	Rev. Latino-Am. Enfermagem	2012	PUBMED	Quantitativo

	centrais, contranormativos e atitudinais				
2	Can AIDS stigma be reduced to poverty stigma? Exploring Zimbabwean children's representations of poverty and AIDS	Blackwell Publishing Ltd, Children's representations of poverty and AIDS	2011	PUBMED	Qualitativo
3	Representaciones sociales de calidad de vida relacionada con la salud en personas con VIH/SIDA, Medellín, Colombia	Rev. salud pública	2010	PUBMED	Qualitativo
4	Exploring children's stigmatisation of AIDS-affected children in Zimbabwe through drawings and stories	Soc Sci Med.	2010	PUBMED	Qualitativo
5	Representações sociais da AIDS para pessoas que vivem com HIV e suas interfaces cotidianas	Rev. Latino-Am. Enfermagem	2011	SCIELO	Qualitativo
6	Representações sociais das DST/aids elaboradas por gestantes	Texto Contexto Enferm	2009	SCIELO	Qualitativo
7	Auto-proteção profissional e cuidado de enfermagem ao paciente soropositivo ao HIV: duas facetas de uma representação	Acta Paul Enferm.	2009	EBSCO	Qualitativo
8	A família da criança soropositiva: um estudo de representações sociais de enfermeiros	Rev. Eletr. Enf.	2012	EBSCO	Qualitativo
9	Representações sociais do cuidado prestado aos pacientes soropositivos ao HIV	Rev Bras Enferm	2010	EBSCO	Qualitativo
10	Representações sociais de adolescentes e jovens vivendo com HIV acerca da adolescência, sexualidade e AIDS	Rev. Eletr. Enf.	2011	EBSCO	Qualitativo

Verificou-se na análise efetuada que as abordagens qualitativas se sobressaíram em relação à quantitativa, quanto ao ano de publicação os estudos compreendem desde 2009 até 2013. No que se refere às técnicas de análise as mais utilizadas nos dez artigos avaliados foram: análises de conteúdo (3), análise de discurso (1), sendo algumas com suporte dos *softwares Evoc* (3); *alceste* (2); *tri-deux-mots* (1). Todos os estudos utilizaram a TRS, a maioria foi realizado no Brasil (7), mas foram encontrados dois em Zimbabwe rural e um na Colômbia. Em relação aos participantes, pode-se verificar estudos com diferentes parcelas da população, porém não encontrou-se nenhum que abordasse os idosos.

Os artigos que compuseram o *corpus* de análise foram categorizados de acordo com as temáticas, dessa forma elencou-se três categorias que serão explanadas a seguir:

3.4.1 As representações sociais da aids no mundo

Pesquisas realizadas no Zimbabwe Rural com o objetivo de comparar a existência de estigmas em crianças acometidas pela aids e crianças em situação de extrema pobreza (mas que não possuíam a doença) evidenciaram que houve a presença de estigmatização relacionada ao fator psicossocial apenas nas crianças doentes, já nas crianças pobres à falta de recursos financeiros. Os autores associam a estigmatização social, evidenciada principalmente pelo isolamento das crianças, aos mitos e repercussão histórica da aids (CAMPPEL et al., 2010; CAMPPEL et al., 2011). A metodologia aplicada para a análise dos dados consistiu na análise estrutural com o uso do *software evoc*, além de técnicas de análise dos desenhos produzidos pelas crianças, comparando as diferentes situações a que se encontravam no cotidiano (pobreza e aids).

Outro estudo desenvolvido na Colômbia sobre a qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com HIV/aids explicita de forma clara a importância e necessidade do estudo das representações sociais para entender e desvelar significados (JAIBERTH; ARIAS, 2010). Além disso, os autores evidenciaram três dimensões da qualidade de vida relacionada com a saúde de pessoas acometidas pela aids: biológica, psicológica e social. Na biológica a representação está ligada ao estado de saúde e ao funcionamento físico, sendo a prestação dos serviços de saúde central para essas pessoas, pois propicia o acesso à assistência clínica e ao tratamento com antirretrovirais (JAIBERTH; ARIAS, 2010).

Na dimensão psicológica as representações estão associadas inicialmente a desesperança e decepção, alterando-se com o tempo para otimismo, adaptação e cronicidade. Também é enfatizada a necessidade de mudança nos projetos de vida, redefinição de prioridades e adaptação a uma nova realidade pela aceitação do diagnóstico e necessidade de dispor de um bom nível de informação em saúde. Já o domínio social, a representação gira em torno do estigma, apoio ou distanciamento da família, amigos ou colegas de trabalho (JAIBERTH; ARIAS, 2010).

Este estudo também salienta a existência de representações sociais atreladas às condutas sexuais de risco, como: promiscuidade e relação sexual sem proteção, bem como ao uso de álcool e outras drogas (JAIBERTH; ARIAS, 2010). Resultado semelhante foi encontrado na pesquisa desenvolvida no Rio de Janeiro, em um Hospital público municipal, referenciado para pessoas acometidas pela aids, em que 70% das pessoas entrevistadas referiram sentimento de culpa por acreditarem terem adotado comportamento de risco ao contrair o HIV (GOMES; SILVA; OLIVEIRA, 2011).

De forma similar, estudos realizados em Teresina, com gestantes soropositivas para o HIV; e, no Rio de Janeiro, com familiares de crianças soropositivas, evidenciaram a RS de medo atrelada a culpabilização em razão de as pessoas ainda julgarem existir e estar em grupos de riscos devido aos seus comportamentos individuais (DAMASCENO et al., 2009; BARBOSA et al., 2012).

A inadequação do conceito de comportamento de risco refere-se à percepção errônea sob a ótica individualista e culpabilizante, sabe-se que nada se resolve culpando as pessoas por suas atitudes ou as rotulando, mas provavelmente a solução esteja na compreensão dos motivos que condicionam as pessoas e grupos a estar em situações vulneráveis à infecção pelo vírus (GOMES; SILVA; OLIVEIRA, 2011).

O conteúdo representacional morte não aparece na centralidade dos estudos analisados, como ocorria com pesquisas anteriores, realizadas na primeira década da epidemia. Isto pode significar um processo de mudança representacional, provavelmente associado ao sucesso da terapia com antirretrovirais, como o aumento da sobrevivência e a adaptação à convivência com a doença (COSTA et al., 2012; GOMES; SILVA; OLIVEIRA, 2011; RODRIGUES et al., 2011).

3.4.2 As práticas profissionais de cuidado aos pacientes com HIV/aids

As práticas profissionais de saúde estão alicerçadas no cuidado, o qual consiste em uma técnica antiga no mundo. Dessa forma essas práticas estão em constante transformação e de maneira significativa, principalmente no campo da saúde, já que esse campo responde a uma pluralidade de necessidades, ou seja, às demandas tecnológicas de alta, média e baixa complexidade e também os espaços aonde as pessoas vivem os seus cotidianos. Estas transformações estão envoltas em desafios aos pesquisadores da saúde, principalmente da enfermagem, já que procuram uma articulação entre o progresso técnico, as organizações sociais bem como o ser cuidado e a família. Além disso, com o cuidado de enfermagem é possível diagnosticar, reconhecer, implementar e avaliar estratégias, promovendo condições de um viver saudável e em benefício do bem comum (SILVA; LAVACA, 2010).

A partir disso, realizou-se a revisão integrativa em busca de achados que demonstrassem como as praticas profissionais de cuidado são desenvolvidas em diferentes contextos e países. Nos estudos desenvolvidos no Zimbabwe rural houve lacunas em relação às explicações acerca das práticas de cuidado desenvolvidas pelos profissionais de saúde, os quais não foram citados em nenhum momento nos estudos. O que ficou evidente foi o sofrimento das crianças diante da orfandade, bem como da situação de adoecimento. A pesquisa não cita nenhuma estratégia e não evidencia nenhum cuidado de saúde prestado a essas crianças (CAMPPEL et al., 2010; CAMPPEL et al., 2011).

Já na Colômbia foi realizado um estudo sobre a qualidade de vida de usuários acometidos pela aids, o qual demonstrou a relevância e necessidade do desenvolvimento de educação em saúde, que deve ser realizado por equipe interdisciplinar com apoio multidimensional, como uma estratégia de prática de cuidado (JAIBERTH; ARIAS, 2010).

Ainda em relação à educação em saúde, a atuação profissional e as práticas de cuidado, devem ter como estratégia de enfrentamento questões relacionadas principalmente aos estigmas, discriminações e preconceitos, ainda atribuídos à aids (JAIBERTH; ARIAS, 2010; GOMES; SILVA; OLIVEIRA, 2011). Além disso, faz-se necessário o desenvolvimento de uma educação em saúde problematizadora e freireana

como importante ferramenta no processo de empoderamento, levando em consideração a realidade das pessoas (BARBOSA et al., 2012).

O cuidado de enfermagem foi evidenciado como essencial para as pessoas acometidas pela aids, muitas vezes os médicos não esclarecem as dúvidas e não revelam o diagnóstico (FORMOZO; OLIVEIRA, 2010). O cuidado de enfermagem envolve, dentre outras coisas, o ambiente, os valores e formação de determinado espaço de simbolização, sendo que é por meio da Representação Social (RS) que se torna possível captar a realidade simbólica que muitas vezes acaba passando despercebida, e, possui forte poder de orientar as ações dos grupos sociais (FORMOZO; OLIVEIRA, 2009).

Estudo realizado com cerca de trinta enfermeiros em um hospital do Rio de Janeiro evidenciou que em relação às práticas de cuidado, o toque foi percebido na maioria das vezes, apenas como proximidade técnica, devido ao medo do contágio (COSTA et al., 2012). Semelhante a esse achado, estudo realizado também no Rio de Janeiro com profissionais enfermeiros e auxiliares, demonstrou certo preconceito por parte dos profissionais de saúde, devido à faceta atribuída à autoproteção e não ao cuidado com o outro (FORMOZO; OLIVEIRA, 2009).

Por meio da análise da Zona Muda, considerada por Abric (2005) uma região de difícil explicitação das representações sociais, esse fenômeno aconteceria para determinados tipos de objetos fortemente marcados por valores e normas sociais, como é o caso da aids. Assim, o autor destaca que em algumas situações pode ser detectada uma dupla faceta da representação social: uma explícita, que é a verbalizada pelas pessoas, e que geralmente sofre influência da normatividade e do que a sociedade julga politicamente correto; e outra, não explícita, a qual consiste na zona muda ou mascarada. Essa constitui-se em crenças e percepções que não podem ser expressas pelas pessoas, porque colocam em jogo valores e normas determinadas socialmente.

Pesquisa desenvolvida com enfermeiros de um hospital universitário do Rio de Janeiro evidenciou um mascaramento nas representações sociais das práticas de cuidado, pois a estigmatização foi vista como pensamento dos “outros”, principalmente em relação à promiscuidade e à homossexualidade. O estudo evidenciou ainda um discurso normativo acerca da importância da utilização de medidas de proteção individual para cuidar de pacientes com HIV/aids, o que se contradiz em outros estudos que enfatizam a negligência no uso desses equipamentos (COSTA et al., 2012).

O cuidado de enfermagem se revela como um conjunto de ações, procedimentos e valores que transcendem ao tempo de ação, ele abraça diferentes gerações com o intuito de imprimir realizações e bem-estar, sendo um modo de estar com o outro, no que se refere as questões especiais da vida das pessoas e de suas relações sociais incluindo o nascimento, a promoção e recuperação da saúde e a própria morte (SOUZA et al., 2005). Ainda, consiste na essência da profissão e compreende duas esferas distintas, ou seja, uma objetiva se referindo as técnicas e procedimentos e outra subjetiva, que se baseia na sensibilidade, interação e criatividade para cuidar de outro ser (SILVA; LAVACA, 2010; SOUZA et al., 2005).

Dessa forma, as práticas profissionais de cuidado na enfermagem baseiam-se em ações permeadas na construção da cidadania, já que potencializa a expressão do cidadão em sua existência social. O cuidado ao longo da vida fomenta a autonomia e dignidade do ser e, ao readquirir a autonomia do ponto de vista do ser saudável, a enfermagem promove e insere a humanização da vida, agregando uma série de ações profissionais de natureza própria da enfermagem e que se concretiza em prática multidisciplinar e com sustentação teórica apoiada, inclusive em outras ciências (SOUZA et al., 2005).

3.4.3 Representação social contemporânea e estratégias de enfrentamento

Constatou-se nos estudos analisados uma ancoragem da aids relacionada à lógica dos conceitos de grupo de risco e comportamento de risco, fortemente empregados no início da epidemia, e que permanece no discurso social vigente, gerando sentimentos individuais de culpa, por parte das pessoas acometidas pela doença, e fortalecimento de estigmas sociais. Também conduzem ações de promoção de saúde e prevenção de doenças orientadas sob uma ótica individualista (GOMES; SILVA; OLIVEIRA, 2011).

Ainda, como foi enfatizado anteriormente, o conteúdo representacional morte não faz parte do elemento central das representações sociais, principalmente nas análises estruturais (CAMPPEL et al., 2010; CAMPBELL et al., 2011; COSTA et al., 2012). A mudança desta representação pode estar condicionada ao aumento da sobrevivência devido à introdução de antirretrovirais. Assim, a morte passa a dar lugar a representação da vida, da sobrevivência e da cronicidade (GOMES; SILVA; OLIVEIRA, 2011; JAIBERTH; ARIAS, 2010).

No entanto, acredita-se que mesmo com a evolução da Terapia Antirretroviral (TAV), a qual melhorou significativamente a qualidade de vida dos pacientes, o que se revela é que as pessoas acometidas pela aids ainda enfrentam sérios problemas sociais, principalmente associados aos estigmas. Sabe-se que o tratamento para a aids existe, mas o tratamento para a estigmatização, discriminação e preconceito está longe de ser superado, já que segundo Gomes; Silva e Oliveira (2011), a imagem da aids continua sendo relacionada às condutas desviantes.

Evidencia-se que o sofrimento e os sentimentos negativos presentes na representação social acerca da aids ancoram-se no conceito de morte social, ocasionada pela discriminação e preconceito, tanto na representação de pacientes como também de profissionais de saúde (COSTA et al., 2012; JAIBERTH; ARIAS, 2010; GOMES; SILVA; OLIVEIRA, 2011; DAMASCENO et al., 2009; RODRIGUES et al., 2011). Como forma de enfrentamento as pessoas soropositivas apresentam estratégias de enfrentamento ou de sobrevivência social, como manter em segredo seu diagnóstico (JAIBERTH; ARIAS, 2010; GOMES; SILVA; OLIVEIRA, 2011).

Essa realidade esta presente na sociedade em geral, e, em alguns casos, também faz parte da conduta de profissionais de saúde, o que causa preocupação, pois acredita-se que atitudes que envolvam a estigmatização, a discriminação e o preconceito deveriam passar longe de pessoas potencialmente detentoras do saber, ou seja, dos profissionais de saúde, os quais detém o saber reificado e que deveriam servir de exemplo para as demais categorias profissionais, bem como para toda sociedade. A provável argumentação para a manutenção de condutas discriminatórias centra-se no medo da contaminação. Estudo no Rio de Janeiro aponta que as medidas de biossegurança são utilizadas com maior cuidado quando os profissionais conhecem a soro positividade do que quando desconhecem (FORMOZO; OLIVEIRA, 2009).

Em um estudo desenvolvido com adolescentes, em um centro de referencia para aids na Bahia, os autores constataram a não aceitação como a principal representação social (RODRIGUES et al., 2011), além disso, sentimentos de depressão e até mesmo a baixa adesão ao tratamento com os antirretrovirais também foram evidenciados (DAMASCENO et al., 2009; GOMES; SILVA; OLIVEIRA, 2011).

Dessa forma, faz-se necessário a educação permanente de profissionais de saúde, em especial de enfermeiros que aborde a temática incluindo o contexto histórico da aids reportando para as fases da doença desde os anos 80 até a atualidade (FORMOZO;

OLIVEIRA, 2010). Sabe-se que desde a década de 90 houve uma importante mudança no modo de pensar sobre HIV/aids, desde o momento em que se buscou superar a contradição entre os conceitos grupo de risco e vulnerabilidade (GOMES; SILVA; OLIVEIRA, 2011).

É chegada a hora de acabar com a lógica de conceito de risco cujo foco é a prevenção sob uma ótica individualista e culpabilizante. É preciso compreender a complexidade deste fenômeno social denominado aids, o qual possui múltiplas facetas, que podem ser de cunho objetivo (acesso à informação) ou subjetivo (autonomia) (GOMES; SILVA; OLIVEIRA, 2011). Por meio da RS se torna possível captar a realidade simbólica existente, que em inúmeras vezes, acaba despercebida, mas que possui forte poder de mobilizar e explicar a realidade (FORMOZO; OLIVEIRA, 2010).

Dessa forma, as práticas de cuidado às pessoas acometidas pela aids precisam envolver além do cuidado técnico, o acolhimento, o respeito e conhecimento, oportunizando o processo de diálogo entre os atores sociais e as ressignificações construídas respeitando as características culturais (BARBOSA et al., 2012), porém para isso é necessário, por parte dos profissionais, “compreender o panorama de vulnerabilidade e suas formas de enfrentamento” (BARBOSA et al., 2012, p.513), questões indispensáveis à prática assistencial de enfermagem, como também dos demais profissionais, já que acredita-se ser imprescindível a atuação em equipe interdisciplinar e multidimensional para o sucesso das práticas de cuidado (JAIBERTH; ARIAS, 2010).

Portanto, estudar as representações sociais, tanto de profissionais de saúde, quanto das pessoas acometidas pela aids, tem como objetivo auxiliar aos pesquisadores, gestores e população em geral a compreenderem o universo de significados construídos acerca desta patologia. Por meio dessa compreensão é possível elencar estratégias viáveis, pois os programas mais exitosos são os que se alicerçam nas experiências das pessoas acometidas pela aids, centrados nos trabalhos em grupo de iguais e seus familiares, que buscam a integração social e utilizam linguagem adequada à realidade de cada grupo (JAIBERTH; ARIAS, 2010).

Salienta-se, novamente, que trabalhar com pessoas vivendo com HIV/aids exige a compreensão de questões históricas com vistas à superação do que ainda hoje é muito significativo para os doentes: a permanência do estigma, da discriminação e do preconceito, sentimentos ou condutas que, de forma direta, interferem no Cuidado de

Enfermagem, no enfrentamento da doença, no sucesso do tratamento e, consequentemente, na melhoria da qualidade de vida desses pacientes.

4 REFERENCIAL TEÓRICO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A Representação Social (RS) engloba explicações, ideias e manifestações culturais que caracterizam um determinado grupo e impregna a maioria das relações, objetos que produzimos ou consumimos e as comunicações que estabelecemos (MOSCOVICI, 2005), assim, para transformar um fenômeno da representação social em um objeto de pesquisa faz-se necessário a simplificação da realidade, que só é possível por meio da adoção de uma teoria, a Teoria das Representações Sociais (TRS) (SÁ, 1998).

Segundo Sá (1998) o ato de representar não é um processo simples. Além da imagem, ele carrega um sentido simbólico, por isso, a RS é sempre representação de alguma coisa (objeto) e de alguém (sujeito), sendo que essa tem com seu objeto uma relação de simbolização (substituindo-o) e de interpretação (conferindo-lhe significações), ela é apresentada como uma forma de modelização do objeto, sendo uma forma de conhecimento, servindo para agir sobre o mundo e o outro.

Dessa forma, para tornar o fenômeno das transformações das práticas profissionais de cuidado em relação à aids, um objeto de estudo pautado na TRS, é essencial avaliar se ele produz RS nos participantes que se pretende investigar nesta pesquisa, ou seja, os enfermeiros e demais profissionais de saúde que atuam nas práticas de cuidado com pacientes acometidos pela aids, do município de Rio Grande.

Essa avaliação parte da premissa de que um objeto de estudo só é capaz de gerar a RS se ele tiver “relevância cultural e espessura social” (SÁ, 1998, p. 45) e de que a TRS trata de operacionalizar o pensamento social em sua dinâmica e sua diversidade, partindo do pressuposto de que existe forma de conhecer e de se comunicar guiada por objetivos diferentes e formas que são móveis (SÁ, 1998). Portanto, assegura-se, a pertinência de fundamentar o presente estudo na TRS, pois o objeto proposto faz parte do cotidiano das pessoas de forma dinâmica e diversificada, uma vez que as práticas profissionais de cuidado são desempenhadas rotineiramente pelos enfermeiros e profissionais de saúde em suas diferentes formas com a participação direta e indireta dos pacientes implicados nesse contexto de cuidado.

