

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
NÍVEL MESTRADO

MARINA CELLY MARTINS RIBEIRO DE SOUZA

**REPRESENTAÇÕES E PRÁTICAS DE
PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE
HIV/AIDS**

Universidade Federal de Minas Gerais

Reitor: Ronaldo Tadeu Penna

Vice-Reitora: Heloisa Maria Murgel Starling

Pró-Reitor de Pós-Graduação: Jaime Arturo Ramirez

Escola de Enfermagem

Diretora: Marília Alves

Vice-Diretora: Andréa Gazzinelli Corrêa Oliveira

Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública – EMI

Chefe: Jorge Gustavo Velasquez Melendez

Sub-Chefe: Lenice de Castro Mendes Villela

Colegiado de Pós-Graduação

Coordenadora: Cláudia Maria de Matos Penna

Sub-Coordenadora: Tânia Couto Machado Chianca

Universidade Federal de Minas Gerais

Escola de Enfermagem

Programa de Pós-Graduação: Mestrado em Enfermagem

Dissertação intitulada: “REPRESENTAÇÕES E PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE HIV/AIDS”, de autoria da mestrande Marina Celly Martins Ribeiro de Souza, aprovada pela Banca examinadora, constituída pelos seguintes professores:

Dra. Maria Imaculada de Fátima Freitas (Orientadora)

Dra. Aidê Ferreira Ferraz

Dra. Maria Flávia Carvalho Gazzinelli

Belo Horizonte, 18 de Setembro de 2008

A meus pais, Joaquim e Célia, por me mostrarem que é sempre possível vencer!

Ao Adreso, pelo amor, carinho e incentivo.

À Paula, pelo sorriso motivador.

AGRADECIMENTOS

A gratidão é um dom! Um belo dom que deve ser constantemente cultivado e exercitado. Ser grato é ter a capacidade de reconhecer e atribuir, a Deus e às pessoas, vitórias que obtivemos em nossa vida. E que, apesar do esforço e da competência pessoais, estar consciente de ser agraciado e ajudado. Quero, mais uma vez e quantas vezes forem necessárias, deixar registrado o quanto sou grata a Deus e às pessoas que Ele colocou em meu caminho: pelo apoio, carinho, ajuda e incentivo.

Meus pais, quanto lhes devo! Difícil expressar em palavras minha eterna gratidão! Adreso, o amor de minha vida! Paula, minha força para nunca desistir! Minhas irmãs, Mara e Nívia, pelo carinho, por acreditarem em mim e me apoiarem sempre.

Aos familiares que me apoiaram e que, mesmo distantes, torceram por essa conquista.

A minha orientadora, Professora Doutora Maria Imaculada de Fátima Freitas, pela oportunidade de crescimento e aprendizado.

Aos professores e colegas do Curso de Mestrado da EEUFMG, que compartilharam comigo momentos de aprendizado e reflexão. Em especial, a Ana Paula, Ângela, Alexandre, Fernanda e Juliana, pela amizade!

Aos amigos, em especial a Luciene pelo companheirismo e pelo incentivo.

Aos colegas da UNIFENAS-BH, pelo apoio e oportunidade de aprendizado na prática docente.

Aos colegas, profissionais de saúde, sujeitos desta pesquisa, por compartilharem suas representações e possibilitarem a construção deste estudo.

RESUMO

Trata-se de um estudo qualitativo, fundamentado na Teoria das Representações Sociais, com o objetivo de compreender as representações e práticas de profissionais que atuam na atenção básica sobre HIV/aids. Foram entrevistados doze profissionais de saúde, sete enfermeiras e cinco médicos que atuam em dois Centros de Saúde no município de Belo Horizonte, há pelo menos seis meses. Os sujeitos foram contactados em seus locais de trabalho e convidados a participar da entrevista, com a seguinte questão inicial: “relate-me o que pensa a respeito da infecção pelo HIV e aids, sobre seu atendimento nessa área, sobre as pessoas infectadas e sobre o risco a que o profissional de saúde tem no cotidiano de seu trabalho”. A análise do conteúdo das entrevistas foi realizada pelo método de análise estrutural de narração proposto por Dubar e Demazière (1997). A partir da interpretação dos dados, as representações dos profissionais da atenção básica foram organizadas em três categorias: HIV/aids; o trabalho em HIV/aids; risco de infecção no cotidiano de trabalho. Os resultados apontam para espaços de permanências e mudanças nas representações sociais dos sujeitos entrevistados, implicando no reconhecimento, pelos mesmos, da importância da prevenção em HIV/aids na atenção básica à saúde, sem, no entanto, realizarem ações de forma sistemática e constante que possam efetivamente contribuir para a redução da disseminação da doença. Desvelam, ainda, que os profissionais de saúde entrevistados conhecem o risco de infecção no cotidiano de seu trabalho nos serviços de saúde, representando-o como muito baixo. Acreditam que o uso dos equipamentos de proteção individual pode minimizar os riscos e que estes não interferem no atendimento prestado aos usuários. Este estudo permitiu reconhecer, então, que a atenção básica precisa de ajustes constantes para se garantir o acesso e a integralidade do cuidado, com ações sistematizadas que promovam a saúde e previnam doenças, além de mudanças na formação profissional, maior oferta de capacitações em serviço e momentos de reflexão coletiva, dos profissionais, sobre seu trabalho.