Assim, alicerça-se este estudo na TRS, por ela permitir formas que são móveis e que adentram-se neste campo relacionado a aids, formas consensual e científica e/ou

reificada, ou seja, o universo consensual como aquele que se constitui na vida cotidiana, sendo que a RS é o senso comum, acessível a todos e o reificado o qual configura-se como o científico, em que a ciência que retrata a realidade independente de nossa consciência (MOSCOVICI, 2012).

Além disso, não existe um conceito único de representações sociais (MOSCOVICI, 2012). Essa diversificação conceitual é importante por possibilitar análises diferenciadas em função da abordagem metodológica a ser escolhida (SÁ, 1998; SÁ, 2002). A adoção do conceito de representações como unidade de significado possibilita a análise de objetos de pesquisa distintos, seja em psicologia social, sociologia ou outras áreas do conhecimento (MOSCOVICI, 2005).

A TRS surgiu no ano de 1961, na França, por meio do psicólogo Serge Moscovici o qual estudava a RS da psicanálise. Sua inspiração ocorreu no conceito proposto por Durkheim, de representação coletiva, porém Moscovici resgatou esse conceito, de maneira mais dinâmica, pois Durkheim teve a preocupação tanto com a sociedade como com o indivíduo, no entanto não perdeu a inabilidade proposta por Kant em dominar o conceito de interdependência dialética, ou co-construção, que tornou as suas representações estáticas (MOSCOVICI, 2012), pois Durkheim via “as representações coletivas como formas estáveis de compreensão coletiva, com o poder de obrigar que pode servir para integrar a sociedade como um todo” (MOSCOVICI, 2005, p.15), assim Moscovici substituiu o termo coletivas por sociais, por acreditar que a sociedade moderna era dinâmica (GUARESCHI, 2003).

Porém, um termo não anula o outro e sim complementam-se e é “concebido assim de forma mais ampla, o campo pode ter seu contexto fenomenal mapeado ainda de uma outra maneira, ou seja, pela distinção entre diferentes tipos de representação em função de suas origens e respectivos âmbitos de inserção social” (SÁ, 2002, p.38-39). Para trabalhar e estudar RS é imprescindível a compreensão de que a análise não é centrada no indivíduo e sim, nos fenômenos produzidos advindos de construções particulares da realidade.

Moscovici em sua obra ‘Psicanálise, sua imagem e seu público’ originada de sua tese, publicou pela primeira vez seus principais fundamentos acerca da TRS, a obra foi reeditada no ano de 2012, assim nessa obra o autor revela que ao elaborar a TRS ele pretendia redefinir os entraves e conceituações da Psicologia Social a partir desse

fenômeno, para isso insistiu sobre a importância da função simbólica e do poder de construção do real (MOSCOVICI, 2012).

Por acreditar que uma redução de alcance conceitual poderia ocorrer na criação de uma definição para RS e por ser essa teoria considerada ampla e complexa, Moscovici hesitou em criar uma definição para RS (SÁ, 2002), assim na década de 80, momento em que a teoria adquiriu forças, Moscovici esclareceu que as representações apresentam funções que são a convenção e a prescrição, ou seja, elas ‘convencionalizam’ os objetos, pessoas ou acontecimentos que encontram (MOSCOVICI, 2012).

Pensamos por meio de uma linguagem; organizamos nossos pensamentos, de acordo com um sistema que está condicionado, tanto por nossas representações, como por nossa cultura, as quais são prescritivas pois, elas se impõem sobre nós com uma força inelutável. Essa força é uma combinação de uma estrutura que está presente antes mesmo que nós comecemos a pensar e de uma tradição que designa o que deve ser pensado. Essas representações são partilhadas pelas pessoas, influenciando-as. As representações significam a circulação de todos os sistemas de classificações, todas as imagens e todas as descrições, mesmo as científicas (MOSCOVICI, 2005).

Reitera-se que as RS são consideradas como um ‘fenômeno’ (MOSCOVICI, 2012) o que era, antes da década de 1960, visto apenas como um ‘conceito’, dessa forma, acredita-se que as RS têm influência na formação de condutas e também no comportamento (MOSCOVICI, 2012). Moscovici (2005) refere que a maneira de preparar a ação e conduzir o comportamento para que modifique e reconstitua a sociedade é uma forma de RS.

A proposição da Teoria das Representações Sociais por Moscovici desdobra-se em três correntes teóricas de estudo ou eixos teóricos considerados como complementares, não sendo elas incompatíveis entre si, uma vez que provêm de uma mesma matriz, a saber: uma mais fiel à teoria original, conduzida por Denise Jodelet; uma que enfatiza a dimensão cognitivo-estrutural das representações, conduzida por Jean-Claude Abric (SÁ, 1998), e outra que procura articulá-la com uma perspectiva mais sociológica, conduzida por Willam Doise; ou seja, três abordagens: Processual, Estrutural e Relacional.

Na processual ou abordagem antropológica, descrita por Denise Jodelet, em que as representações sociais são formas de saber prático, as quais ligam um sujeito a um objeto, ou seja, para existir uma representação faz-se necessário alguém (um grupo, uma

população, um conjunto social) responsável pela gênese da representação, e algo (um ambiente social, material, ideal/abstrato) a ser representado, interpretado, simbolizado (JODELET, 2001).

Além disso, segundo Jodelet (2001, p. 22) as representações sociais são “uma forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social.” Sendo assim, é por meio das representações que o indivíduo define e interpreta aspectos da realidade cotidiana e, a partir disso, determina sua tomada de decisão e seus posicionamentos diante de situações.

Essa abordagem descreve que na ampla dimensão da TRS, encontram-se como processos formadores da RS, a ancoragem e a objetivação (SÁ, 1998). Assim, a ancoragem é o processo pelo qual procura-se classificar, encontrar um lugar e dar nome a alguma coisa para encaixar o não-familiar, ou seja ancorar, no entender de Moscovici (2005), é comparar idéias estranhas, reduzi-las para categorias e imagens comuns e então colocá-las em um contexto familiar. É o processo de ancorar que “enraíza a representação e seu objeto em uma rede de significações que permite situá-los em relação aos valores sociais e dar-lhes coerência” (JODELET, 2001, p. 38).

Ainda, a ancoragem mantém a memória em movimento, “a lenta assimilação da psicanálise pelo corpo social e a influência dos valores de referência sobre a sua evolução se relacionam com a ancoragem” (MOSCOVICI, 2012, p. 100) a qual é dirigida para dentro e está sempre armazenando e excluindo objetos, pessoas e acontecimentos. Em relação à objetivação, esse refere-se ao processo formador de imagem e estruturante, o qual une a idéia de não-familiaridade com a de realidade, tornando-se a verdadeira essência da realidade, ou seja, transforma-se o que é abstrato em algo concreto e real (MOSCOVICI, 2005).

A abordagem Estrutural, desenvolvida por Abric em Aix-en-Provence, em 1989, com a colaboração de outros autores, como Flament, Guimelli e Vérge confere ênfase à estruturação dos sistemas cognitivos das representações, mas se ocupa também do processo de sua transformação a partir das práticas sociais. Centra-se mais sobre os aspectos constituídos das representações e privilegia uma orientação metodológica experimental (SÁ, 1998).

A teoria do núcleo central, precursora da abordagem estrutural, é uma abordagem complementar à teoria geral das representações sociais que, segundo Sá

(2002) deve proporcionar explicitações do funcionamento que se mostrem compatibilizadas com a teoria geral, como também descrições mais detalhadas de certas estruturas hipotéticas. Além disso, essa teoria propõe que as RS tenham seu conteúdo organizado em dois sistemas internos: um central e outro periférico (SÁ, 1998).

Dessa forma, segundo Sá (1998) uma das maiores contribuições ao refinamento conceitual, teórico e metodológico do estudo das RS, foi proposta por Jean Claude Abric, pela primeira vez em 1976, por meio da tese de doutorado *Jeux, conflits et représentations sociales*. Assim, para Abric (2000) uma representação é composta de um conjunto de informações, crenças, opiniões e atitudes a propósito de um dado objeto e “este conjunto de elementos, se organizado, estrutura-se e se constitui num sistema sociocongnitivo de tipo específico” (ABRIC, 2000, p. 30).

Em relação à abordagem processual essa trata sobre como as representações sociais são produzidas cognitivamente e como circulam entre os indivíduos. Este enfoque leva em consideração aspectos epistemológicos que constituem as representações sociais e como estas são disseminadas (BANCHS, 2000). Nesta abordagem entende-se que as representações sociais são geradas a partir das necessidades e desejos dos diversos grupos (BANCHS, 2000).

Atualmente e recentemente está em pauta um novo campo de conhecimento Técnico-profissional das Representações Sociais, proposto por Denize Cristina de Oliveira. Esse campo de conhecimento mostra-se promissor na enfermagem, pois procura aproximar o saber técnico-profissional com o saber do senso comum, sendo assim, no campo da saúde “a apropriação da TRS é caudatária de uma orientação própria, que condiciona a pesquisa à sua utilidade para a intervenção institucional, para as práticas profissionais e do senso comum” (OLIVEIRA, 2011, p. 609).

Várias pesquisas têm sido realizadas nas produções científicas da área da saúde sobre a constituição do saber técnico-profissional que orientam as práticas institucionais e profissionais (OLIVEIRA, 2011), exemplo encontra-se neste estudo que irá pesquisar as RS relacionadas às práticas do cuidado da enfermagem e dos profissionais de saúde em pacientes com aids.

Esse campo de estudo explica que a clássica divisão proposta por Moscovici e já abordada no início deste capítulo, ou seja, os dois pensamentos reificado e consensual parecem “não permitir o esclarecimento da teia de relações simbólicas e comunicativas que se desenvolve no campo da saúde, no âmbito dos saberes profissionais”

(OLIVEIRA, 2011, p.614), já que no campo da saúde participam tanto o saber reificado, quanto o saber do senso comum e o conhecimento técnico-profissional exerce a mesma vulgarização da ciência, no que se refere ao senso comum relacionando as vivências que adentram no desenrolar das práticas profissionais cotidianas (OLIVEIRA, 2011).

Dessa forma, observa-se um conjunto de processos, além de dois campos de conhecimento reificado e consensual para

Um conjunto de processos que se colocam num contexto de falência de antigos paradigmas de conhecimento e de emergência de novos. No marco da pós-modernidade, deve-se reconhecer que o conhecimento passa por uma crise de paradigmas, que se expressa em todas as suas áreas, particularmente naquelas que tem o humano o seu objeto de reflexão (OLIVEIRA, 2011, p.617).

Assim, Oliveira (2011) destaca a importância de uma nova subjetividade pós-moderna, baseada nas práticas sociais e na importância do conceito de cuidado, explicando nesse contexto as três modalidades de RS constituídas pelos profissionais de saúde sobre as necessidades de saúde, as quais são consideradas como determinantes das ações de saúde: “a demanda espontânea” relacionada às necessidades imediatas dos usuários; “as necessidades não sentidas”, ou seja, não reconhecidas pelas pessoas com aids e pelas comunidades, mas identificadas pelos profissionais e “as necessidades fundamentais”, àquelas que não foram reconhecidas por nenhum grupo.

Nesse sentido, a última modalidade é considerada como principal dificuldade de determinação das necessidades evidenciando uma questão de emergência nas organizações dos serviços de saúde e um desafio importante para a prática e o conhecimento em saúde, a qual deve ter como pressuposto o reconhecimento e a valorização da subjetividade com a compreensão do processo de cuidar por meio de interações interpessoais e de reconhecimento do mundo com aptidão para a capacidade de observação e escuta, reelaborando, no profissional enfermeiro, conceitos, descrições e taxonomias (OLIVEIRA, 2011).

5 CAMINHO METODOLÓGICO

Neste capítulo apresenta-se a caracterização e a descrição das opções metodológicas selecionadas para o alcance do objetivo proposto, ou seja, analisar as representações sociais das práticas profissionais de cuidado voltadas ao HIV/aids, de enfermeiros e demais profissionais de saúde, que desenvolvem as ações no Programa Nacional de DST/aids, na cidade do Rio Grande/RS.

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa oriunda de um projeto nacional multicêntrico intitulado: *As transformações do cuidado de saúde e enfermagem em tempos de aids: representações sociais e memórias de enfermeiros e profissionais de saúde no Brasil*, a qual contou com a participação de docentes da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) e integrantes do Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem, Gênero e Sociedade (GEPEGS). Este estudo particularizou as práticas de cuidado desenvolvidas por enfermeiros e demais profissionais de saúde no Sul do Brasil às pessoas vivendo com HIV/aids.

O estudo tem caráter descritivo e foi realizado por meio de análise qualitativa dos dados oriundos das entrevistas (ANEXO A). É fundamentado na Teoria das Representações Sociais (TRS), a qual pressupõe que um objeto de estudo só é capaz de gerar representação social se tiver “relevância cultural e espessura social” (SÁ, 1998, p.45). A pesquisa qualitativa proporciona uma visão geral sobre determinada situação e pode ser considerada como a primeira etapa de uma pesquisa mais ampla, uma vez que, em decorrência dos seus resultados, podem ser organizados planos estratégicos de ação e, assim, a pesquisa pode contribuir para a mudança da realidade investigada (CANSONIERI, 2010).

5.2 Local de realização do estudo: foram utilizados dados secundários provenientes do banco de dados da pesquisa multicêntrica citada anteriormente, a qual foi realizada em dois serviços que desenvolvem ações do Programa Municipal DST/AIDS: ***Coordenação Municipal de DST/AIDS (CMDST/AIDS)***, que é a responsável pela gestão das atividades e ações globais de apoio as pessoas vivendo com DST/HIV/AIDS e abrange

o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e o Ambulatório Municipal de DST (AMDST); e, no *Serviço de HIV/AIDS do Hospital Universitário Miguel Riet Corrêa Jr.*, da Universidade Federal do Rio Grande (FURG).

O CTA é um serviço de saúde que faz parte da CMDST/AIDS, disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde, da Prefeitura Municipal do Rio Grande/RS, que realiza ações de diagnóstico e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Nesse serviço, é possível realizar testes para HIV, sífilis e hepatites B e C gratuitamente. Todos os testes são realizados de acordo com a norma definida pelo Ministério da Saúde e com produtos registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA/MS) e por ela controlados. O atendimento nesse centro é inteiramente sigiloso e oferece a quem realiza o teste a possibilidade de ser acompanhado por uma equipe de profissionais de saúde que a orientará sobre o resultado final do exame, independente dele ser positivo ou negativo. Quando os resultados são positivos, o CTA é responsável por encaminhar as pessoas para tratamento nos serviços de referência. Ao procurar um CTA, o usuário desse serviço tem direito a passar por uma sessão de aconselhamento, que pode ser individual ou coletiva.

O aconselhamento é uma ação de prevenção que tem como objetivos oferecer apoio emocional ao usuário, esclarecer suas informações e dúvidas sobre DST e HIV/aids e, principalmente, ajudá-lo a avaliar os riscos que corre e as melhores maneiras que dispõe para prevenir-se. Além do aconselhamento, outras ações de prevenção são realizadas pelo CTA, dentro da unidade de saúde (ações intra-muros) e fora dela (ações extra-muros). O CTA disponibiliza insumos de prevenção como camisinhas masculinas e femininas para a população em geral (RIO GRANDE, 2013).

O Ambulatório Municipal de Doenças Sexualmente Transmissíveis - AMDST é um serviço público destinado ao atendimento de todas as DST e que também pertence a *Coordenação Municipal de DST/AIDS* (CMDST/AIDS). Foi idealizado no ano de 1998 e aberto ao público em fevereiro de 1999, e tem como população-alvo pacientes de todas as idades, inclusive crianças (RIO GRANDE, 2013).

Atualmente, o *Serviço de HIV/AIDS do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr.*, em parceria com a SMS, desenvolve ações de combate à aids no município do Rio Grande e detém de todos os equipamentos, materiais, medicamentos, laboratórios, infra-estrutura e profissionais de saúde equipados para o atendimento da população, além disso, realiza capacitações em escolas e indústrias acerca da temática

aids (SILVA; SILVEIRA; SASSI, 2008).

5.3 Participantes do estudo: os participantes foram os gestores dos Serviços responsáveis pelo atendimento das pessoas vivendo com DST/aids e os profissionais de saúde, de nível médio e superior, que atuam nos mesmos e desenvolvem as ações do Programa Municipal DST/AIDS, totalizando dezenove participantes que aceitaram participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

5.4 Coleta e análise de dados:

Foram utilizadas entrevistas que seguiram um roteiro estruturado (ANEXO A) desenvolvido para a exploração das representações sobre HIV/aids e as práticas desenvolvidas desde o início da epidemia. Foram gravadas, integralmente transcritas, organizadas e digitadas.

Os dados foram reunidos em um banco de dados fornecido pela coordenação nacional da pesquisa multicêntrica e foram analisados por meio da análise de conteúdo temática norteadas pelos preceitos de Bardin (BARDIN, 2011), sistematizados por Oliveira (2008). Realizou-se a análise por meio das significações compostas nos relatos dos profissionais de saúde entrevistados. Essa técnica adotada vem sendo amplamente utilizada em estudos que têm como referência a TRS por possuir características de sistematização e de análise detalhada do conteúdo dos dados coletados (BARDIN, 2011; OLIVEIRA, 2008).

A sustentação do desenvolvimento da análise de conteúdo é permeada por alguns conceitos-chaves que explicam e permitem instrumentalizá-la. O primeiro refere-se à objetividade, que explica sobre a verificação e análise em que as unidades decompostas das mensagens e as categorias que servem para classificá-las, devem ser definidas com clareza e precisão. Outro conceito se refere à sistematicidade, em que a análise deve considerar tudo o que, no conteúdo, decorre do problema estudado e analisá-lo em função de todas as categorias (OLIVEIRA, 2008).

Em relação ao conteúdo manifesto, outro conceito, esse explica a necessidade de eliminar os preconceitos do pesquisador. Portanto, a análise deve se referir apenas ao que foi efetivamente expresso e não o conteúdo presumido em função do que o pesquisador compreende sobre o problema. O conceito de Unidade de Registro (UR) se

refere a uma unidade de segmentação ou de recorte, essa unidade pode ser definida por uma palavra, uma frase, um parágrafo do texto, entre outras. A construção de categorias implica impor uma nova organização intencional às mensagens, diferente daquela do discurso original (OLIVEIRA, 2008).

Já o conceito chave de análise categorial considera a totalidade do texto na análise, é necessário passar esse texto por uma triagem de classificação e de quantificação, segundo a frequência de presença ou ausência de itens de sentido retidas para os fins da pesquisa. A inferência é a operação lógica por meio da qual se assume uma proposição em razão da sua ligação com outras proposições já aceitas como verdadeiras e o ultimo conceito chave se refere às condições de produção, ou seja “implica a compreensão da superfície dos textos e dos fatores que determinaram essas características, deduzidos logicamente através da correspondência entre as estruturas semânticas ou lingüísticas e as estruturas psicológicas ou sociológicas dos enunciados” (OLIVEIRA, 2008 p. 571).

Resumidamente a análise de conteúdo temático- categorial teve como objetivo viabilizar o desvelar das representações sociais a partir do recorte de trechos discursivos, procurando levar em consideração a temática contida nos mesmos, ou seja, as UR. Após, essas são organizadas em temas que se denominam unidades de significação, essas são amplas e constituem as categorias (GOMES et al., 2011).

Em relação às etapas da análise de conteúdo essas podem ser especificadas em três: na primeira chamada de pré-análise, é desenvolvido a preparação para a análise propriamente dita. Essa fase consiste na escolha dos documentos ou na definição do *corpus* de análise; na formulação das hipóteses e dos objetivos da análise; bem como na elaboração dos indicadores que fundamentam a interpretação final. A segunda etapa se refere à exploração do material ou codificação, em que os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades que permitem uma descrição exata das características referentes ao conteúdo contido no texto. A última etapa consiste no tratamento dos resultados por meio da inferência e interpretação, colocando em relevo as informações que foram fornecidas pela análise por meio de uma quantificação simples ou mais complexa por análise fatorial, permitindo expressar os dados por meio de varias formas como em diagramas, modelos, entre outros. (OLIVEIRA, 2008).

Além dessas etapas, foram realizados procedimentos para a realização da análise temático-categorial os quais implicaram primeiramente na leitura flutuante e exaustiva de todo o material. Conforme menciona Oliveira (2008), essa leitura permitiu que se flutuasse no texto de forma a não se deixar impressionar pelos conteúdos e elementos específicos. Nessa etapa também foi possível construir hipóteses provisórias. Após foi realizado a determinação das UR, sabe-se que apenas um tipo de UR deve ser utilizada durante uma mesma análise, de forma a permitir a aplicação de regras de quantificação (OLIVEIRA, 2008).