Palavras-Chave: Prática profissional. Sorodiagnóstico de HIV. Representações Sociais. Atenção Básica à Saúde.

ABSTRACT

This is a quantitative study, based on the Theory of Social Representation, whose objective is to understand the representations and practices of professionals that act in the basic attention about HIV/aids. Twelve health professionals, seven nurses and five doctors, were interviewed. These professionals work in two Health Centers in the city of Belo Horizonte for at least six months. The subjects were contacted in their work places and invited to participate of the interview. The initial question of the interview was: “tell me what you think about HIV and aids infection, about your attending in that area, about the infected people and the risk taken by the health professional in his/hers work routine”. The analysis of the interviews was done through structural analysis of narrative, proposed by Dubar and Demazière (1997). Interpreting the data, the representations of basic attention professionals were organized in three categories: HIV/ aids; the work with HIV/ aids; infection risk in the work routine. The results show spaces of permanence and change in the social representations of the subjects interviewed, resulting in the recognizing, by them, of the importance of HIV/aids prevention in the basic health attention, without, however, doing systematic and constant actions that may contribute effectively to the reduction of the spread of the disease. The results also show that the interviewed health professionals know the infection risk in their work routine in the health systems, and consider it very low. They believe that the individual protection equipment may minimize the risks and that the risks do not interfere in the attending of the patients. This study also allowed recognizing that the basic attention needs constant adjustments to guarantee the access and the integrality by the users. Those adjustments are necessary, as well as health promotion actions and prevention of diseases, besides changes in the professional formation, bigger offer of capacitation during working hours, and moments of collective analyzing, by the professionals, of their jobs.

Key Words: Professional Practice. Social Representations. Basic Attention in Health. HIV Serum Diagnosis.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	09
2 OBJETIVO.....	14
3. METODOLOGIA.....	15
3.1 Referencial Teórico-Methodológico.....	15
3.2 Os sujeitos.....	18
3.3 O cenário da pesquisa.....	19
3.4 Técnicas e Instrumentos.....	20
3.5 Aspectos éticos.....	23
4 ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	24
4.1 Síntese da narrativa dos entrevistados.....	27
4.2 A construção das categorias.....	34
4.3 Representações dos profissionais da atenção básica em relação ao HIV/aids.....	36
4.3.1 Doença estigmatizante, que provoca preconceito e discriminação.....	37
4.3.2 Fazer prevenção é difícil demais.....	41
4.3.3 Uso de preservativo é necessário, mas a maioria não o faz.....	46
4.3.4 Cuidar-se envolve auto-estima e mudança de comportamento.....	50
4.3.5 Doença incurável, que tem controle, cronicidade.....	52
4.4 Representações dos profissionais da atenção básica sobre o trabalho em relação ao HIV/aids.....	55
4.4.1 Ações preventivas são realizadas descontinuamente e sem planejamento.....	56
4.4.2 Existem muitas dificuldades na realização de ações de prevenção do HIV/aids.....	65
4.4.2.1 Estrutura física inadequada das Unidades de Saúde e a quantidade insuficiente de equipamentos eletrônicos.....	66
4.4.2.2 Escassez de tempo para planejamento e execução das atividades propostas.....	68
4.4.2.3 Baixa adesão dos adolescentes aos grupos educativos.....	70
4.4.3 O desvelamento do resultado não é fácil.....	72
4.4.4 O atendimento em HIV/aids não faz parte do cotidiano da atenção básica.....	75
4.5 Representações do risco de infecção a que o profissional está exposto no cotidiano do trabalho na atenção básica.....	79
4.5.1 O risco de infecção existe, mas é muito pequeno na atenção básica.....	80
4.5.2 O uso dos equipamentos de proteção individual minimiza os riscos.....	82
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	85
REFERÊNCIAS.....	89
ANEXOS.....	95
APÊNDICE.....	97

1. INTRODUÇÃO

A aids surgiu no início da década de 1980 e tornou-se rapidamente um problema de saúde pública de proporções mundiais. Quando o primeiro caso foi descrito, em 1981, nos Estados Unidos, a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) já ocorria em cerca de vinte países, com uma estimativa de 100.000 pessoas infectadas no mundo inteiro, caracterizando-se como a “primeira pandemia moderna”. A partir de então, o mundo passou a conviver com uma nova doença incurável, inicialmente objeto de estudo da epidemiologia, mas que logo se tornou foco de atenção da microbiologia, da clínica e da sociologia.

O primeiro caso descrito no Brasil ocorreu em 1982, em um paciente homossexual com diagnóstico de Sarcoma de Kaposi (PARKER et al., 1994). Em 1983, foi isolado de pacientes com aids, nos Estados Unidos, o retrovírus, atualmente conhecido como HIV.