Foi realizada a marcação no texto do início ao fim de cada UR observada, transformando a maior parte do texto em UR. Após foram construídas as Unidades de Significação, ou seja, os temas pertinentes a cada UR e esses foram registrados nos modelos de tabelas estabelecidos por Oliveira (2008) (ANEXO B). Na primeira tabela foram colocados os temas das UR em forma de códigos, os nomes desses temas e o número de UR em cada *corpus* (APÊNDICE B). Esses nomes foram transcritos para a tabela 2, onde se estabeleceu os temas e unidades de significação com a quantificação e porcentagem desses para o desenvolvimento da análise categorial, após passou-se ao agrupamento dos temas formando as categorias que foram quantificadas (APÊNDICE C). No tratamento, como também na apresentação dos resultados ocorrerá uma descrição discursiva acompanhada da exemplificação das UR que foram significativas para cada categoria.

5.5 Aspectos éticos do estudo: o estudo multicêntrico que deu origem ao banco de dados foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande CEPAS/FURG, sob parecer de nº 091/2010 (ANEXO C). Os aspectos legais foram analisados à luz da resolução 196/96 vigente na época. Cabe salientar que toda pesquisa envolvendo seres humanos deve ser submetida a uma reflexão ética no sentido de assegurar o respeito pela identidade, integridade e dignidade da pessoa humana e a prática da solidariedade e da justiça social.

6 RESULTADOS

Os resultados desta dissertação estão apresentados na forma de dois manuscritos visando responder a questão e objetivo da pesquisa. No primeiro manuscrito intitulado: Práticas profissionais de cuidado diante da transformação da aids: estudo a partir das representações sociais, preparado segundo as normas da Revista da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FENF/UERJ), são apresentadas duas categorias as quais obtiveram maior número de unidades de registro durante a análise. Já o segundo artigo intitulado: Cronificação da aids e a saúde pública: um estudo de representação social entre profissionais de saúde., adequado à Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (REUSP), apresenta os resultados de mais duas categorias, as quais também se sobressaíram em relação às URs, evidenciando a representação social das práticas profissionais de cuidado diante da cronificação da aids com o advento dos antirretrovirais e as políticas públicas.

Faz-se importante explicitar que por meio da análise foram originadas nove categorias com o recorte de 684 URs a saber: Evolução das práticas profissionais de cuidado ao longo da epidemia (213 URs, 31,2% do material); Paramentação astronauta: da aquisição de novos conhecimentos à desmistificação da aids (162 URs, 23,5% do material); Cronificação da aids, sucesso terapêutico (87 URs, equivalendo a 12,7% do material); Aids: “elite prosperidade para a saúde pública” (82 URs, 12% do material); A continuidade dos serviços e o trabalho em equipe (61 URs, 9,0% do material); Prevenção (43 URs, 6,3% do material); O preconceito velado (17 URs; 2,5% do material); Situação epidemiológica da aids no RS (11 URs, 1,6% do material); Ética no cuidado (9 URs, 1,3% do material). Optou-se pela explanação das quatro primeiras categorias, sendo duas detalhadas no primeiro artigo e outras duas no segundo. A escolha dessas se deu devido a maior significância em relação às URs e pela exigência dos periódicos que limitam o número de laudas.

6.1 Artigo 1

TRANSFORMAÇÃO DAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS DE CUIDADO DIANTE DA AIDS: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

CHANGES OF PROFESSIONALS PRACTICE OF CARE BEFORE THE AIDS: SOCIAL REPRESENTATIONS OF HEALTH PROFESSIONALS

TRANSFORMACIÓN DE LA PRÁCTICA ANTES DE LOS PROFESIONALES DE SIDA REPRESENTACIONES SOCIALES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

Fabiani Weiss Pereira. Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Brasil, enffabiweiss@hotmail.com. Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação da FURG.

Adriana Dora da Fonseca. Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Brasil, adriana@vetorial.net. Doutora docente do curso de graduação e pós-graduação de enfermagem (FURG).

RESUMO: O objetivo consiste em analisar as representações sociais das práticas profissionais de cuidado voltadas ao HIV/aids de enfermeiros e demais profissionais de saúde que desenvolvem ações em um Programa Nacional de DST/aids. Trata-se de estudo descritivo, qualitativo fundamentado na Teoria das Representações Sociais. Os dados foram coletados entre outubro de 2012 a abril de 2013, em dois serviços, por meio de entrevistas semiestruturadas com dezenove profissionais de saúde. A partir da análise de conteúdo temática duas categorias foram exploradas: Evolução das práticas profissionais de cuidado ao longo da epidemia e Paramentação astronauta: da aquisição de novos conhecimentos à desmistificação da aids. Com este estudo foi possível conhecer a representação social das práticas de cuidado enfatizando quão é importante a nova perspectiva de estudo referente às representações socioprofissionais, apontando

caminhos para que futuras pesquisas possam explorar, em outros cenários e contextos, essas práticas, sobretudo no universo da enfermagem como profissão cuidadora.

Palavras-chave: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Cuidado; Pessoal da saúde; Enfermagem.

ABSTRACT: The objective consists in analyze the social representations of professional practices of care focused at HIV / AIDS of nurses and other health professionals that develop actions in a National Program STD / AIDS. This is a descriptive, qualitative study based on the theory of social representations. The data were collected from October 2012 to April 2013, in two services, through semi-structured interviews with nineteen health professionals. From the analysis of thematic content two categories were explored: Evolution of healthcare professional practices of care throughout the epidemic and astronaut scrub: the acquisition of new knowledge to the AIDS demystification. With this study was possible to know the social representation of care practices emphasizing how important is the new perspective of study related to the socio-professional representations, identifying ways in order that future research can explore, in other scenes and contexts, these practices, especially in the nursing universe as a profession caregiver.

Keywords: Acquired Immunodeficiency Syndrome; Care; Health personnel; Nursing.

RESUMEN: El objetivo es analizar las representaciones sociales de la atención de las prácticas profesionales dirigidas a las enfermeras del VIH / SIDA y otros profesionales de la salud que se desarrollan en un Programa Nacional de ITS / SIDA. Se trata de un estudio descriptivo, cualitativo basado en la teoría de las representaciones sociales. Se recogieron datos de octubre 2012 hasta abril 2013, en dos servicios, a través de entrevistas semi-estructuradas con profesionales de la salud diecinueve. A partir del análisis de contenido temático dos categorías fueron exploradas: Evolución de las prácticas profesionales de salud a lo largo de la epidemia y matorrales astronauta: la adquisición de nuevos conocimientos para la desmitificación del SIDA. Con este estudio fue posible conocer la representación social de cómo las prácticas de cuidado de enfatizar que es importante estudiar nuevas perspectivas en relación con las representaciones socio-profesional, que apunta maneras para futuras investigaciones para explorar, en otros ámbitos y contextos, estas prácticas, sobre todo en el universo de

enfermería como profesión asistencial.

Palabras clave: Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Cuidado; Personal de salud; Enfermería.

INTRODUÇÃO

A síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) e o vírus da imunodeficiência humana (HIV) apresentaram-se de forma misteriosa e aterrorizadora, a partir da década de 80, em todo o mundo, mais especificamente em 1980 nos Estados Unidos e em 1982 no Brasil. Nessa época havia a ausência total de conhecimentos acerca da doença, além disso, suas características se configuravam em rápida letalidade, além da desfiguração corporal, que era evidente e extrema¹.

Em paralelo ao surgimento e à dinâmica da aids menciona-se seu impacto no cotidiano dos serviços de saúde com significativas transformações e implicações para as políticas públicas e para a constituição de práticas profissionais de cuidado¹. Cuidar de pessoas nas quais se encontra instalada uma doença até então irreversível e estigmatizante, como é o caso da aids, é um fenômeno complexo e pode afetar de modo significativo o profissional, independentemente da sua dedicação e esforços². O medo do contágio, a dificuldade em lidar com uma doença crônica, a inevitável invasão da privacidade dos pacientes, a necessidade de cuidados permanentes e muitas vezes sigilosos são apenas alguns dos dilemas enfrentados pelos profissionais.

Nesse sentido, enfermeiros e demais profissionais de saúde têm papel fundamental na atuação com HIV/aids, necessitando de capacitações constantes, valorização profissional, estímulo ao trabalho articulado e em equipe. É mister salientar o papel do enfermeiro e a compreensão da sua importância no cenário da saúde e das potencialidades que a profissão possui como colaboradora na implementação de um novo paradigma em saúde, mais inclusivo, holístico e crítico^{3:352}.

Estudo realizado com enfermeiros evidencia que as vivências no âmbito do cuidado são postuladas diante das fragilidades, tanto dos pacientes quanto dos enfermeiros, sendo que umas podem influenciar as outras, como: o adoecimento crônico e os sentimentos de impotência do enfermeiro frente à doença, a dúvida sobre a eficácia dos cuidados prestados devido ao estado do paciente que muitas vezes é irreversível e, além disso, estigmatizante, e que pode afetar a autoestima do cuidador que testemunha a

fatalidade como resultado do processo patológico, independentemente do grau de dedicação de seus esforços^{2:10}. Outra fragilidade se refere ao modelo biomédico que ainda é bastante evidenciado nas práticas de cuidado, contribuindo para um cuidado mecanizado que deixa a subjetividade humana em segundo plano³.

No contexto das práticas profissionais de cuidado ao paciente HIV/aids, essas fragilidades remetem à indagação de como essas vivências podem fazer com que os enfermeiros revisitem seus saberes e as suas práticas a partir do momento de cuidado⁴. Isto porque outra questão importante se refere ao tipo de cuidado prestado por enfermeiros, principalmente no âmbito hospitalar, no qual em algumas situações é constatado o predomínio da realização de atividades não inerentes à enfermagem, com foco em ações burocráticas e até de competência de outros profissionais, gerando distanciamento e invisibilidade⁵.

Assim, as práticas profissionais de cuidado, no contexto da aids, se configuraram e ainda se configuram com relevância social e cultural, portanto um objeto de estudo capaz de gerar Representação Social (RS)⁶. Além disso, em virtude de seu constructo social, a aids pode ser considerada como um objeto representacional sensível¹.

A investigação surge do seguinte questionamento: Quais as representações sociais das práticas profissionais de cuidado voltadas ao HIV/aids, desenvolvidas por enfermeiros e demais profissionais de saúde que atuam em um Programa Nacional de DST/aids, localizado no sul do Brasil? Sua justificativa situa-se na compreensão da transformação das práticas profissionais de cuidado que foram constituídas desde o início da epidemia de aids, até a atualidade.

Compreender tais mudanças permite a análise e elaboração de um saber prático aderente aos valores, normas, crenças e também ao próprio conhecimento científico que é incorporado por esses agentes na constituição de uma forma particular de simbolização, qual seja, as representações socioprofissionais^{1:9}. E, ainda, por entender que é a partir da TRS que se pode compreender a realidade simbólica das práticas de cuidado, buscando estratégias que auxiliem a orientar práticas de cuidado mais adequadas e satisfatórias.

Assim, o estudo objetiva analisar as representações sociais das práticas profissionais de cuidado voltadas ao HIV/aids de enfermeiros e demais profissionais de saúde que desenvolvem ações em um Programa Nacional de DST/aids.

REFERENCIAL TEÓRICO- METODOLÓGICO

Trata-se de estudo descritivo, qualitativo, fundamentado na TRS, a qual engloba explicações, ideias e manifestações culturais que caracterizam um determinado grupo e que impregnam a maioria das relações, objetos que produzimos ou consumimos e as comunicações que estabelecemos⁷. Por sua vez, a pesquisa qualitativa proporciona uma visão geral sobre determinada situação e pode ser considerada como a primeira etapa de uma pesquisa mais ampla, uma vez que, em decorrência dos seus resultados, podem ser organizados planos estratégicos de ação e, assim, a pesquisa pode contribuir para a mudança da realidade investigada⁸.

O estudo faz parte de um recorte de dissertação a qual está vinculada a um projeto multicêntrico realizado no Brasil intitulado: “As transformações do cuidado de saúde e enfermagem em tempos de aids: representações sociais e memórias de enfermeiros e profissionais de saúde do Brasil”. No Município do Rio Grande/RS foi desenvolvido, no período compreendido entre outubro de 2012 e abril de 2013, em dois serviços que atuam em ações do Programa Municipal DST/AIDS: na Coordenação Municipal de DST/AIDS (CMDST/AIDS), da Secretaria Municipal de Saúde, da Prefeitura Municipal do Rio Grande/RS, e no Serviço de HIV/AIDS do Hospital Universitário Miguel Riet Corrêa Jr., da Universidade Federal do Rio Grande (FURG).

A Coordenação Municipal de DST/AIDS (CMDST/AIDS) desenvolve a gestão das atividades e ações globais de apoio às pessoas vivendo com DST/HIV/AIDS e abrange o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e o Ambulatório Municipal de DST (AMDST). O CTA é um serviço de saúde que realiza ações de diagnóstico e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Nesse serviço, é possível realizar testes para HIV, sífilis e hepatites B e C, gratuitamente. O Ambulatório Municipal de Doenças Sexualmente Transmissíveis – AMDST é um serviço público destinado ao atendimento de todas as DSTs e que também pertence à Coordenação Municipal de DST/AIDS⁹.

Atualmente, o Serviço de HIV/AIDS do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, desenvolve ações de combate à aids no Município do Rio Grande e possui equipamentos, materiais, medicamentos, laboratórios, infraestrutura e profissionais de saúde para o atendimento da população, além disso, realiza ações de educação em saúde acerca da temática AIDS,

geralmente em escolas, indústrias, empresas¹⁰.

Participaram do estudo 19 profissionais de saúde, de nível médio e superior, sendo nove da Coordenação Municipal de DST/aids e 10 do serviço de HIV/AIDS do HU/FURG. Todos foram orientados quanto aos objetivos do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O presente estudo obedeceu a todas as normas éticas e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS), da Universidade Federal do Rio Grande, (CEPAS)/FURG, sob o Parecer de nº 091/2010, além disso, os aspectos legais foram analisados à luz da Resolução 196/96, vigente na época. Foram excluídos os que não concordaram em participar do estudo e os que estavam afastados do serviço por motivos diversos.

Para a coleta de dados foram empregadas entrevistas gravadas, com roteiro estruturado, desenvolvido para a exploração das representações sobre HIV/aids e das práticas de cuidado. Antes de realizar as entrevistas solicitou-se a permissão de uso das informações e de gravação das mesmas, assegurando o anonimato dos participantes. Após, foram transcritas e organizadas, preservando a identidade dos participantes, usando a inicial da categoria profissional: enfermeiros (E); médicos (M); assistente social (AS); psicóloga (P); técnico de enfermagem (TE); nutricionista (N) e farmacêutico (F) e o número da entrevista.

Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo temática norteada pelos preceitos de Bardin¹¹, sistematizados por Oliveira¹². Realizou-se a análise por meio das significações compostas nos relatos dos participantes do estudo. Essa técnica adotada vem sendo amplamente utilizada em estudos que têm como referência a TRS por possuir características de sistematização e de análise detalhada do conteúdo dos dados coletados^{11,12}. A análise de conteúdo: viabiliza o desvelar das representações sociais partindo do recorte de trechos discursivos, levando-se em consideração a temática presente nos mesmos, denominado de unidades de registro (UR). A seguir, as UR são agrupadas em temáticas (unidades de significação) mais amplas que, por sua vez, vão constituir as categorias ao serem estabelecidas as afinidades entre elas^{13:16}.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram deste estudo 19 profissionais de saúde com idades entre 30 e 56 anos, sendo cinco enfermeiras, cinco técnicas de enfermagem, uma psicóloga, uma

farmacêutica, duas assistentes sociais e cinco médicos, totalizando 17 mulheres e dois homens.

A análise do conjunto das entrevistas gerou nove categorias a partir do recorte de 684 Unidades de Registro (URs), representando 100% do material analisado. As categorias foram denominadas da seguinte maneira: Evolução das práticas profissionais de cuidado ao longo da epidemia (213 URs, 31,2% do material); Paramentação astronauta: da aquisição de novos conhecimentos à desmistificação da aids (162 URs, 23,5% do material); Cronificação da aids, sucesso terapêutico (87 URs, equivalendo a 12,7% do material); Aids: “elite prosperidade para a saúde pública”¹ (82 URs, 12% do material); A continuidade dos serviços e o trabalho em equipe (61 URs, 9,0% do material); Prevenção (43 URs, 6,3% do material); O preconceito velado (17 URs; 2,5% do material); Situação epidemiológica da aids no RS (11 URs, 1,6% do material); Ética no cuidado (9 URs, 1,3% do material).

A seguir, serão apresentados os resultados e discussões das duas categorias iniciais, destacando os principais elementos que caracterizam o conteúdo das representações sociais estudadas.

Evolução das práticas profissionais de cuidado ao longo da epidemia

Esta categoria foi a mais expressiva quantitativamente, por conter a maior quantidade de URs, revelando tanto a importância do cuidado desenvolvido pelos enfermeiros e demais profissionais de saúde, quanto as diferenças no tipo de cuidado prestado do início da epidemia até os dias atuais.

Quanto ao conceito de cuidado, a análise inspira-se, em parte, no referencial sobre o cuidado humano preconizado por Waldow, que é uma forma de viver em que seres humanos tentam harmonizar seus desejos de bem-estar em relação a seus próprios atos em função do bem-estar dos outros^{14:61}, no entanto optou-se por agregar os conteúdos mais frequentes observados nas entrevistas, criando-se, empiricamente, a seguinte subdivisão: a dimensão tecnológica do cuidado, dimensão afetiva do cuidado, dimensão diagnóstica do cuidado, dimensão social do cuidado e dimensão gerencial do cuidado.

¹ Aids: “elite prosperidade para a saúde pública”- Trecho extraído da fala de um dos entrevistados

Na minoria dos depoimentos se percebe uma representação social estruturada, ou seja, envolta nas três dimensões que são o conceito, a imagem e a atitude, sendo que, em relação à segunda, poucos a evidenciaram. O conceito se refere a uma informação concreta e tem relação com a organização dos conhecimentos que o grupo possui com respeito ao objeto social, que neste estudo são as práticas profissionais de cuidado. A imagem é concebida como um reflexo interno da realidade externa e a atitude refere-se a uma tomada de decisão, uma atitude ou um julgamento¹⁵.

Em relação aos primórdios da epidemia de aids, os participantes reportaram sentimentos de medo em relação a contaminação, evidenciando empiricamente a dimensão tecnológica do cuidado. Sabe-se que o cuidado tecnológico é aquele em que a ênfase está na realização de procedimento em busca de uma cura¹⁴, fortemente atrelado ao tecnicismo e ao distanciamento entre paciente e profissional.

Era muito medo de tratar, proteção além do necessário. [eu fazia] medicação EV, IM, curativos, todos os procedimentos que fazem parte da enfermagem. (TE706)

Mais recentemente pesquisas realizadas com profissionais de enfermagem evidenciaram que a prática profissional do cuidado era norteada pela autoproteção atrelada a um sentimento que fazia parte da representação da aids, qual seja, o medo do contágio, que ainda guia essas práticas¹³, e situação semelhante foi evidenciada neste estudo, porém com uma diferença positiva, indicando provável progresso nas práticas profissionais de cuidado, já que hoje se pode observar uma construção representacional alicerçada nos conhecimentos reificados próprios, tanto da área da enfermagem como das demais áreas de saúde. Os avanços tecnológicos e científicos vêm influenciando a forma como os profissionais de saúde encaram a doença, já que os participantes referem nas falas conceito e atitude representacional em relação ao receio de contrair outras doenças transmissíveis e não necessariamente o HIV.

Eu acho que antes tinha mais tabu, tinha mais esse cuidado de se proteger, eu acho que tinha mais proteção com todos os pacientes HIV... Agora, acho que já está mais tranquilo, eu mesma tenho mais medo de me contaminar com hepatite C do que com HIV se eu me picar num acidente. (E719)

Estudo realizado em um hospital universitário do Rio de Janeiro, com profissionais de enfermagem, corrobora estes resultados, pois alguns entrevistados

evidenciaram, numa perspectiva atitudinal, o medo maior de contaminação pelas hepatites do que pelo HIV, haja vista que cientificamente o maior grau de infectividade é atribuído às hepatites, quando comparadas ao HIV¹⁶.

No início da epidemia a dimensão afetiva do cuidado, foi fortemente atrelada ao sentimento de pena, e era esse sentimento que aproximava pacientes e profissionais de saúde, assim, mesmo diante de uma enfermidade desconhecida e repleta de medo, havia dedicação profissional. Além disso, esse sentimento influenciava as manifestações conceituais e atitudinais desses profissionais.

[Tínhamos] muita pena (...) tristeza pela perda do paciente, (...) mas procurávamos fazer de tudo por eles. Dávamos tudo que ele precisava, atenção e conforto. (M711)

Eu cuidava, conversava, trabalhava a adesão. Foi assustador, depois foi positivo. (E719)

Ainda sobre a afetividade do cuidado, outra questão que se destacou nas falas foi a dimensão imagética do paciente como objeto estranho, de aparência física debilitada, dimensão essa também relacionada ao desconhecimento acerca da aids, a qual era representada conceitualmente como uma sentença de morte, que acometia pessoas de nível social mais elevado, que de acordo com os participantes do estudo possuíam certo “glamour”.

(...) aqueles primeiros pacientes se sentiam como objetos estranhos, uma doença que era uma sentença de morte e aí todo mundo olhando como um bicho estranho (...) (AS 713)

(...) eram pessoas mais intelectualizadas, mais articuladas, com uma cidadania mais ativa, glamour! (E716)

Assim, a questão imagética do indivíduo com aids, no início da epidemia, interferia de modo significativo nas práticas profissionais de cuidado, principalmente, na condição emocional dos profissionais de saúde, gerando diversos sentimentos, entre eles tristeza, pena e impotência diante do quadro de saúde dos pacientes, associado tanto à aparência física debilitada, quanto à inevitável sentença de morte frente ao diagnóstico de uma doença desconhecida e até então sem perspectivas de tratamento. Ainda, a alta letalidade influenciou de forma negativa as primeiras práticas profissionais de cuidado, favorecendo o distanciamento entre profissional de saúde e paciente, provocando ainda temores e estigmas sociais¹⁰.

Estudo realizado com crianças soropositivas também evidenciou a questão da dimensão afetiva das representações sociais, demonstrando os sentimentos de pena e tristeza. A representação desse sentimento, com as crianças, surgiu devido ao momento vivenciado por elas e à sua fase peculiar de vida, em que a inocência é uma característica marcante, porém esse sentimento não impediu a existência do profissionalismo nas relações com a clientela¹³, o que também foi evidenciado em nosso estudo.

Possivelmente, a representação social da doença como *glamour*, surgiu porque os primeiros casos ocorreram em quem possuía poder aquisitivo privilegiado para realizar viagens a outros países¹⁰. Essas questões permearam e construíram a história da aids no Brasil e no mundo, bem como a representação social da doença nas práticas de cuidado¹.

No que se refere à dimensão social do cuidado, se percebe uma transformação desde o início da epidemia, em que o *glamour* do portador foi substituído pela pauperização, demonstrando que tal modificação influencia as práticas profissionais de cuidado, pois há maior preocupação com as questões sociais, as quais interferem diretamente no processo saúde/doença.

A aids hoje acomete, em sua maioria, pessoas mais pobres e sem recursos mínimos para sobrevivência, o que vem modificando a atitude e a forma de encarar a doença pelos profissionais de saúde, não só no Brasil, mas no mundo^{1,17}. Adentrou e expandiu, não só cientificamente, como socialmente, portanto houve uma modificação no cuidado reificado e consensual. Além disso, houve a representação em relação à importância do cuidado envolto na atenção ao paciente como um aliado para a construção de políticas públicas¹.

Ainda, por envolver profissionais de saúde e práticas de cuidado, também evoluiu para uma nova conceituação que está em desenvolvimento no país, ou seja, a perspectiva técnico-profissional desenvolvida por uma enfermeira, que realiza estudos científicos, em sua maioria, com profissionais de saúde e representações sociais.

(...) eu acho que a aids se encarregou muito de ensinar uma forma diferente de ver, de pensar e de realizar a saúde dentro do mundo, não é só no Brasil, mudou e mudou bastante, as abordagens, muita coisa mudou, profissionais tiveram que rever suas atitudes por conta de nós termos uma doença que cresceu tanto do lado científico quanto social,

creceu junto. A sociedade trouxe a grande informação que impulsionou a ciência a fazer toda a sua pesquisa e até hoje é dessa forma. (E717)

Entendo que a própria voz daquelas pessoas que têm HIV/aids são os que nos dão um norte para que a gente possa construir políticas públicas, e, se a gente não escutar com atenção, nós não vamos conseguir dar conta, porque a população está sempre mudando, a necessidade está sempre se transformando e não pode ser um programa estático, ele tem que ser um programa dinâmico. (E719)

Percebe-se nos relatos que a enfermagem mantém uma postura conceitual importante, já que identifica as mudanças que a aids vem trazendo ao longo desses anos para as práticas profissionais de cuidado. Enfatiza de maneira holística a necessidade de constante reflexão, acerca de suas práticas, bem como de dar voz e vez ao protagonismo do paciente, como forma de impulsionar a evolução da ciência e, conseqüentemente, das práticas profissionais de cuidado. Assim, fica evidente que há mudança de postura dos profissionais diante das transformações da epidemia, já que a aids é a primeira doença cujas histórias médica e social se desenvolveram de modo concomitante, na medida em que a sociedade reconstruiu a aids a partir da cultura aliada à ciência, outrora tão incipientes¹.

Também se pode observar de forma implícita a representação do cuidado baseado na humanização, o que reporta para a dimensão afetiva do cuidado, já que se constatou a preocupação do profissional com a questão do respeito aos pacientes, na medida em que é preciso ouvi-los para que suas contribuições dinamizem as práticas profissionais de cuidado, mantendo o programa da aids voltado às suas reais necessidades. Nessa perspectiva, cita-se a pesquisa realizada nos Serviços de Assistência clínico-ginecológicas do Rio de Janeiro, com 46 mulheres que denunciaram a organização dos serviços, bem como o comportamento dos profissionais, que inviabilizam a participação das pacientes e o desenvolvimento de ações de educação em saúde¹⁸, o que, de certa forma, corrobora os resultados aqui apresentados, pois não houve a constatação de alternativas para que os pacientes fossem ouvidos, apenas relatou-se a preocupação de tal abordagem.

Os participantes referem duas facetas vivenciadas no município estudado. A primeira referente à precariedade de investimentos, que repercutem na assistência direta

ao paciente e, portanto, na dimensão gerencial do cuidado, aquela que envolve a infraestrutura adequada para que o cuidado seja realizado. E a segunda referente à facilidade e melhora no atendimento ofertado aos pacientes, e que se refere à dimensão diagnóstica do cuidado.

Em relação à primeira faceta, independentemente do serviço ao qual estejam vinculados, os participantes do estudo representam a prática profissional do cuidado como difícil, incompleta e precária na dimensão gerencial, evidenciando que há falta de recursos para diversas ações, como exames, passagens de ônibus, como se pode observar nos relatos a seguir:

(...) nós, aqui dentro [centro de saúde], pouco lidamos com sangue, a não ser nos testes rápidos, mas, mesmo assim, falta recursos (...) (M707)

(...) a gente não consegue nem que eles tenham passagens do ônibus, então, é bem essa questão [HU]. A administração está precária (...) (P714)

Em contrapartida na segunda faceta a prática profissional de cuidado é representada de forma satisfatória na dimensão diagnóstica, evidenciando a facilidade e melhora no atendimento ofertado aos pacientes. Houve o reconhecimento atual das necessidades especiais dos pacientes, entre elas a condição imunológica, as consultas de prevenção e manutenção da saúde e a realização de exames diagnósticos:

(...) as profilaxias, como está o resultado de CD4 e Carga Viral. Vacinação, a gente encaminha eles para as imunizações [aqui no centro de saúde]. CP mesma coisa. A gente tem mamografia, no caso da mulher, e os controles de PSA no homem, ecografia prostática também, se for o caso, e todos os exames sorológicos que sejam necessários. (M708)

(...) às vezes nós temos que usar uma paramentação maior [aqui no HU], não por conta de ele ter o HIV, mas por conta de ser uma pessoa comprometida em sua situação imunológica, então ele é uma pessoa bastante frágil. Então, nós lidamos com muitos isolamentos de proteção, com o paciente, quando eles estão muito imunodeprimidos (...) (E717)

Estudo bibliográfico evidencia que há recursos das políticas públicas de saúde em benefício à assistência de qualidade às pessoas vivendo com HIV/aids no Brasil e esses são repassados a todos os municípios¹⁹. Dessa forma, acredita-se que talvez a

organização desses recursos no município estudado esteja com problemas, devido às representações conceituais relatadas pelos diferentes profissionais vinculados aos serviços.

Paramentação astronauta: da aquisição de novos conhecimentos à desmistificação da aids

Nos primórdios da epidemia do HIV/aids havia ausência total de conhecimentos acerca da doença, que era tratada de forma aterrorizadora. Assim, havia mistificação da aids e de seus portadores, e isso foi constatado por meio dos depoimentos repletos de representações imagéticas, envoltas nesse precário conhecimento acerca da epidemia.

(...) chegaram os primeiros pacientes de HIV, com aids, e a gente parecia um astronauta, colocava tanto equipamento de proteção que parecia um astronauta para tentar tocar, porque ninguém queria atender aqueles pacientes. (AS713)

A doença apresentava aspectos bastante negativos em sua representação, já que a morte era inevitável diante da inexistência de tratamento mais eficaz. Assim, o medo de contrair a doença era intenso, por isso os cuidados eram redobrados, a representação da doença nesse período denuncia o excesso de autocuidado do profissional, já que os entrevistados recordam que até os objetos pessoais dos doentes eram separados e incinerados. Dessa forma, a representação social da aids, direcionava às práticas de cuidado, repletas de precauções demasiadas.

Fazíamos coisas horríveis: incinerávamos as roupas e pertences dos pacientes que sabíamos que tinham aids. (E716)

(...) colocava-se toda uma paramentação. As coisas dos pacientes com aids eram todas separadas. Tinha uma bacia de inox que ficava cheia de hipoclorito e ali a gente colocava o prato, talher, tudo o que o paciente usava. (E717)

Corroborando com isso, ao reportar a história da aids, o perfil representacional caracterizado pela morte e pelo medo se associou, nas décadas de 80 e 90, a práticas profissionais de cuidado caracterizadas pelo uso de técnicas de autoproteção profissional exacerbadas¹. O medo no início da epidemia era total, estudos em âmbito nacional e internacional explicitam esse sentimento que permeava as práticas de

cuidado no início da epidemia^{2,16,20}. Reitera-se que a inexistência de oferta de capacitação favorecia para que as representações sociais da aids fossem repletas de mistificações, já que o conhecimento era adquirido por meio de noticiários de forma vaga e incompleta, em que se mostravam pessoas, principalmente do meio artístico, emagrecendo e morrendo, favorecendo o medo e o terror.

Não sabia nada. Só lembro de pessoas morrendo e emagrecendo. Aparecia na mídia. (F712)

Todo mundo era Cazuzza, eram caquéticos e logo morriam, a gente via na mídia e não tinha capacitação no início, então era aterrorizador. (M710)

Desataca-se que, apesar do desencadeamento de sentimentos de medo e terror, além da mistificação, os meios de comunicação foram importantes para o conhecimento, a difusão e a construção das representações sociais da aids. Foi por meio da imprensa que ocorreram as informações sobre a doença no domínio médico e científico para a sociedade⁵. Cazuzza foi uma das primeiras figuras públicas a admitir, em 1989, que era soropositivo, e a falar abertamente sobre sua vida sexual na mídia, e hoje representa uma figura importante, principalmente para o auxílio nas campanhas de prevenção do HIV.

Em relação ao uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), observou-se que houve duas fases. A primeira, no início da epidemia, em que as precauções eram realizadas de forma exacerbada e a representação da doença era envolta pelo medo. E, na segunda e atual, houve negligência com as precauções padrão, com o entendimento de que esse tipo de precaução deve ser utilizada para todos os pacientes, independente de sua doença, principalmente devido à mudança de estereótipo dos clientes com HIV/aids, ocasionando a impossibilidade de identificar a pessoa com HIV entre as demais.

Houve duas fases: 1ª- por ser impactante todo mundo se protegia, tinha gente que colocava duas luvas, depois o pessoal foi relaxando. Mas o que sempre nos preocupou era fazer todo mundo usar para todos e não só para aqueles que se sabia o diagnóstico. (M718)

Tem que ter cuidados iguais para todas as doenças, não tem por que a aids ser diferente das outras. (TE705)

Estudo realizado com enfermeiros em um hospital universitário do Rio de Janeiro corroborou com o que observa-se na atualidade, evidenciando que inicialmente

a proteção ocorria de forma exagerada, com uso de mais de uma luva, e hoje os profissionais entendem que deve ser utilizada de maneira racional, sendo que a precaução padrão é para todos os pacientes, independentemente de sua doença; esse discernimento se deve às mudanças no estereótipo dos pacientes ocorrido devido ao Tratamento com Antirretrovirais (TARV), o que ocasiona a impossibilidade de identificação da pessoa com HIV entre as demais¹⁶.

A dimensão conceitual de alguns entrevistados denuncia que existem profissionais que não utilizam os EPIs, como, por exemplo, o pessoal responsável pela limpeza. Diante desta constatação, há diálogos para que haja a sua utilização.

Aconselho os colegas, por exemplo, o funcionário da higiene não usa luva às vezes, e tem que usar como medida de segurança, não se sabe quem tem e quem não tem HIV. (TE706)

O uso da luva na hora da coleta de sangue, e as gurias deveriam usar os óculos de proteção, mas elas não usam..., mais é a luva mesmo. (E701)

Estudo realizado com 40 profissionais de enfermagem na cidade do Rio de Janeiro evidenciou que, concernente ao uso dos EPIs, muitos membros da equipe afirmaram o seu desuso. Ainda, evidenciaram que, quando sabem que o paciente é portador, utilizam além da luva os óculos de proteção¹⁶.

Atualmente há diversas capacitações as quais, juntamente com o investimento em nível mundial em pesquisas, foram essenciais para a desmistificação da patologia e continuam extremamente importantes, na medida que o HIV/aids permanece em constante evolução e com descobertas de tratamentos. Dessa forma, fazem-se necessárias atualizações permanentes dos profissionais, já que observaram-se algumas falhas de capacitação para certas profissões, como para os técnicos de enfermagem. É necessário estimular os profissionais de saúde a irem em busca de conhecimentos e envolvê-los no engajamento para melhores condições de desenvolvimento eficaz das práticas de cuidado:

Nunca fiz um cursinho, eles deveriam estimular mais a gente, oportunizar mais. (TE703)

Eu fiz um curso maravilhoso, mas temos que ir atrás também. Eu acho que a gente tem que estar sempre se atualizando. (M708)

As mudanças de postura devido ao conhecimento atual, favorecido pelas novas descobertas da ciência, em especial a terapia antirretroviral, bem como a disseminação

desse conhecimento sob forma de programas de educação em saúde modificaram a representação na dimensão atitudinal dos enfermeiros e demais profissionais de saúde, colaborando para a desmistificação da aids. É um fator positivo tanto para os pacientes quanto para os profissionais de saúde, já que as práticas profissionais de cuidado melhoraram, principalmente pelo fato de que alguns profissionais tendem a atuar com maior aproximação e oportunidade para o desencadeamento de uma relação dialógica.

(...) a equipe se colocando no lugar do paciente, essas questões humanas, essas questões foram sendo trabalhadas, não foi só o aspecto dos antirretrovirais, também contribuiu muito porque se deu uma esperança, e dando esperança para o paciente, isso melhora muito, mas também essa compreensão da equipe, de conversar, de trocar, dialogar, necessidade de trocas (...) (AS713)

A percepção dos profissionais de saúde sobre a esperança e um melhor prognóstico que influenciou na qualidade de vida entre portadores do HIV, como elementos importantes, merece destaque, haja vista a construção simbólica em torno do HIV/Aids que inicialmente foi associada à ideia de doença fatal. Este achado também foi constatado em um estudo que evidenciou a possibilidade de um efetivo processo de mudança representacional, com a diminuição da importância simbólica da morte e assimilação mais positiva da convivência com a doença¹⁶. Assim, a esperança e a transformação das práticas de cuidado estão envoltas no advento da terapia antirretroviral⁵, a qual possibilita maior expectativa e qualidade de vida, aproximando profissional e paciente para relações mais dialógicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados mostram que existe uma transformação evidente na representação das práticas profissionais de cuidado, por meio de um processo de mudança que vem sendo operado nas representações sociais da aids, com a introdução da possibilidade de convivência com a doença e a diminuição da importância da morte, principalmente após o advento da terapia antirretroviral. Constatando-se que atualmente o empirismo da dimensão social do cuidado está em evidência, visto que a preocupação maior não está em torno da morte e sim das relações sociais. Evidencia que o cuidado é representado como bom na dimensão diagnóstica e difícil, incompleto, além de precário na dimensão

gerencial.

Esse processo de mudança foi demonstrado empiricamente neste estudo por meio da análise dos depoimentos, colocando-se como contribuição ao estado da arte do conhecimento sobre o tema dos modos de pensar associados ao HIV e à aids, bem como das relações estabelecidas entre representações e práticas profissionais de cuidado.

Destaca-se que, por meio do olhar das representações sociais elaboradas pelos enfermeiros e demais profissionais de saúde, é possível dispor de recursos tão ou mais sofisticados do que aqueles de natureza tecnológica para a concretização de formas alternativas de práticas de cuidado, que perpassem tanto a sua dimensão biomédica quanto relacional. Este aparato de fatores deveria incorporar-se ao ideário de um cuidado que se revisita e se remodela, pautado no diálogo, o que ocorre no estudo. Porém, constatou-se que, em relação à humanização, essa conduta necessita ser mais explorada pelos profissionais de saúde, já que ela não foi evidenciada de forma enfática durante os depoimentos.

Acredita-se que com este estudo foi possível conhecer a representação social das práticas de cuidado, tanto na perspectiva do cuidado do outro quanto do cuidado de si, enfatizando o quão é importante a nova perspectiva de estudo referente às representações socioprofissionais. Apesar de suas limitações relacionadas ao pequeno número de participantes em um único cenário, este estudo alcançou o objetivo proposto. Em adição, aponta caminhos para que futuras pesquisas possam explorar, em outros cenários e contextos, as práticas profissionais de cuidado, sobretudo no universo da enfermagem, a qual necessita valorizar a dimensão humana nas práticas profissionais de cuidado, levando em consideração seu caráter transformador.

REFERENCIAS

- 1.Oliveira DC. Construção e transformação das representações sociais da aids e implicações para os cuidados de saúde. Rev Latino-Am. Enfermagem. 2013; 21:276-286.
2. Santos EI, Gomes AMT, Oliveira DC, Santo CCE. Entre sofrimento e prazer: a vulnerabilidade para enfermeiros nas relações interpessoais com pacientes com HIV/aids. Rev enferm UERJ. 2013; 21(1):9-15.

3. Gomes AMT, Oliveira DC. O núcleo central das representações de enfermeiros acerca da enfermagem: o papel próprio da profissão. *Rev enferm UERJ*. 2010; 18(3):352-8.
4. Waldow VR, Borges RF. O processo de cuidar sob a perspectiva da vulnerabilidade. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2008; 16:765-71.
5. Gomes AMT, Thiengo PCS, Anunciação CT, Oliveira DC, Kestenberg CCF. Representações sociais das atividades da enfermagem junto aos pacientes soropositivos: caracterizando ações e atores sociais. *Rev Eletr Enf [Scielo-Scientific Electronic Library Online]* 2010 [citado em 05 out 2014]. 13(1):16-23. Disponível em:<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i1.8712>.
6. Sá CPA construção do objeto de pesquisa em representações sociais. In: Sá CPA. A identificação dos fenômenos de representação social. Rio de Janeiro: UERJ;1998. p. 45-59.
7. Moscovici S. O fenômeno das representações sociais. In: Moscovici S. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. 3a ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2005. p. 29-109.
8. Cansonieri AM. *Metodologia da pesquisa qualitativa na saúde*. Rio de Janeiro: Vozes; 2010.
9. Rio Grande [site de Internet]. Programa Municipal de DST/aids Rio Grande-RS. [citado em 13 out 2014] Disponível em: <http://www.riogrande.rs.gov.br/dst/index.php/servico>.
10. Silva CM, Silveira JM, Sassi MGM. Aids na cidade de Rio Grande, 1986-2005. In: Loureiro RP (org). *A maioria da epidemia: vivências na trajetória dos 21 anos da Aids no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre;2008. 198 p.
11. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: edições 70; 2011.
12. Oliveira DC. *Análise de Conteúdo Temático-Categorial: uma proposta de sistematização*. *Rev Enferm UERJ*. 2008; 16(4):569-76.
13. Gomes AMT, Barbosa BFS, Oliveira DC, Wolter RMCP, Silva MVG. As representações sociais de enfermeiros sobre a criança soropositiva para o HIV: interface para o cuidar. *Rev Enferm UERJ*. 2011; 19(1):14-19.
14. Waldow VR. *Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem*. Petrópolis (RJ): Vozes; 2006.

15. Jodelet D. Representações Sociais: um domínio em expansão. In D. Jodelete (ed). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: Eduerj; 2001. p. 17- 29.
16. Formozo GA, Oliveira DC. Representações sociais do cuidado prestado aos pacientes soropositivos ao HIV]. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63(2):230-7.
17. Campbell C, Skovdal M, Mupambireyi Z, Madanhire C, Robertson L, Nyamukapa CA, Gregson S. Can AIDS stigma be reduced to poverty stigma? Exploring Zimbabwean children's representations of poverty and AIDS. *Children's representations of poverty and AIDS*. 2011; 38(5):732-42.
18. Marques SC, Tyrrell MAR, Oliveira DC. As práticas educativas na prevenção do HIV/aids das usuárias da rede básica de saúde do Rio de Janeiro/ Brasil. *Rev Min Enferm*. 2013; 17(3): 538-546.
19. Villarinho MV, Padilha MI, Berardinelli LMM, Borenstein MS, Meirelles BHS, Andrade SR. Políticas públicas de saúde face a epidemia da AIDS e a assistência as pessoas com a doença. *Rev Bras Enferm*. 2013; 66(2):271-7.
20. German D, Latkin CA. Social stability and HIV risk behavior: Evaluating the role of accumulated vulnerability. *AIDS Behav*. 2012; 16(1):168-78.

6.2 Artigo 2

CRONIFICAÇÃO DA AIDS E A SAÚDE PÚBLICA: um estudo de representação social entre profissionais de saúde

THE AIDS CHRONICITY AND THE PUBLIC HEALTH: a study of social representation between health professionals

LA CRONICIDAD SIDA Y LA SALUD PÚBLICA: un estudio de la representación social de los profesionales de la salud

1 Fabiani Weiss Pereira. Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Brasil.

2 Adriana Dora da Fonseca. Doutora docente dos cursos de graduação e pós-graduação de enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Brasil.

Autor responsável pela troca de correspondência:

Fabiani Weiss Pereira. Rua Dom Pedro I, 205, Rio Grande, RS. Cep: 96211-560. Tel: (53)9934-1422. E mail: enffabiweiss@hotmail.com

RESUMO

Estudo exploratório-descritivo, fundamentado na Teoria das Representações Sociais, que objetiva analisar as representações sociais, no que se refere à saúde pública e à terapia antirretroviral, e sua influência nas práticas profissionais de cuidado. Os dados foram coletados por meio de entrevistas e explorados pela análise de conteúdo sistematizada. A representação social da prática profissional é embasada na humanização do cuidado, no sucesso terapêutico e na prosperidade na qualidade de vida dos pacientes, principalmente pela disponibilidade e gratuidade das medicações, facilidade de acesso a exames, entre outros. Constatou-se que quanto à prevenção há necessidade de maiores investimentos. Conclui-se que a ação terapêutica fez parte da prática dos profissionais de saúde, com destaque para a enfermagem, condutora dessa ação.

Descritores: Síndrome da Imunodeficiência Humana; Pessoal da saúde; Enfermagem.

ABSTRACT

Exploratory and descriptive study based on the Theory of Social Representations, which aims to analyze the social representations of professional care practices, of nurses and other health professionals, as regards to public health and antiretroviral therapy. The data were collected through interviews and explored by systematic content analysis. The social representation of professional practice is grounded in humanization of care, in therapeutic success and in the prosperity on the quality of life of the patients, mainly by the availability and gratuity of medications, ease access to exams, among others. It was found that on regard of prevention there is the need of greater investment. It is concluded that the therapeutic action was part of the practice of health professionals, especially nursing, conducting this action.

Descriptor: Acquired Immunodeficiency Syndrome; Health personnel; Nursing.

RESUMEN

Estudio exploratorio y descriptivo basado en la teoría de las representaciones sociales, que tiene como objetivo analizar las representaciones sociales de las prácticas de trabajo de cuidado, enfermeras y otros profesionales de la salud, en lo que respecta a la salud pública y la terapia antirretroviral. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas y operados por el análisis sistemático de contenido. La representación social de la práctica profesional se basa en la humanización de la atención en el éxito terapéutico y la prosperidad en la calidad de vida de los pacientes, principalmente por la disponibilidad de los medicamentos y la gratuidad, la facilidad de acceso a las pruebas, entre otros. Se encontró que a medida que la prevención existe la necesidad de una mayor inversión. Se concluye que la acción terapéutica fue parte de la práctica de los profesionales de la salud, especialmente de enfermería, la realización de esta acción.

Descritores: Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Personal de salud; Enfermería.

INTRODUÇÃO

Este trabalho consiste em um recorte da dissertação “As transformações do cuidado de saúde e enfermagem em tempos de aids: representações sociais de

enfermeiros e demais profissionais de saúde no Sul do Brasil”, desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). A dissertação fez parte de um projeto multicêntrico que analisou as representações sociais e memórias das práticas profissionais de cuidado voltadas ao HIV/aids, desenvolvidas por enfermeiros e profissionais de saúde brasileiros, situados em realidades contrastantes, tanto no aspecto geográfico, quanto epidemiológico e histórico.

Ao longo da epidemia o desconhecido (vírus e doença) tornou-se algo conhecido (HIV/aids), possível de ser pensado e sobre o qual se poderia agir, constituindo-se em elementos essenciais para a formação de representações¹. Nas três décadas da epidemia do HIV/aids, emergiram diversas representações da doença e de seus portadores, as quais sofreram alterações no decorrer dos anos e que foram influenciadas pelas mudanças epidemiológicas, pela organização social e pelo desenvolvimento científico.

O último relatório mundial da Agência das Nações Unidas que luta contra a aids denunciou que, na terceira década da epidemia, as causas de transmissão do HIV são muitas e inter-relacionadas, com destaque para as relações sexuais desprotegidas, provavelmente porque a nova geração não viveu a epidemia dos anos 80, bem como ao sucesso da terapia antirretroviral, que fez com que diminuísse o medo da morte².

Diante disso vale ressaltar que, no Brasil, o conjunto de intervenções voltadas à assistência esteve sempre no escopo das políticas públicas de saúde, com a elaboração de políticas voltadas ao HIV/aids, culminando na consolidação de diversas leis e programas de saúde, auxiliando na promoção e prevenção, bem como no aprimoramento do tratamento antirretroviral³.

Foi no ano de 1992 que o Brasil passou a fornecer gratuitamente o AZT, e após quatro anos instituiu a distribuição gratuita de medicamentos para todas as pessoas acometidas pelo HIV/aids, proporcionando aumento na sobrevivência dos pacientes soropositivos. A disponibilidade dessa terapia antirretroviral de alta potência causou impacto notável na realidade da epidemia no Brasil, com a redução da morbimortalidade e diminuição das internações hospitalares¹. Além disso, modificou a representação social da doença, que passou a ser considerada uma doença crônica, abarcando elementos de enfrentamento relacionados ao tratamento, prevenção e cuidado⁴.

Neste novo panorama do HIV/aids, a ênfase no enfermeiro justifica-se pelo fato de ser considerada uma das profissões que mais efetivam atividades de promoção, manutenção e recuperação da saúde⁵. Assim, cabe evidenciar que as práticas profissionais de cuidado vão além do que tradicionalmente compreendemos sobre tratamento, intervenção ou atendimento, já que nelas há um aprofundamento das dimensões relacional e humanística.

As práticas profissionais de cuidado valorizam aspectos do trabalho em saúde pautados no encontro, na comunicação intersubjetiva, nos saberes cotidianos, no reconhecimento mútuo entre profissional e paciente como sujeitos em diálogo e em interação⁶. O cuidado é tomado como um constructo filosófico, “ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade”^{7:42}.

As políticas públicas e o advento da terapia antirretroviral provocaram mudanças não só no Brasil, mas em nível mundial² já que há um novo panorama da aids, cronificação e melhora da qualidade de vida dos portadores⁴. Nesse sentido, a questão de pesquisa é: Quais as representações sociais de enfermeiros e demais profissionais de saúde acerca das práticas profissionais de cuidado, no que se refere à saúde pública e à terapia antirretroviral? Para responder a questão, o objetivo é analisar as representações sociais, no que se refere à saúde pública e à terapia antirretroviral, e sua influência nas práticas profissionais de cuidado.

EMBASAMENTO TEÓRICO

A aids não é considerada apenas uma síndrome, mas também um fenômeno social de proporções capazes de causar impacto nos princípios morais, religiosos e éticos, além de ações de saúde pública, envolvendo várias questões como as relativas à prevenção e promoção da saúde⁸. Em relação à prevenção e promoção da saúde, é importante destacar as políticas públicas de saúde em prol desta população, a gratuidade dos antirretrovirais e as práticas profissionais de cuidado, com o estabelecimento de uma abordagem integradora na problemática da infecção pelo HIV/aids.

A investigação das representações sociais sobre as práticas profissionais de cuidado aos pacientes HIV/aids remete a um conhecimento particular acerca do

fenômeno, elaborado a partir das experiências profissionais, num contexto sociocultural determinado. São formadas por meio de nossas experiências e de informações, conhecimentos e formas de pensamentos que recebemos e transmitimos por meio da tradição, da educação e da comunicação social, apresentando-se como modelos práticos de pensamento⁹.

Ainda, as representações sociais são uma forma de conhecimento que é socialmente elaborada e partilhada e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social⁹. Sendo assim, é por meio das representações que se define e se interpreta aspectos da realidade cotidiana e, a partir disso, são determinados a tomada de decisão e o posicionamento diante de situações. Dessa forma, à luz dos conceitos expostos, a Teoria das Representações Sociais foi adotada nesta pesquisa com o intuito de identificar como as práticas profissionais de cuidado aos pacientes com HIV/aids são tratadas por um determinado grupo de sujeitos: o que eles pensam sobre este objeto, que saberes circulam, como lidam com o HIV/aids, o tratamento antirretroviral, e como agem diante das políticas públicas de saúde.

MÉTODOS

Trata-se de estudo com caráter descritivo e qualitativo fundamentado na Teoria das Representações Sociais (TRS), a qual pressupõe que um objeto de estudo só é capaz de gerar representação social se tiver “relevância cultural e espessura social”^{10:45}. A pesquisa qualitativa proporciona uma visão geral sobre determinada situação e pode ser considerada como a primeira etapa de uma pesquisa mais ampla, uma vez que, em decorrência dos seus resultados, podem ser organizados planos estratégicos de ação e, assim, a pesquisa pode contribuir para a mudança da realidade investigada¹¹.

O estudo faz parte de um projeto multicêntrico realizado no Brasil intitulado: “As transformações do cuidado de saúde e enfermagem em tempos de aids: representações sociais e memórias de enfermeiros e profissionais de saúde do Brasil”. Em Rio Grande/RS, foi desenvolvido no período entre outubro de 2012 e abril de 2013, em dois serviços responsáveis por ações do Programa Municipal DST/AIDS: na Coordenação Municipal de DST/AIDS (CMDST/AIDS), da Secretaria Municipal de Saúde, e no Serviço de HIV/AIDS do Hospital Universitário Miguel Riet Corrêa Jr., da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), compondo ao final uma dissertação da

qual este estudo é um recorte.

A Coordenação Municipal de DST/AIDS (CMDST/AIDS) abrange o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e o Ambulatório Municipal de DST (AMDST). O CTA realiza ações de diagnóstico e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Nesse serviço, é possível realizar testes para HIV, sífilis e hepatites B e C, gratuitamente. No Ambulatório Municipal de Doenças Sexualmente Transmissíveis – AMDST há atendimento para todas as DSTs. Foi aberto ao público em fevereiro de 1999, e tem como população-alvo pacientes de todas as idades, inclusive crianças¹².

O Serviço de HIV/AIDS do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. é responsável por ações de combate à aids no Município do Rio Grande e age em parceria com a Coordenação Municipal. Possui infraestrutura e profissionais de saúde para o atendimento da população, além disso, realiza ações de educação em saúde acerca da temática aids, geralmente em escolas, indústrias, empresas¹³.

Participaram do estudo 19 profissionais de saúde, de nível médio e superior, sendo nove da Coordenação Municipal de DST/aids e 10 do serviço de HIV/AIDS do HU/FURG. Os critérios de inclusão foram estar atuando nos serviços estudados havia pelo menos um ano e aceitar participar da pesquisa. Os critérios de exclusão se restringiram aos profissionais que não aceitaram participar do estudo e aos que não se encontravam no trabalho devido a férias, licença de saúde ou qualquer tipo de afastamento. Todos foram orientados quanto aos objetivos do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O presente estudo obedeceu a todas as normas éticas e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS), da Universidade Federal do Rio Grande, (CEPAS)/FURG, sob o Parecer de nº 091/2010, e os aspectos legais foram analisados à luz da Resolução 196/96, vigente na época.

Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas com roteiro estruturado. Solicitou-se a permissão de uso das informações e de gravação, assegurando o anonimato dos participantes. As entrevistas foram transcritas e organizadas, preservando a identidade dos participantes, assim foi utilizado a inicial da categoria profissional seguido do número da entrevista como, por exemplo, enfermeiros (E2); médicos (M3).

Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo temática norteada pelos preceitos de Bardin¹⁴, sistematizados por Oliveira¹⁵. Realizou-se a análise por

meio das significações compostas nos relatos dos profissionais de saúde entrevistados. Essa técnica adotada vem sendo amplamente utilizada em estudos que têm como referência a TRS por possuir características de sistematização e de análise detalhada do conteúdo dos dados coletados¹⁴⁻¹⁵. Ainda, a análise de conteúdo tem como objetivo viabilizar o desvelar das representações sociais a partir do recorte de trechos discursivos, procurando levar em consideração a temática contida nos mesmos, denominados de unidades de registro (URs). Após, as URs são agrupadas em temáticas, denominadas de unidades de significação, que são mais amplas e que irão constituir as categorias ao serem estabelecidas as afinidades entre elas^{16:16}.

RESULTADOS

Participaram deste estudo 19 pessoas com idade entre 30 e 56 anos, sendo cinco enfermeiras, cinco técnicas de enfermagem, uma psicóloga, uma farmacêutica, duas assistentes sociais e cinco médicos, totalizando 17 mulheres e dois homens.

Diante da análise do conjunto das entrevistas, surgiram nove categorias a partir do recorte de 684 Unidades de Registro (URs), representando 100% do material analisado. As categorias foram denominadas da seguinte maneira: Evolução das práticas profissionais de cuidado ao longo da epidemia (213 URs, 31,2% do material); Paramentação astronauta: da capacitação à desmistificação da aids (162 URs, 23,5% do material); Cronificação da aids, sucesso terapêutico (87 URs, equivalendo a 12,7% do material); Aids: “elite prosperidade para a saúde pública”² (82 URs, 12% do material); Prevenção (43 URs, 6,3% do material); A continuidade dos serviços e o trabalho em equipe (61 URs, 9,0% do material); O preconceito velado (17 URs; 2,5% do material); Situação epidemiológica da aids no RS (11 URs, 1,6% do material); e Ética no cuidado (9 URs, 1,3% do material).

A seguir, serão apresentados os resultados e discussões de duas categorias, destacando os principais elementos que caracterizam o conteúdo das representações sociais estudadas.

Cronificação da aids, sucesso terapêutico

² Aids: “elite prosperidade para a saúde pública”- Trecho extraído da fala de um dos entrevistados

Categoria considerada de forte impacto e relevância diante do conteúdo representacional encontrado nos depoimentos e da diferença exacerbada desde o início da epidemia até a atualidade, já que de uma doença sem perspectivas de tratamento, configurada em torno do medo e da morte, modifica-se, após a implantação dos antirretrovirais, passando a ser encarada de forma mais amena e considerada de caráter crônico.

“Antes falava em aids, a gente lembrava de morte, porque realmente não se tinha o tratamento efetivo. Atualmente já é bem diferente, é considerada uma doença crônica, que não tem cura, mas que a pessoa pode realizar o tratamento e pode conviver bem com a doença.” (E701)

“A aids é um problema, mas não é mais uma sentença de morte. Saber que alguém tem, que vai tratar, vai controlar, vai usar os remédios que tem e de repente vai viver mais e melhor do que um outro com diabetes, com hipertensão.” (E709)

Vislumbra-se o sucesso terapêutico adquirido com os antirretrovirais, repercutiu na forma de cuidar, tendo em vista o investimento em pesquisas científicas para a melhoria do tratamento. Tal sucesso também é associado a uma prática profissional de cuidado envolta na humanização, a qual visa ao alívio de um sofrimento ou ao alcance de um bem-estar, além disso, transmite aos pacientes mais esperança de vida e saúde, diante da evolução do tratamento:

“Mudou a qualidade de vida das pessoas portadoras, porque eu lembro, cada pessoa tomava um punhado de medicações, e, hoje, tu podes começar um tratamento tomando três comprimidos por dia, muita diferença! Uma qualidade de vida bem melhor do que antigamente e não é só dar o remédio, procuramos transmitir alívio e conforto também.” (TE715)

“Hoje nós temos essa gama de medicações que nos dá toda uma outra expectativa e uma perspectiva. Então, hoje se lida com uma tecnologia bastante expandida e se tem muito mais a oferecer como suporte de qualidade de vida para este paciente do que no passado. Hoje eu trabalho com a alegria de saber que é o início de uma forma

diferente, mas bem possível, que não impossibilita nada, os projetos não precisam ser adiados.” (E717)

O avanço na terapia implicou a adição de ações, os profissionais de saúde demonstram responsabilidade diante do advento da terapia antirretroviral, já que atualmente tem-se o discernimento de que a responsabilização da adesão aos medicamentos é compartilhada. Ou seja, paciente e profissional são corresponsáveis, sendo que os profissionais de saúde reconhecem que devem ofertar o espaço para conversa e escuta, procurando assim favorecer o uso correto das medicações:

“[...] abrir o espaço da conversa, o diálogo, que isso é muito importante, às vezes o paciente entra e sai de uma sala, e não sabe, não entende o que é aquela receita, sai com um saco de medicações, não sabe como tomar, quando vê volta e devolve as medicações [...]” (E719)

A Representação Social das práticas de cuidado mostra-se mais complexa e abrangente, isso implica novas responsabilidades acerca da adesão aos antirretrovirais e à percepção da característica do paciente que adere e do que não adere aos medicamentos. Isso evidencia um pensamento com significações valorativas de cunho pessoal e que reportam a possível culpabilização ao paciente, já que, diante da adesão aos antirretrovirais, inúmeras são as implicações ocorridas no ambiente interno e externo de vivência dessas pessoas e que podem constituir em uma boa ou má adesão:

“Eu sempre brinco que hoje existe duas epidemias: de quem toma e de quem não toma os antirretrovirais, quem não toma está sempre mal, quem toma nunca interna. Cabe a eles decidir.” (M710)

As implicações para a adesão aos antirretrovirais dependem do contexto ambiental em que cada um vive e convive. Apesar de alguns profissionais não conseguirem reconhecer e observar a adesão sobre essa perspectiva, culpabilizando o paciente, há profissionais esclarecidos que conseguem visualizar e demonstram uma representação envolta na dimensão atitudinal, com a preocupação das condições em que

essas pessoas vivem e os motivos que as levam a não aderir, evidenciando uma prática profissional de cuidado que reporta o comprometimento, o zelo e a humanização:

“Tem muita gente que [...] nunca viu uma criança tomar remédio, mas é ele quem diz lá, que tem que ser dado de tal forma. [...] vai lá na periferia e olha o cara tomando remédio, e vê se esse cara tem condições de tomar [...]. Porque ele [o médico] dizer, sentado na escrivaninha [...] é muito fácil, agora vem aqui, pega a criança e diz para ela: ó, tu tens que tomar a partir de hoje, cinco doses do remédio de manhã e cinco doses do remédio de noite, aí eu quero ver ele fazer essa criança tomar. Se ele tiver que enfrentar o que a gente enfrenta aqui, da mãe ter que guardar alguns medicamentos [...] num lugar fresco, a mãe tem que atravessar toda uma estância para ir lá no vizinho buscar gelo para botar dentro do isopor para botar o remédio, e esse gelo vai durar até amanhã, e amanhã ela tem que ir buscar de novo o gelo. Tem muita gente que fala por conhecimento técnico, por conhecimento teórico, mas, na prática, nunca viveu algumas situações que nós somos obrigados a viver.” (M718)

Aids: modelo de ação próspera na área da saúde pública

Inúmeros são os benefícios aos pacientes HIV/aids, desde o início da epidemia até os dias atuais, e a representação referente à dimensão conceitual da maioria dos entrevistados em relação às políticas públicas destinadas ao cuidado de pacientes diagnosticados com a aids são encaradas de forma positiva, como um modelo a ser seguido:

“Acho que somos um país modelo [...] temos que batalhar pela sustentabilidade, claro que tem problemas, mas continuamos sendo, dentro do HIV, uma elite prosperidade para a saúde pública. Não falta remédio, tem exame de sangue, CD4 e CV, genotipagem, tem as coisas básicas, no Brasil.” (M710)

Os profissionais de saúde citam o hospital-dia como um importante investimento das políticas públicas que possibilitou maior flexibilidade de atendimento, sendo que as políticas são representadas como sucesso e modelo de gestão, mas enfatizam que ainda há necessidade de maiores investimentos:

“Tem que continuar investindo nos serviços e ampliando [...], um passo muito importante foi a criação do hospital-dia, trouxe uma outra mobilidade, e não só a hospitalização. Possibilitou o acesso a medicações [...] e que ele [o paciente] mantenha o seu cotidiano.” (AS713)

Outro aspecto positivo que demonstra a diferença de incentivos financeiros e de qualidade no atendimento aos pacientes HIV/aids no Brasil, diz respeito à gratuidade da maioria das medicações e à facilidade de acesso, o que representa a prosperidade das políticas em relação a outras doenças crônicas em nosso país:

“Eles são super bem tratados, eles têm uma diferenciação, já pela medicação ser toda fornecida. É raro ver a medicação que eles têm que comprar. Qual a doença que é fornecida medicação? Nenhuma! Agora que o governo tá fazendo aquela farmácia popular e assim mesmo tem umas medicações que tem que pagar, seis reais, dois reais, mas a nossa aqui, não, é toda gratuita. Além disso, tem a facilidade nos exames, a gestante chega aqui, tá disponível no posto, [...] já passa no médico [...].” (TE715)

Em relação aos antirretrovirais, os entrevistados relataram que não há falta de recursos públicos para a terapia com esses medicamentos, porém evidenciaram que no município estudado há falta de medicamentos para as doenças oportunistas. Também se pôde constatar opiniões referente a responsabilização da coordenação dos serviços, bem como a falta de articulação entre os serviços destinados ao HIV/aids, pois as verbas para a assistência aos pacientes existem, mas nem sempre são empregadas de maneira eficiente, pois segundo os entrevistados, o município já teve que devolvê-las devido à inaplicabilidade:

“Antirretrovirais, tudo tranquilo, não falta, o que falta são medicações para as doenças oportunistas, não sei se a coordenação está fazendo direito aquele plano de ações e metas, porque fiquei sabendo que tivemos que devolver dinheiro.” (F712)

“O Rio Grande do Sul (RS) está muito mal, está extremamente desestruturado, devolvemos recursos porque não conseguimos aplicar. Agora teve uma capacitação

para teste rápido, o pessoal de Porto Alegre veio pra Rio Grande e a prefeitura não nos avisou. Nós aqui no RS, em casos epidemiológicos, somos os piores, maior prevalência, incidência, transmissão materno-infantil, mortalidade.” (M710)

Quando indagados sobre as políticas públicas destinadas à prevenção do HIV, os entrevistados reconheceram que são educadores e se mostraram insatisfeitos, evidenciando uma representação imbricada na dimensão conceitual que se reporta à falta de incentivos e oportunidades no município, bem como no Brasil, já que poderia haver espaços de comunicação que evidenciassem a prevenção de forma mais efetiva, e citaram a mídia como uma forte aliada:

“Eu avalio que está deixando a desejar, se perde muita oportunidade [...] o HIV/aids, ele está aí, qualquer faixa etária tem, então todos os grupos deveriam também abordar esse assunto, sala de espera, entrevistas em rádio, TV, acho que esses instrumentos são bem importantes para fazer educação em saúde. Pouco aproveitado, poderia ser bem melhor aproveitado.” (E719)

Ainda em relação às políticas públicas e à prevenção, considerada uma prática profissional de cuidado de extrema importância pelos entrevistados, estes acreditavam que são necessários maiores investimentos em campanhas educacionais no município e que englobem a todos, principalmente aos adolescentes. A representação na dimensão atitudinal desses profissionais se reporta a uma prática profissional do cuidado que deve ir além da relação entre profissional e paciente, há o reconhecimento de que isso é uma responsabilidade de todos aqueles que estão envolvidos e trabalham diretamente com o HIV/aids, e de que é necessário partirem desses profissionais ações que impulsionem mudanças:

“Em termos de saúde pública, eu acho que campanhas educacionais deveriam ser obrigatórias, treinamentos obrigatórios, nós que trabalhamos aqui, isso deveria partir de nós, somos responsáveis. [...] não só a população médica, mas todos e também a população em geral, nas escolas de ensino médio, nas próprias universidades, independente do curso, não é porque é curso de enfermagem, curso de medicina ou área voltada à saúde, mas eu acho que deveria existir uma maior interferência junto a

todos os alunos da rede pública, da rede privada [...] Todo mundo sabe que existe o HIV, mas para a população adolescente hoje é: se eu pegar, eu tomo remédio e tudo bem.” (M711)

DISCUSSÃO

O sucesso terapêutico foi evidenciado não só pelo tratamento medicamentoso efetivo, mas principalmente pela ação terapêutica pautada no reconhecimento mútuo entre profissional e paciente como sujeitos em diálogo e em interação, realizada durante as práticas profissionais de cuidado. Esta ação é considerada essencial tendo em vista que, no momento em que a preocupação gira apenas em torno da medicação, esquecendo-se que por trás dela há um ser repleto de subjetividades, que necessita de atenção e diálogo, o sucesso não ocorre. Pesquisa realizada com 13 pacientes comprova essa constatação na medida em que a representação social da aids para os pacientes era atrelada à doença e essa representação influenciava de forma negativa a terapia medicamentosa, pois eles não viam sentido na sua utilização, já que consideravam a morte inevitável¹⁷.

Outro estudo desenvolvido com 51 pacientes HIV/aids em um ambulatório no Ceará evidenciou deficiências de conhecimento das medidas terapêuticas e de autocuidado, as quais prejudicavam várias dimensões das suas vidas como, por exemplo, a autoestima¹⁸. Dessa forma, é importante que o paciente seja considerado e respeitado como uma pessoa singular e que todas as suas dúvidas e receios sobre sua situação sejam esclarecidas⁵.

Nesse contexto, um aspecto positivo se refere ao destaque para a enfermagem, já que a maioria dos relatos que evidenciaram a representação social embasada na ação terapêutica vieram dos enfermeiros, não minimizando a importância dos demais profissionais, já que houve contribuições importantes da classe médica. Diversos estudos têm mostrado a representação social da enfermagem, principalmente de enfermeiros, diante do contexto da aids e cuidado^{16,1,4} demonstrando que o cuidado de enfermagem objetiva instrumentalizar os pacientes HIV/aids para a melhoria do seu nível de saúde, dignidade da existência, entre outros.

A adesão dos indivíduos ao tratamento resulta de seu lidar diário com conjuntos dinâmicos de limitações e o enfrentamento dessas limitações é construído e exercitado

na vida social cotidiana, ou seja, em diversos contextos intersubjetivos, entre os quais sobressai, pela relevância e constância, a relação com o serviço de saúde¹⁹. Entre as representações identificadas nos serviços de HIV/aids pesquisados, houve duas formas de representação: a valorização de cunho pessoal, em que houve culpabilização do paciente diante da má adesão, e a representação acerca da dimensão atitudinal embasada na preocupação com o contexto ambiental em que os pacientes estão inseridos.

É preocupante constatar a existência da culpabilização, tendo em vista que a adesão é um processo dinâmico, interativo e contínuo tanto para o profissional de saúde quanto para o paciente HIV/aids, uma vez que envolve aspectos culturais, sociais, históricos, entre outros que necessitam um olhar atento dos profissionais de saúde²⁰. É preciso compreender que a dimensão dos antirretrovirais implica em modificações diversas, principalmente de domínios físico e psicológico, os quais repercutem na qualidade de vida dos pacientes devido ao tratamento contínuo no cotidiano. Assim, reforçam-se as recomendações sobre a importância da valorização desses aspectos no acompanhamento de pacientes soropositivos ao HIV²¹.

Em relação às políticas públicas, a temática HIV/aids consiste em um dos principais problemas contemporâneos em nível mundial, principalmente no que se refere a ações de prevenção². Esta constatação vem ao encontro dos resultados deste estudo, em que, apesar de haver uma representação nas dimensões conceitual e atitudinal reportando o sucesso terapêutico e a prosperidade na qualidade de vida dos pacientes, principalmente pela disponibilidade e gratuidade das medicações, facilidade de acesso a exames, entre outros, as ações de prevenção deixam a desejar. No município estudado há problemas, os quais foram representados pelos enfermeiros e demais profissionais da saúde de forma negativa, e os mais lembrados foram: reclamações acerca da falta de oportunidades e incentivos, de escassez de investimentos em campanhas educacionais, da pouca participação da mídia.

Estudo realizado com pessoas vivendo com HIV/aids em um hospital universitário do Rio de Janeiro evidenciou o reconhecimento da mídia como fonte de informações, podendo ser forte aliada na prevenção¹⁷. Isso reforça o que foi constatado pelos profissionais de saúde, já que os mesmos referiram a importância da mídia como aliada para a prevenção.

Pesquisa realizada no Rio de Janeiro advinda de três estudos com uma população significativa de profissionais de saúde (mais de 800 pessoas) evidenciou que

a construção da aids como uma doença de caráter crônico abarcou significados positivos e elementos normativos de enfrentamento da doença em torno do tratamento, prevenção e cuidado⁴. Cabe destacar que são necessárias intervenções efetivas em prol do aprimoramento em ações preventivas, já que ao conhecer as representações sociais dos profissionais de saúde observou-se que parece haver um retrocesso do programa nacional de HIV/aids, o que também fica evidente diante dos recentes índices epidemiológicos que colocam o Rio Grande do Sul como um dos estados com o maior índice de casos de aids no Brasil, e que a tendência de crescimento desses dados é alarmante²².

Um exemplo de intervenção positiva foi realizado na Espanha e divulgada em recente estudo com pacientes ambulatoriais que foram atendidos no período de 10 anos, de 2001 a 2011, em hospitais públicos. Com um sistema de vigilância efetivo e por meio das informações obtidas com os próprios pacientes, foi possível aperfeiçoar as políticas de saúde aprimorando campanhas de prevenção e tratamento da doença, bem como ações em prol da promoção da saúde²³.

Assim, as representações sociais dos enfermeiros e demais profissionais de saúde reconhecem os avanços conquistados em termos de políticas públicas de saúde no Brasil, mas denunciam que há um longo e difícil caminho em busca da qualidade da assistência e prevenção às pessoas com HIV/aids, principalmente no Rio Grande do Sul, no qual a superação das iniquidades e das desigualdades apresenta-se como desafio para todos os que defendem a vida como um direito de cidadania e bem público³.

CONCLUSÃO

Apesar de o cenário deste estudo contemplar todos os serviços responsáveis pelo HIV/aids do município, cita-se como limitação o reduzido número de enfermeiros e profissionais de saúde que aceitaram participar da pesquisa. Todavia, o objetivo foi atingido, pois possibilitou o conhecimento de como as práticas de cuidado são representadas, ou seja, a representação em torno da cronificação da aids e do sucesso terapêutico aliados à ação terapêutica e não somente à medicação em si. Com destaque para a enfermagem, condutora dessa ação terapêutica, a qual se sobressaiu diante das demais categorias profissionais, e a representação sobre a saúde pública com políticas

que caracterizam a aids como próspera para a saúde pública e, em contrapartida, a questão da prevenção que ainda necessita de investimentos.

Em relação à terapia antirretroviral os aspectos positivos sobressaíram-se em relação aos negativos, já que há um avanço significativo, pois se pôde conhecer as representações sociais dos entrevistados e averiguar que a maioria dessas representações estão alicerçadas na preocupação com o outro, na ação terapêutica, na corresponsabilidade diante da adesão aos medicamentos e na preocupação com o contexto social ao qual cada paciente está inserido. Apesar disso, reitera-se que há alguns déficits em relação, principalmente, aos investimentos na prevenção do HIV/aids na área da saúde pública, os quais segundo os entrevistados se encontram em crise no município, corroborando com dados mundiais. Ainda, foi possível averiguar que há problemas em relação à articulação dos serviços e dos profissionais de saúde.

Essas questões remetem a uma descoberta positiva, já que a preocupação da maioria dos profissionais não está somente no ato em si, na mecanização e robotização da entrega de medicamentos. A representação social da prática de cuidado não é visualizada apenas em torno da doença e sim no todo que a comporta: o ser humano em sua integralidade, proporcionando, assim, uma prática profissional de cuidado eficaz embasada nos preceitos da humanização do cuidado e, em consequência, na oferta de qualidade do serviço.

REFERÊNCIAS

- 1 Formozo GA, Oliveira DC. Representações sociais do cuidado prestado aos pacientes soropositivos ao HIV]. *Rev Bras Enferm.* 2010; 63(2):230-7.
- 2 Unaaids. [site de Internet]. [citade em 15 nov 2014]. Disponível em: <http://www.unaids.org.br/>
- 3 Villarinho MV, Padilha MI, Berardinelli LMM, Borenstein MS, Meirelles BHS, Andrade SR. Políticas publicas de saude face a epidemia da AIDS e a assistencia as pessoas com a doença. *Rev Bras Enferm.* 2013; 66(2):271-7.
- 4 Oliveira DC. Construção e transformação das representações sociais da aids e implicações para os cuidados de saúde. *Rev Latino-Am. Enfermagem.* 2013; 21:276-286.
- 5 Waldow VR, Borges RF. O processo de cuidar sob a perspectiva da vulnerabilidade. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2008; 16:765-71.
- 6 Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação.* 2004; 8(14): 73-92.

- 7 Ayres JRCM. Cuidado: Trabalho e interação nas práticas de saúde. Clássicos para Integralidade em saúde. Rio de Janeiro (RJ): Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva; 2009.
- 8 Oliveira DC, Gomes AMT, Pontes APM, Costa CPM. Construção de um paradigma de cuidado de enfermagem pautado nas necessidades humanas e de saúde. *Esc Anna Nery* (impr.). 2011; 15(4): 837-843.
- 9 Jodelet D. Representações Sociais: um domínio em expansão. In D. Jodelete (ed). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: Eduerj; 2001. p. 17- 29.
- 10 Sá CPA construção do objeto de pesquisa em representações sociais. In: Sá CPA. *A identificação dos fenômenos de representação social*. Rio de Janeiro: UERJ;1998. p. 45-59.
- 11 Cansonieri AM. *Metodologia da pesquisa qualitativa na saúde*. Rio de Janeiro: Vozes; 2010.
- 12 Rio Grande [site de Internet]. Programa Municipal de DST/aids Rio Grande-RS. [citado em 13 out 2014] Disponível em: <http://www.riogrande.rs.gov.br/dst/index.php/servico>.
- 13 Silva CM, Silveira JM, Sassi MGM. Aids na cidade de Rio Grande, 1986-2005. In: Loureiro RP (org). *A maioria da epidemia: vivências na trajetória dos 21 anos da Aids no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre;2008. 198 p.
- 14 Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: edições 70; 2011.
- 15 Oliveira DC. *Análise de Conteúdo Temático-Categorial: uma proposta de sistematização*. *Rev Enferm UERJ*. 2008; 16(4):569-76.
- 16 Gomes AMT, Barbosa BFS, Oliveira DC, Wolter RMCP, Silva MVG. *As representações sociais de enfermeiros sobre a criança soropositiva para o HIV: interface para o cuidar*. *Rev Enferm UERJ*. 2011; 19(1):14-19.
- 17 Gomes AMT, Oliveira DC, Santos EI, Santo CCE, Valois BRG, Pontes APM. *As facetas do convívio com o HIV: Formas de relações sociais e representações sociais da AIDS para pessoas soropositivas hospitalizadas*. *Esc Anna Nery* (impr.). 2012; 16(1): 11-120.
- 18 Cunha GH, Galvão MTG. *Diagnósticos de enfermagem em pacientes com o vírus da imunodeficiência humana*. *Acta Paul Enferm*. 2010; 23(4): 526-32.
- 19 Nemes MIB, Helena ETS, Caraciolo, JMM, Basso CR. *Assessing patient adherence to chronic diseases treatment: Differentiating between epidemiological and clinical approaches*. *Cadernos de Saúde Pública*. 2009; 25(3):392-400.
- 20 Cruz DJL, Sousa SMA, Lima SF, Paiva SS, Gurgel WB. *Cuidado cultural e doenças crônicas: análise da relação entre a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Transcultural e as necessidades da assistência de Enfermagem no tratamento de doenças crônicas*. *Cad Pesq*. 2013; 20(1): 43-49.
- 21 Costa TL, Oliveira DC, Gomes AMT, Formozo GA. *Qualidade de vida e pessoas vivendo com AIDS: relação com aspectos sociodemográficos e de saúde*. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2014; 22(4):582-90.
- 22 Brasil. *Boletim Epidemiológico-Aids e DST*. 26ª Semana epidemiológica. Brasília (DF): MS; 2013. 63p.

23 Diez M, Diaz A, Garriga C, Pons M, Ten A, Marcos H, et al. A low-cost, sustainable, second generation system for surveillance of people living with HIV in Spain: 10-year trends in behavioural and clinical indicators, 2002 to 2011. *Euro Surveill.* 2014;19(20):20805. Available from: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20805>.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As representações sociais significam a circulação de todos os sistemas de classificações, todas as imagens e todas as descrições, mesmo as científicas e por meio dessas foi possível atingir o objetivo proposto. Os resultados evidenciaram que as representações sociais são acompanhadas pelas dimensões conceituais, atitudinais e imagéticas, as quais dão sentido às práticas profissionais de cuidado. Assim, foi possível constatar que há uma transformação evidente na representação social das práticas profissionais de cuidado, devido ao processo de mudança que vem sendo concretizado no cotidiano de pacientes com HIV/aids, com a possibilidade de convivência com a doença e a diminuição da importância da morte, principalmente com a terapia antirretroviral. Evidenciando que atualmente o empirismo do cuidado social está em pauta, visto que a preocupação maior não está em torno da morte e sim das relações sociais. Apesar disso a prática profissional de cuidado foi representada como boa na dimensão diagnóstica e difícil, além de incompleta e precária na dimensão gerencial.

Ainda em relação ao cuidado verificou-se mudança em relação ao autocuidado profissional, o qual era exacerbado no início da epidemia devido principalmente ao desconhecimento. Atualmente as práticas profissionais de cuidado não possuem mais tal característica de precauções demasiadas.

Por meio das análises realizadas houve a possibilidade de conhecer e compreender a representação social das práticas de cuidado, bem como enfatizar o quanto é importante a nova perspectiva de estudo referente às representações socioprofissionais. Esse campo de conhecimento mostra-se promissor na enfermagem, pois procura aproximar o saber técnico-profissional com o saber do senso comum, e também pode ser útil aos demais profissionais de saúde.

Outra representação em tela esteve em torno da cronificação da aids e do sucesso terapêutico aliados à ação terapêutica e não somente à medicação em si, e nesse sentido houve o destaque para a enfermagem, condutora dessa ação terapêutica, a qual se sobressaiu, diante das demais categorias profissionais, já que diante dos depoimentos foi possível averiguar que a enfermagem participa de forma ativa e dinâmica nas práticas de cuidado de forma mais próxima ao paciente, interagindo com esse, visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar e para isso utiliza o embasamento em

seus conhecimentos técnicos e científicos. Ainda, constatou-se que as práticas profissionais de cuidado perpassaram tanto a sua dimensão biomédica quanto relacional, sendo pautada no diálogo e na ação terapêutica, mas apesar disso foi observado que a humanização do cuidado necessita ser mais explorada pelos profissionais de saúde, já que essa não foi evidenciada de forma enfática durante os depoimentos.

Em relação à terapia antirretroviral foi observado um avanço significativo e os aspectos positivos sobressaíram-se em relação aos negativos, se pode conhecer as representações sociais dos entrevistados e averiguar que a maioria dessas representações estão alicerçadas na preocupação com o outro, na ação terapêutica, na corresponsabilidade diante da adesão aos medicamentos e na preocupação com o contexto social ao qual cada paciente está inserido. Apesar disso, reitera-se que, segundo os entrevistados, no município estudado a articulação entre serviços necessita ser trabalhada de forma mais eficiente, bem como a interação entre os profissionais de saúde. Além disso, os investimentos relacionados à prevenção precisam de melhor planejamento e aplicação, na opinião dos participantes deste estudo, corroborando com os dados mundiais.

Essas questões remetem a uma descoberta positiva, já que a representação social das práticas profissionais de cuidado, pela maioria dos entrevistados, estão pautadas na preocupação com o ser humano em sua integralidade, e não apenas com o atendimento e tratamento de forma técnica e robotizada. Apesar de suas limitações relacionadas ao número de sujeitos em um único cenário, o estudo alcançou o objetivo proposto. Em adição, aponta caminhos para que futuras pesquisas possam explorar, em outros cenários e contextos, as práticas profissionais de cuidado, sobretudo no universo da enfermagem a qual necessita valorizar a dimensão humana nas práticas profissionais de cuidado levando em consideração seu caráter transformador, principalmente diante de uma doença de caráter estigmatizante como aponta a revisão integrativa realizada neste estudo.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J.C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Orgs.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 2000.

ABRIC, J. C. A zona muda das representações sociais. In: OLIVEIRA D. C.; CAMPOS, P. H. **Representações sociais, uma teoria sem fronteiras**. Rio de Janeiro, RJ: Museu da República, 2005. p. 22-34.

ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em saúde pública. **Rev Bras Enferm**, v. 61, n. 1, p.117-121, 2008.

ALTMAN, L. K. New homosexual disorder worries officials. **The New York Times**, **New York**, maio 1982.

ARAÚJO, A. C de; SANNA, M. C. Ciências Humanas e Sociais na formação das primeiras enfermeiras cariocas e paulistanas. **Rev Bras Enferm**, v. 64, n.6, p. 1106-1113, nov/dez 2011

BANCHS, M. A. **Aproximaciones procesuales y estructurales al estudio de la representaciones sociales**. Paper on Social Representations. 9. ed., 2000, p. 3.1- 3.15.

BARBOSA, B. F. S. et al. A família da criança soropositiva: um estudo de representações sociais de enfermeiros. **Rev Eletr Enf**, v. 14, n. 3, p. 504-13, jul/set 2012. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n3/v14n3a06.htm>>. Acesso em: 03 fev 2014.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: edições 70, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 196 de 10 de outubro de 1996. **Lex: Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília (DF): Inf epidemiol SUS, p. 13-41, 1996.

_____. **Boletim Epidemiológico-Aids e DST**. Ano XVI- nº1- abril a dezembro de 2002. Brasília (DF): MS, 52 p, 2002.

_____. **Boletim Epidemiológico-Aids e DST**. Ano VII- nº1 - 27ª a 52ª - semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2010; Ano VIII - nº 1 - 01ª a 26ª - semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2011. Brasília (DF): MS, p. 19-47, 2011.

_____. História da Aids. Brasília (DF): MS, 2013a. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/historia-da-aids>>. Acesso em: 5 dez 2013.

_____. **Boletim Epidemiológico-Aids e DST**. Ano II- nº1 – semana epidemiológica 26ª – dezembro de 2013. Brasília (DF): MS, 63 p, 2013b.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST/AIDS e hepatites virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o manejo e infecção pelo HIV em adultos**. Brasília (DF): MS, 217 p, 2013c.

CAMPPEL, C. et. al. Exploring children's stigmatisation of AIDS-affected children in Zimbabwe through drawings and stories. **Soc Sci Med**, v. 71, n. 5, p. 975-85, sept 2010.

CAMPPEL, C. et al. Can AIDS stigma be reduced to poverty stigma? Exploring Zimbabwean children's representations of poverty and AIDS. **Children's representations of poverty and AIDS**, v. 38, n. 5, p. 732-42, 2011.

CANSONIERI, A. M. **Metodologia da pesquisa qualitativa na saúde**. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

CARVALHO, D. S; CARVALHO, A. B; DOMINGUES, M. V. L. R. **Pólo naval e desenvolvimento regional na metade sul do Rio Grande do Sul**. 2010. Disponível em:<http://www.fee.tche.br/sitefee/download/eeg/6/mesa7/Polos_Naval_e_Desenvolvimento_Regional_da_Metade_Sul_do_RS.pdf>. Acesso em : 12 jan 2014.

CARTER, A. J. et al. Women-specific HIV/AIDS services: identifying and defining the components of holistic service delivery for women living with HIV/AIDS. **Int J AIDS Soc**, v. 16, n. 17433, 2013.

COSTA, T. L. et. al. Pessoas com HIV/Aids nas representações sociais de enfermeiros: análise dos elementos centrais, contranormativos e atitudinais. **Rev Latino-Am Enferm**, v. 20, n. 6, p. 1-9, nov/dez. 2012.

COFIN, J. et al. What to call the AIDS virus?. **Nature**, n. 321, maio 1986.

DAMASCENO, D. O. et al. Representações Sociais das DST/AIDS elaboradas por gestantes. **Texto Contexto Enferm**, v. 18, n. 1, p. 116-23, jan/mar 2009.

DIFUSE, undifferentiated non-hodgkins lymphoma among homosexual males. United States. **MMWR weekly Report**, v. 31, n. 21, p. 277-9, june 1982.

EPIDEMIOLOGIC, notes and reports persistente, generalized lymphadenopathy among homosexual males. **MMWR weekly Report**, v. 31, n. 19, p. 249-51, may 1982.

FERREIRA, J.; LOUREIRO, R. P. **A trajetória da vigilância Epidemiológica: aspectos históricos**. In: LOUREIRO, R. P. et al (org). A maioridade da epidemia: vivências na trajetória dos 21 anos da Aids no Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2008, 198 p.

FORMOZO, G. A; OLIVEIRA, D. C. Autoproteção profissional e cuidado de enfermagem ao paciente soropositivo ao HIV: duas facetas de uma representação. **Acta Paul Enferm**, v. 22, n. 4, p. 392-2, 2009.

FORMOZO, G. A; OLIVEIRA, D. C. Representações sociais do cuidado prestado aos pacientes soropositivos ao HIV. **Rev Bras Enferm**, v. 63, p. 230-37, 2010.

GALVÃO, J. **AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia**. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed. 34, 2000.

GARCIA, S.; KOYAMA, M. A. H. Grupo de estudos em população, sexualidade e AIDS. Estigma, discriminação e HIV/AIDS no contexto brasileiro, 1998 e 2005. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. supl 1, 2008, p.72-83.

GOMES, A. M. T; SILVA, E. M. P; OLIVEIRA, D. C. Representações sociais da AIDS para pessoas que vivem com HIV e suas interfaces cotidianas. **Rev Latino-Am Enferm**, v. 19, n. 3, p. 1-8, maio/jun 2011.

GOMES, A. M. T. et. al. Representações sociais das atividades da enfermagem junto aos pacientes soropositivos: caracterizando ações e atores sociais. **Rev Eletr Enferm**, v. 13, n. 1, p. 16-23, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i1.8712>>. Acesso em: 8 nov 2013.

GOMES, A. M. T. et al. As facetas do convívio com o HIV: Formas de relações sociais e representações sociais da AIDS para pessoas soropositivas hospitalizadas. **Esc Anna Nery (impr.)**, v. 16, n. 1, p. 11-120, 2012.

GRANGEIRO, A.; ESCUDER, M. M. L.; CASTILHO, E. A. Magnitude e tendência da epidemia de aids em municípios brasileiros de 2002-2006. **Rev Saúde Pública**, v. 44, n. 3, p. 430-441, 2010.

GUARESCHI, P. Sem dinheiro não há salvação: ancorando o Bem e o Mal entre os Neopentecostais. In: GUARESCHI, P; JOVCHELOVITCH, S. (orgs). **Textos em representações sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

JAIBERTH, A; ARIAS, C. Representaciones sociales de calidad de vida relacionada con la salud en personas con VIH/SIDA, Medellín, Colombia. **Rev Salud Pública**, v. 12, n. 5, p. 765-76, 2010.

JODELETE, D. **Representações Sociais: um domínio em expansão**. In D. Jodelete (Ed), As representações sociais p. 17- 29. Rio de Janeiro: Eduerj, 2001.

LOYOLA, M. A. Medicamentos e saúde pública em tempos de AIDS: metamorfoses de uma política dependente. **Ciênc Saúde Coletiva**, supl 13, p. 763-778, 2008.

LUZ, P. M.; MIRANDA, K. C. L. As bases filosóficas e históricas do cuidado e a convocação de parceiros sexuais em HIV/Aids como forma de cuidar. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 5, supl.1, p. 1143-1148, 2010.

MACÊDO, S. M de; SENA, M. C. S.; MIRANDA, K. C. L. Consulta de enfermagem no ambulatório de HIV/AIDS: a percepção dos usuários. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 33, n. 3, p. 52-57, 2012.

MOSCOVICI, S. O fenômeno das representações sociais. In: _____. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 3. Ed. Petrópolis: Vozes, 2005. p. 29-109.

_____. Prefácio da 2ª Edição. Tradução In: _____. **A psicanálise, sua imagem e seu público**. Tradução Sonia Fhurmann. Petrópolis: Vozes, 2012.

OLIVEIRA, D. C. Análise de Conteúdo Temático-Categorial: uma proposta de sistematização. **Rev Enferm UERJ**, v. 16, n. 4, p. 569-76, 2008.

_____. A teoria de representações sociais como grade de leitura da saúde e da doença: a constituição de um campo interdisciplinar. In: ALMEIDA, A. M. O;

SANTOS, M. F. S; TRINDADE, Z. A. (Org). **Teoria das representações sociais 50 Anos**. 1. ed. Brasília: Technopolitik, 2011. p. 585-624.

_____. et al. Construção de um paradigma de cuidado de enfermagem pautado nas necessidades humanas e de saúde. **Esc Anna Nery (impr.)**, v. 15, n. 4, p. 837-843, out/dez 2011.

_____. Construção e transformação das representações sociais da aids e implicações para os cuidados de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]**, v.21, n.spe, p. 276-286, 2013.

SILVA, E. M. F da; LACAVALA, S. Reflexão sobre o cuidado de enfermagem e sua aproximação com a prática social. **Rev Enferm UNISA**, v.11, n.1, p. 53-6, 2010.

SOUZA, M. L de. et al. O cuidado em Enfermagem- uma aproximação teórica. **Texto & Contexto enferm**, v.14, n.2, 2005.

PENNA, G. O. et al. Doenças dermatológicas de notificação compulsória no Brasil. **An. Bras. Dermatol**, v. 86, n. 5, p. 865-877, 2011.

PEREIRA, A. J; NICHATA, L. Y. I. A sociedade civil contra a Aids: demandas coletivas e políticas públicas. **Ciênc Saúde Coletiva**, v .16, n. 7, p. 3249-3257, 2011.

RIO GRANDE. Programa Municipal de DST/aids Rio Grande-RS. Disponível em: <<http://www.riogrande.rs.gov.br/dst/index.php/servico>>. Acesso em: 11 dez 2013.

RODRIGUES A. S. et al. Representações sociais de adolescentes e jovens vivendo com HIV acerca da adolescência, sexualidade e AIDS. **Rev Eletr Enferm**, v. 13, n. 4, p. 680-7, out/dez 2011. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/v13n4a12.htm>>. Acesso em: 28 dez 2013.

SÁ, C. P. A construção do objeto de pesquisa em representações sociais. In: _____. **A identificação dos fenômenos de representação social**. Rio de Janeiro: UERJ, 1998. p. 45-59.

_____. Introdução. In: _____. **Núcleo central das representações sociais**. 2. Ed. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 13-27.

SILVA, C. M da; SILVEIRA, J. M; SASSI, M. G. M. **Aids na cidade de Rio Grande, 1986-2005**. In: LOUREIRO, R. P. et al (org). A maioria da epidemia: vivências na trajetória dos 21 anos da Aids no Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2008, 198 p.

SOUZA V, CZERESNIA D. Demandas e expectativas de usuários de centro de testagem e aconselhamento anti-HIV. **Rev Saúde Pública**, v. 44, n. 3, São Paulo, Jun 2010.

TAKEHISA, J. et al. Origin and Biology of Simian Immunodeficiency Virus in Wild. Living Western Gorillas. **J Virol**, v. 83, n. 4, p. 1635, 2009. Disponível em: <http://jvi.asm.org/content/83/4/1635.full.pdf+html>. Acesso em: 21 out 2013.

UNAIDS. Disponível em: <http://www.unaids.org.br/>. Acesso em: 15 dez 2013.

WATSON, J. **Nursing: the philosophy and science of caring**. 2. ed., Boulder, Colorado: Associated University Press, 1985.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, RG nº _____, ciente das informações prestadas pelos pesquisadores, concordo em participar da pesquisa intitulada AS TRANSFORMAÇÕES DO CUIDADO DE SAÚDE E ENFERMAGEM EM TEMPOS DE AIDS: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E MEMÓRIAS DE ENFERMEIROS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO BRASIL, que tem como objetivo principal analisar as representações sociais e as memórias das práticas profissionais de cuidado voltadas ao HIV/aids, desenvolvidas por enfermeiros e por profissionais de saúde brasileiros, situados em diferentes realidades de atenção à saúde em relação ao contexto da epidemia do HIV/aids, de forma a identificar as transformações dessas representações e práticas ao longo do desenvolvimento da epidemia no Brasil.

Fui comunicado (a) que esta pesquisa está sendo coordenada pela Profª Titular Denize Cristina de Oliveira, lotada na Faculdade de Enfermagem da Universidade Estado do Rio de Janeiro, em nível nacional, e pela profª Geani Farias Machado Fernandez da Universidade Federal do Rio Grande em nível local. Declaro estar de acordo em participar da pesquisa, respondendo a entrevista, questionários e outras formas de coleta de dados verbais, bem como estou de acordo com a gravação digital ou em fita cassete desses dados e sua posterior transcrição, para que sejam utilizadas integralmente ou em partes, sem restrições de prazos ou citações, a partir da presente data. Da mesma forma, autorizo a sua audição e uso das citações a terceiros, ficando vinculado o controle e a guarda dos dados e gravações a Profª Denize Cristina de Oliveira e a Profª Geani Farias Machado Fernandez, coordenadoras deste projeto. Reconheço que as respostas obtidas serão usadas apenas para fins científicos e divulgadas através de trabalhos em eventos acadêmico-científicos, sem qualquer identificação da minha pessoa.

Informo estar esclarecido (a) que não terei nenhum tipo de despesa ou gratificação pela participação nesta pesquisa, e que em nenhum momento serei exposto (a) a riscos ou desconfortos, bem como que poderei, em qualquer fase da mesma, solicitar esclarecimentos, bem como recusar a dar continuidade a minha participação, sem nenhum prejuízo para a minha pessoa. Estou ciente de que terei acesso aos resultados publicados em periódicos científicos.

Conforme o exposto concordo, voluntariamente, em participar da referida pesquisa.

Local, _____ de _____ de 2012.

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Sujeito Pesquisado

APÊNDICE B

1Cód do Tema	2Temas/unidades de significação	3Numero de Unidade de Registro (UR)					4TOTAL UR	5Nº Total
		Corpus 1	Corpus 2	Corpus 3	Corpus 4	Corpus 5		Corpus analisados
CT1	Capacitação	20	22	07	43	22	114	5 corpus
CT2	Tratamento	04	24	-	25	19	72	5 corpus
CT3	Cuidado Físico	11	13	14 + 3	07 + 1	09 + 2	54 + 3 + 1 + 2	5 corpus
CT4	Cuidado Psicológico	06	23	01	07	07	44	5 corpus
CT5	Cuidado Diagnóstico	08	03	08	17	07	43	5 corpus
CT6	Cuidado Social	-	10	01	18	03	32	5 corpus
CT7	Cuidado Administrativo	-	15	07	06	06	34	5 corpus
CT8	EPIs	03	01	22	01	02	28	5 corpus
CT9	Trabalho em equipe	04	26	-	18	13	61	5 corpus
CT10	Desmistificação	01	13	-	-	05	19	5 corpus
CT11	Cronificação	-	08	-	04	03	15	5 corpus
CT12	Preconceito	04	08	-	-	04 + 1	16 + 1	5 corpus
CT13	Organização dos serviços	-	38	-	37	07	82	5 corpus
CT14	Situação Epidemiológica	-	02	-	09	-	11	5 corpus
CT15	Ética no cuidado	-	06	-	02 + 1	-	08 + 1	5 corpus
CT16	Prevenção	-	01	08	24 + 1	09	42 + 1	5 corpus
	TOTAL UR						684	

APÊNDICE C

1 Cód do Tema	2 Temas/unidades de significação	4 UR TEMA	6 UR % TEMA	7 CATEGORIAS	8 UR CATEGORIA	9 % UR CATEGORIA	10 OBS.
CT2	Tratamento	72	10,5%	CRONIFICAÇÃO DA AIDS: SUCESSO TERAPÊUTICO	87	12,7%	ANTES Desconhecimento, medo, insegurança Não tinha medicação específica, luta pelo AZT, status social dos pacientes Efeitos colaterais levavam ao abandono da terapia Dedicação da equipe ao sucesso terapêutico, Não tem cura, mas que a pessoa pode realizar o tratamento e pode conviver bem com a doença HOJE Antiretrovirais disponíveis Falta de medicação para doenças oportunistas Hospital dia e tratamento assistido Não ameaça mais! Não mata mais Mais medo de me contaminar com hepatite c do que com HIV, se eu me picar, num acidente
CT11	Cronificação	15	2,2%				
CT3	Cuidado Físico	60	8,8%	EVOLUÇÃO DAS PRÁTICAS DE CUIDADO AO LONGO DA EPIDEMIA	213	31,2%	FÍSICO ANTES Medo da contaminação Orientação para uso EPIs HOJE Teste rápido Medo da contaminação Orientação para uso EPIs, hábitos diários Profissionais um pouco distantes dos pacientes
CT4	Cuidado Psicológico	44	6,4%				
CT5	Cuidado Diagnóstico	43	6,3%				
CT6	Cuidado Social	32	4,7%				
CT7	Cuidado Administrativo	34	5,0%				
							PSI: ANTES "Pena", paciente como objeto estranho, sentença de morte, diálogo, escuta, dedicação, acolhimento, atenção HOJE Diálogo, escuta, dedicação, atenção, preocupação com o outro Fala pouco em humanização no cuidado

							Diag Cd4 e cv, cp, mamografia, tsa, ecografia prostática Exames disponibilizados Teste rápido Cuidados devido à defesa baixa dos pacientes Social Pauperização da epidemia- mudança no comportamento dos pacientes Dificuldades na referencia e contra-referencia; O olhar para a questão social, socioeconômica, ambiental e cultural dos pacientes HIV; Aids privilegiada em relação a outras doenças Antes glamour Hoje poucos recursos para prevenção Necessidades mudam, se transformam, programa deve ser dinâmico ADM Foco principal que é o paciente No Brasil tem o básico, mas o RS está muito mal Trabalho de acompanhamento, mais do q de procedimentos, ação terapêutica Importância do hospital dia, principalmente para o acompanhamento Enfermeira fica após o horário para resolver questões Barreira entre interação HU x rede pública
CT8	EPIs	28	4,1%	PARAMENTAÇÃO ASTRONAUTA: DA CAPACITAÇÃO À DESMISTIFICAÇÃO DA AIDS	161	23,5%	EPIS ANTES Exageros para evitar contaminação, maior paramentação Houve duas fases: 1ª- por ser impactante todo mundo se protegia, tinha gente que colocava 2 luvas depois relaxamento. HOJE Capacitação incentiva uso epis adequadamente, apesar de ainda haver profissionais que se negam Falta de investimentos Maioria dos profissionais citou como principal epi utilizado, as luvas Alguns profissionais denunciam que hoje as ofertas de
CT1	Capacitação	114	16,6%				
CT10	Desmistificação	19	2,8%				

						<p>capacitações são menores</p> <p>CAPACITAÇÃO</p> <p>ANTES</p> <p>Pânico no início por não conhecerem, ainda não ter capacitação</p> <p>Antes os cuidados, eles eram cercados de inseguranças e medos</p> <p>Não sabia nada. Incineração de roupas e pertences dos pacientes</p> <p>Colocava-se toda uma paramentação. As coisas dos pacientes com aids eram todas separadas. Tinha uma bacia de inox com hipoclorito</p> <p>HOJE</p> <p>Agora, maior conhecimento</p> <p>Poderia ter mais capacitações</p> <p>Desmistificação</p> <p>Amadurecimento pessoal e profissional</p> <p>Conhecimento ajudou</p> <p>Segurança de trabalhar</p>
CT9	Trabalho em equipe	61	9,0%	A CONTINUIDADE DOS SERVIÇOS E O TRABALHO EM EQUIPE		<p>Defazagem no nº profissionais devido aumento casos</p> <p>Desinteresse pela área devido remuneração insuficiente</p> <p>Falta de tempo</p> <p>Cada um faz sua parte</p> <p>Equipe articulada e equipe desarticulada diferentes opiniões dos profissionais</p>
CT12	Preconceito	17	2,5%	O PRECONCEITO VELADO		<p>ANTES</p> <p>Era uma assistência que procurávamos dar o melhor possível, porém era envolta de preconceito</p> <p>Preconceito por não ter o conhecimento</p> <p>HOJE</p> <p>Existe ainda muito preconceito, muita dificuldade</p> <p>Eles são mal tratados pela vida, já nascem com uma problemática.</p> <p>Eu escuto e faço a minha parte, escuto eles</p> <p>Existe muito preconceito velados ainda</p> <p>Tu pode beber, tomar chimarrão com a pessoa, desde que não tenha nenhuma ferida, nada na boca e tal, mas antes era bem mais difícil</p>

CT13	Organização dos serviços	82	12,0%	AIDS: ELITE PROSPERIDADE PARA A SAÚDE PÚBLICA		<p>Burocracias</p> <p>Privilegio de ser brasileiro- país modelo</p> <p>Rio grande do sul- com problemas</p> <p>Elite prosperidade para a saúde pública</p> <p>Realidade brasileira desorganizada em saúde, faltam medicações para oportunistas</p> <p>Tem que continuar investindo nos serviços e ampliando os serviços, um passo muito importante foi a criação do hospital dia</p> <p>O Rs está extremamente desestruturado, devolve-se recursos porque não se consegue aplicar</p>
CT14	Situação Epidemiológica	11	1,6%	SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA AIDS NO RS		<p>Em casos epidemiológicos somos os piores</p> <p>Rio Grande com população flutuante, caminhoneiros, estudantes</p> <p>Desconhecimento sobre o número populacional em Rio Grande</p> <p>Explosão de pessoas</p> <p>O nosso estado é o de maior contaminação do Brasil</p> <p>As campanhas educativas ainda estão muito vinculadas a um sexo, à prática sexual sem compromisso</p>
CT15	Ética no cuidado	09	1,3%	ÉTICA NO CUIDADO		<p>Não se comenta mais sobre o paciente como antigamente</p> <p>Obrigação, dever ético, moral e humano</p> <p>Tem muito tabu também, se esconde dos familiares, principalmente dos parceiros</p> <p>Muita gente com diagnóstico que a família não sabe, ainda por medo do preconceito, ainda o processo de educação vai demorar muito tempo</p> <p>Quando o paciente nos autoriza se trabalha toda a família ou algum amigo</p>
CT16	Prevenção	43	6,3%	PREVENÇÃO		<p>ANTES</p> <p>Mais atenção, maior recurso financeiro, campanhas mais intensas na mídia, artistas (Cazuza, Renato Russo)</p> <p>HOJE</p> <p>Descuido com a prevenção, só acontece em épocas específicas</p>
	TOTAL UR	684	100%			

ANEXOS

ANEXO A



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO



FACULDADE DE ENFERMAGEM

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

PESQUISA: "AS TRANSFORMAÇÕES DO CUIDADO DE SAÚDE E ENFERMAGEM EM TEMPOS DE AIDS: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E MEMÓRIAS DE ENFERMEIROS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO BRASIL"

ROTEIRO ESTRUTURADO DE ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS QUE ATENDEM PESSOAS COM HIV/AIDS

I. A LEMBRANÇA MAIS ANTIGA E A MAIS MARCANTE SOBRE A AIDS E OS CUIDADOS PRESTADOS AS PESSOAS COM AIDS, “ONTEM”

1. Qual é a lembrança pessoal mais antiga que você tem sobre a aids?

- a. Onde ocorreu esse caso ou situação?
- b. Como você soube desse caso ou situação?
- c. Quando foi isso? O que você fazia naquela época?
- d. Que sentimentos você experimentou em relação àquele caso ou situação?

2. O que você sabia naquela época sobre a aids?

- a. De onde vinham as informações que você tinha então?
- b. Você se lembra de ter conversado com outras pessoas sobre aquele caso/situação ou sobre a aids em geral? Com quem?

3. Depois dessa primeira, qual foi a experiência mais marcante que você teve com a aids?

- a. Onde ocorreu esse caso ou situação?
- b. Como você soube desse caso ou situação?
- c. Quando foi isso? O que você fazia então?
- d. E entre os seus sentimentos naquele primeiro caso/situação e neste?
- e. Há diferenças entre o que você sabia sobre a aids naquele primeiro caso/situação e neste?

4. Você se lembra do primeiro paciente com aids de quem cuidou? Quando e onde foi isso? Fale sobre essa experiência.

- a. O que você fez em relação a esse primeiro paciente?
- b. Você acha que estava capacitada para cuidar dele?
- c. Que sentimentos você experimentou então?

5. Como eram os pacientes com aids aqui em (município) quando você começou a atuar?

- a. proporção dos sexos masculino e feminino
- b. faixa de idade predominante
- c. tipo predominante de contaminação
- d. proporções entre classes média e baixa
- e. aparência física (descrição geral)

b. São vistas mais como alguém que precisa de ajuda dos outros ou como alguém que é perigosos para os outros?

c. São vistas mais como indivíduos em si mesmos ou como participantes de grupos com certas práticas, como relações homossexuais, promiscuidade sexual e uso de drogas?

d. São vistas mais como pessoas egoístas e socialmente isoladas ou como pessoas afetivamente ligadas ao grupo familiar e a outros grupos sociais?

e. São vistas mais como "doentes terminais" ou como pessoas que ainda podem pensar no seu próprio futuro familiar e social?

5. Qual dessas impressões globais sobre as pessoas com HIV/Aids parece predominar no seu serviço entre os profissionais? ((1) indivíduos, vítimas, necessitados de ajuda, com famílias e amigos, que pensam no futuro; (2) membros de "grupos de risco", egoístas, que procuraram a doença, perigosos, terminais)

a. Como você mesmo(a) tende a ver tais pacientes?

b. Como você acha que a maioria dos profissionais do seu serviço tende a vê-los?

6. E, quando se trata de pessoas contaminadas por transfusão de sangue, de mulheres infectadas pelos maridos e de crianças contaminadas durante a própria gestação, como são as impressões dos profissionais?

a. As impressões dos profissionais do seu serviço são diferentes daquelas que eles têm em relação aos pacientes em geral?

b. E as suas próprias impressões são diferentes?

c. Você acha que o aumento da contaminação de pessoas que mantêm relações monogâmicas e da "contaminação vertical" tem levado - ou não - a uma mudança das impressões sobre os pacientes com HIV/Aids em geral?

7. Dada a sua experiência pessoal em cuidar de pessoas com HIV/Aids, o que você pensa sobre os cuidados efetivamente prestados e aqueles necessários a essas pessoas hoje?

a. Eles parecem necessários, adequados e suficientes na avaliação dos profissionais do seu serviço? Se não, por que não?

b. E, você mesmo(a), o que acha? Parece-lhe haver dificuldades para a sua implementação? Se sim, como você resumiria tais dificuldades?

c. Os cuidados prescritos são rigorosamente cumpridos no seu serviço ou são adaptados à realidade regional da clientela e da própria inserção institucional do serviço? Como você caracterizaria tais adaptações?

d. Como, segundo os profissionais do seu serviço, deveriam ser pensadas as práticas "ideais" de cuidado às pessoas com HIV/Aids?

e. E, você mesmo(a), concorda com tais propostas "ideais"? Por que sim? E por que não? O que você proporia em substituição ou em acréscimo a elas? Por que pensa assim?

8. Você gostaria de complementar alguma coisa mais?

Muito Obrigado, a sua contribuição será muito importante para a melhor compreensão da atenção prestada a pessoa que vive com HIV/Aids no Brasil.

5. As práticas de controle da epidemia desenvolvidas pelo Estado - de naturezas social, política, administrativa, moral, educacional e policial - têm sido eficazes? Fale o que você pensa delas.

- a. O que você pensa que poderia ser feito de mais efetivo para a contenção da epidemia?
- b. Como você avalia os direitos conquistados pelas pessoas com HIV/Aids em termos de uma real contribuição - ou não - para o enfrentamento da epidemia?
- c. Como você avalia o papel da educação em saúde - dirigida tanto aos profissionais quanto, através destes, aos usuários do sistema público de saúde - no enfrentamento da epidemia?

6. O que o estado poderia fazer e não está fazendo para a melhoria da atenção as pessoas com HIV/Aids?

Em nível social, político, administrativo, moral, educacional e policial.

V. CONHECIMENTOS E REPRESENTAÇÕES DO HIV/AIDS E DOS CUIDADOS A PESSOAS COM HIV/AIDS

1. Como você resumiria a "história" da epidemia de aids do início até hoje?

- a. Você se lembra de quando, onde e como foi a primeira manifestação da doença? Quais foram as primeiras idéias veiculadas sobre a natureza e a origem da doença?
- b. Quais foram, para você, as notícias ou imagens mais marcantes do desenvolvimento da doença no Brasil? Você se lembra do impacto que elas tiveram sobre você?
- c. Você se lembra de quando surgiram os antirretrovirais? E de quando eles passaram a ser fornecidos gratuitamente no Brasil? Como você avalia o seu papel na "história" da epidemia?
- d. Quando você passou a fazer parte profissionalmente dessa "história"? O que ora) levou a ingressar nesse campo específico de atenção à saúde? Como tem se sentido nele?

2. Como você resumiria o desenvolvimento do conhecimento sobre o HIV/Aids?

- a. Você se lembra de quando e onde o H/V foi isolado e identificado como a causa da aids? Como você vê essa descoberta científica em relação à natureza e a origem da doença?
- b. Você acha que esse novo entendimento da doença levou a alguma modificação - ou não - no que as pessoas em geral pensavam, sentiam, imaginavam - e, principalmente, temiam e condenavam - em relação à contração da doença e aos próprios doentes?
- c. E, no campo do atendimento à aids, o conhecimento do H/V levou - ou não - a mudanças nos conceitos, sentimentos, imagens, medos e valores por parte dos profissionais de saúde?

3. Como você resumiria a "história" dos cuidados de saúde à pessoas com aids do início até hoje?

- a. Você se lembra em que consistiam os cuidados no Brasil quando do início da epidemia?
- b. Em que principais aspectos você acha que as práticas de cuidado atuais se diferenciam das práticas de antigamente?
- c. Você acha que foi o advento dos antirretrovirais que produziu tais mudanças nas práticas profissionais ou que outros fatores contribuíram igualmente para elas? Quais foram eles?

4. Como você acha que as pessoas que vivem com o HIV/Aids são vistas hoje em dia pelas demais pessoas em geral?

- a. São vistas mais como vítimas duma fatalidade ou como causadoras do próprio infortúnio?

c. em relação a práticas domésticas e a tomadas de decisões na família:

d. em relação à sua própria vida afetiva e sexual.

6. Uma questão que costuma estar presente tanto no trabalho, quanto fora dele são os relacionamentos com uma pessoa infectada pelo HIV. Como você vê essas relações?

a. No trabalho, como você tem agido quando toma conhecimento delas através dos pacientes ou dos seus familiares?

b. Na vida privada, como você tem agido ao saber de relacionamentos de familiares ou amigos com pessoas portadoras do HIV/Aids?

c. Você mesmo(a), caso tenha tido relacionamentos anteriores ou expectativas de futuros com pessoas com HIV/Aids, como agiu? Fez o teste do HIV? Como se sentiu ao fazê-lo?

IV. PRÁTICAS DE CUIDADO DESENVOLVIDAS NO PRÓPRIO SERVIÇO, EM OUTRAS INSTITUIÇÕES E PELA SOCIEDADE E ESTADO DIRIGIDAS A PESSOAS COM HIV/AIDS

1. Você está a par das normas e procedimentos de cuidado as pessoas que vivem com HIV/Aids oficialmente estabelecidos no seu serviço e em outras instituições de saúde no país?

a. Numa comparação, você diria que são as mesmas normas e procedimentos adotados por todos ou que há algumas defasagens entre a sua instituição e as outras? Se acha que existem, quais seriam tais defasagens?

b. Seja como for, você acha que o seu serviço atende satisfatoriamente às necessidades de cuidados a pessoa que vive com HIV/Aids na sua região? Se não, o que lhe parece estar faltando?

c. Você conhece as Normas do Programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde?

2. Você acha que os recursos medicamentosos e técnicos em geral são suficientes e adequados para o cuidado a essas pessoas na sua realidade? Fale sobre eles.

a. Medicamentos utilizados rotineiramente pelos pacientes.

b. Exames rotineiros necessários ao controle sorológico.

c. Outros exames menos frequentes.

d. Se não, o que lhe parece estar faltando?

3. E, quanto aos processos de capacitação para a atuação profissional e à educação em saúde, eles são desenvolvidos e suficientes no seu serviço? Conte como ocorre no seu serviço.

a. Se não, quais os conteúdos educativos e informativos que gostaria de receber no serviço?

b. Quanto aos pacientes, o que você acha necessário para orientá-los adequadamente? Essa seria uma tarefa de todos ou de algum profissional específico? Neste caso, qual profissional?

4. O que você pensa das políticas sociais e institucionais para o HIV/aids no Brasil? Fale sobre elas.

a. Como você avalia o efeito dessas políticas? Quais foram seus principais impactos?

b. Pessoalmente, como você sentiu esse efeito na sua própria atuação profissional?

c. Você acha que o Estado e as diferentes organizações sociais, profissionais e comunitárias da sociedade civil (ONGs, instituições religiosas, educativas, etc) têm somado proveitosamente as suas contribuições ou que elas têm estado "batendo cabeças"?

- a melhoria dos cuidados de saúde aos pacientes com HIV/Aids?
 - os resultados alcançados na melhoria do estado de saúde de tais pacientes?
 c. E, se acha que houve de fato mudanças, como elas influíram na sua própria atuação?

6. Como você vê a articulação do trabalho dos diferentes profissionais da equipe multiprofissional no atendimento ambulatorial as pessoas com HIV/Aids? E a sua inserção nessa equipe, fale sobre ela.

- a. A atuação de cada um depende realmente das atuações dos demais?
 b. As atuações de alguns profissionais são mais necessárias do que as de outros; por exemplo?
 c. No final de contas, todos acabam fazendo as mesmas coisas?

7. Diz-se que os cuidados desenvolvidos com relação aos pacientes com aids levaram a avanços nos cuidados de saúde em geral. Você concorda com isso? Explique a sua resposta.

- a. As pessoas que vivem com HIV/Aids se preocupam mais com a manutenção do seu equilíbrio orgânico?
 b. As pessoas em geral se preocupam mais hoje com a manutenção da sua saúde?

III- PRÁTICAS DE AUTOPROTEÇÃO E DE PROTEÇÃO DO OUTRO NAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS E PESSOAIS EM RELAÇÃO AO HIV/AIDS

1. Quais são as principais práticas de proteção dos profissionais de saúde frente ao HIV/Aids adotadas no seu serviço? Fale sobre elas.

- a. O que você acha de tais práticas? Elas são necessárias? São adequadas? São suficientes?
 b. Você se sente seguro na sua prática profissional cotidiana ou adota outras medidas para reforçar essa segurança? Aconselha que os colegas também as adotem?

2. Quanto à proteção dos próprios pacientes, infectados e não infectados, quais são as práticas adotadas no seu serviço? Fale sobre elas.

- a. O que você acha de tais práticas? Elas são necessárias? São adequadas? São suficientes?
 b. As medidas propostas se referem ao trabalho, à vida pessoal, às ligações amorosas e às relações sociais dos pacientes?
 c. Como se busca assegurar o cumprimento dessas medidas por parte dos pacientes?

3. Face aos riscos da exposição de familiares dos pacientes ao HIV/Aids, o seu serviço adota práticas de proteção dirigida a eles? Fale sobre elas.

- a. Quais são elas?
 b. Como são implementadas?

4. Como tem sido para você lidar com o HIV/Aids fora do trabalho, na sua vida pessoal privada?

- a. Você acha que tem conseguido separar a sua própria pessoa da identidade profissional que tem no serviço?
 b. Como você lida com as experiências, informações, juízos e afetos presentes no cotidiano da sua vida pessoal, que, com frequência, se encontram em contradição com aqueles valorizados na sua vida profissional?

5. A sua atuação profissional no cuidado ao HIV/Aids teve ou está tendo repercussões nas variadas dimensões da sua vida privada? Como você as descreveria?

- a. em relação aos seus familiares, principalmente companheiro(a) e filhos:
 b. em relação a doenças, desvios (drogas, p. ex.), etc, na família e no círculo de amigos:

6. Naquela época, quais eram os cuidados que o seu serviço prestava aos pacientes e quais profissionais atuavam?

- Quais os profissionais que atuavam com pessoas com HIV/Aids?*
- Quais ações os profissionais desenvolviam com as pessoas com HIV/Aids?*
- Os profissionais do serviço se sentiam tecnicamente capacitados para prestar tais cuidados?*
- Emocionalmente, como eram as relações deles com os pacientes e com suas famílias?*
- Como eram as medidas de auto-proteção dos profissionais nos cuidados? Eles as cumpriam rigorosamente? Achavam-nas suficientes? Achavam-nas excessivas?*

7. Quais eram os cuidados que você prestava a esses pacientes naquela época?

- Descrever os cuidados prestados ontem.*
- Para você, pessoalmente, como era cuidar de pacientes com aids naquela época?*
- Achava que era um trabalho em saúde como os demais? Ou que era mais perigoso?*
- Achava que os resultados do seu trabalho eram satisfatórios? Ou que de pouco adiantavam?*

II. OS CUIDADOS PRESTADOS AS PESSOAS COM AIDS, "HOJE", E AS RELAÇÕES PROFISSIONAIS

1. Hoje em dia, como é para você atuar com pessoas com aids?

- Como você se sente no trabalho com esses pacientes?*

2. E o tipo de cuidado prestado "hoje" é diferente daquele de "ontem"? Fale sobre o cuidado prestado hoje.

- Quais as atividades de cuidado direto desenvolvidas por você no seu serviço hoje?*
- Você se sente hoje capacitado(a) para trabalhar com a aids? Você acha que os cursos e treinamentos que recebeu foram suficientes para à sua capacitação? Ou acha que ainda lhe falta alguma coisa? O quê?*
- E os colegas que realizam as mesmas atividades, como você acha que eles se sentem em relação à sua capacitação para trabalhar com a aids?*

3. Hoje em dia, o que os profissionais de saúde consideram como tratamento e como práticas de cuidado a pessoa com HIV/Aids? Há diferenças entre essas atividades? Fale o que você pensa sobre isso.

- Você acha que há diferenças entre o tratamento dos pacientes com HIV/Aids e os cuidados proporcionados a tais pacientes? Quais seriam elas?*
- O que, hoje em dia, é atribuído aos profissionais de saúde do seu serviço em termos de práticas de cuidado às pessoas com HIV/Aids? Em que consistem tais práticas?*
- Você sabe em que os formuladores de políticas públicas no campo da saúde se basearam para estabelecer tais cuidados aos pacientes com HIV/Aids? Quais são essas bases?*

4. Quanto ao relacionamento com os pacientes e seus familiares, como você vê hoje a atuação da equipe multiprofissional? E a sua própria?

- Você acha que a equipe lhes transmite hoje mais segurança e responsabilidade, ou não?*
- E você própria, sente-se mais segura com relação ao seu trabalho, como os clientes reagem?*
- Você acha que os pacientes e familiares têm hoje mais confiança na equipe, ou não? e em relação ao seu trabalho, como os clientes se comportam?*

5. A equipe de profissionais em que você atua "hoje" é diferente da de antes? Fale sobre essas diferenças.

- Qual é a composição da equipe em que você atua hoje?*
- Você acha que a equipe assim constituída tem contribuído mais - ou não - para:*

ANEXO C**CEPAS**

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE
Universidade Federal do Rio Grande / FURG
www.cepas.furg.br

PARECER Nº 142 / 2010

PROCESSO Nº 23116.004414/2010-96

CEPAS 36 /2010

TÍTULO DO PROJETO: “**Representações sociais e memórias de profissionais de saúde do Rio Grande das transformações do cuidado em saúde em tempos de AIDS**”.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Prof^a.Geani Farias Machado Fernandes.

PARECER DO CEPAS:

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, bem como o atendimento às pendências informadas no Parecer 91/2010, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto “**Representações sociais e memórias de profissionais de saúde do Rio Grande das transformações do cuidado em saúde em tempos de AIDS**”.

Está em vigor, desde 15 de novembro de 2010, a Deliberação da CONEP que compromete o pesquisador responsável, após a aprovação do projeto, a obter a autorização da instituição co-participante e anexá-la ao protocolo do projeto no CEPAS.

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do relatório: 01/09/2011.

Rio Grande, RS, 08/12/2010.

Prof^a. MSc. Eli Sinnott Silva
Coordenadora do CEPAS