De acordo com Lopes (2003), já no início da descoberta da doença, o mundo se deparava com um grande desafio pela gravidade, alta letalidade e pela repercussão em diferentes âmbitos, abrangendo o socioeconômico e o político, provocando questionamentos sobre comportamentos da sociedade em relação à sexualidade, à religião e ao uso de drogas.

Desse período até 1996, quando se deu a introdução da medicação anti-retroviral no tratamento dos pacientes com aids, muitas pessoas se infectaram e morreram. A introdução da terapia anti-retroviral foi importante na adoção de novas condutas e proporcionou melhora na qualidade de vida e aumento da expectativa de vida das pessoas vivendo com HIV/aids.

Nas duas últimas décadas, muitos investimentos foram feitos pelo Ministério da Saúde, pelos profissionais que lidam diretamente com as pessoas com o HIV/aids e pela sociedade civil organizada, no sentido de diminuir a disseminação do HIV ou de retardar ao máximo a evolução do paciente soropositivo para o quadro clínico de aids (WINGESTER, 2004; BRASIL, 2007a).

Apesar do acúmulo de conhecimentos e das ações implementadas para o controle da infecção pelo HIV, a morbidade e mortalidade por HIV/aids no Brasil são um relevante problema de saúde pública que atinge, de forma heterogênea, diferentes segmentos da população. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2007a) aponta que, no Brasil, desde 1980 até 2007, foram notificados mais de 474 mil casos de aids, evoluindo anualmente com crescimento constante dos índices de infecção pelo HIV/aids, sendo uma importante causa de morte, particularmente entre adultos jovens e pessoas em situação de pobreza (REIS; SANTOS e CRUZ, 2007).

No Brasil, a decisão governamental pela distribuição gratuita dos medicamentos anti-retrovirais, disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) a todo e qualquer portador do vírus HIV, é considerada um ganho na tentativa de prevenção de complicações para esses pacientes. A implantação e a execução de programas efetivos de ampla escala no tratamento dos portadores do HIV/aids trouxeram vantagens como o acesso ao diagnóstico que, no início da descoberta da doença, era bastante restrito, assim como novas formas de prevenção e tratamento (REIS; SANTOS e CRUZ, 2007).

Como ainda não se dispõe de uma vacina para prevenir, de maneira eficaz, a infecção; as medidas preventivas concentram-se em orientações quanto à atividade sexual segura com uso de preservativos e em cuidados com as gestantes e usuários de drogas. Os esforços de contenção traduzem-se, portanto, em ações de prevenção da infecção por meio de atividades educativas e de programas de informação sobre as formas de contágio, sobretudo entre crianças e jovens em idade escolar.

Na busca de formas eficazes de controle da infecção no Brasil, as ações de promoção à saúde nos serviços de atenção básica apresentam-se como a estrutura fundamental.

A atenção básica à saúde representa o primeiro contato da população com o serviço de saúde de um município, assegurando a referência e a contra-referência para os diferentes

níveis do sistema, desde que identificada a necessidade de maior complexidade tecnológica para a resolução dos problemas de saúde.

A atenção básica à saúde é o campo no qual ocorrem a promoção à saúde e a prevenção de agravos, de forma abrangente e coletiva. De acordo com Merhy e Queiroz (1993), a atenção básica configura-se num esforço para a integração entre clínica e saúde pública, num mesmo programa de saúde, envolvendo ações individuais e coletivas de prevenção e de cura. Assim, a atenção básica é reconhecida como porta principal para as ações de prevenção, inclusive das ações em aids (BRASIL, 2003).

Diversas atividades preventivas são desenvolvidas nesses serviços, como o aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV, as atividades de educação em saúde como as oficinas e grupos operativos, focados na troca de informações e na construção de conhecimentos com os usuários. Nemes et al. (2004) apontam, como atividades necessárias, a abordagem da sexualidade e da vida conjugal nos atendimentos, o enfrentamento de dilemas como o desejo de se ter filhos, além da responsabilidade do serviço no atendimento às gestantes e captação de novos casos.

Costa (2004) afirma que o aconselhamento contribui efetivamente para a quebra da cadeia de transmissão do HIV e de outras infecções sexualmente transmissíveis (IST), uma vez que permite ao usuário avaliar suas reais possibilidades de risco de infecção por IST e HIV/aids. Propicia ainda refletir e decidir por medidas preventivas segundo suas vivências e singularidades e buscar melhor qualidade de vida, independentemente de sua condição sorológica.

Além disso, a cronicidade da aids colocou os serviços de saúde num patamar importante, assumindo papel relevante nas políticas de prevenção, controle e assistência a doença, como lócus de resposta a epidemia (BARRETO et al., 2007). Faz-se então necessária

uma significativa atuação dos profissionais no desenvolvimento de atividades com vistas à prevenção da aids.

Porém, os conhecimentos científicos sobre a infecção e a doença parecem não ser os únicos a definir posturas profissionais a respeito da prevenção e assistência em HIV/aids. Os profissionais de saúde fazem parte de grupos sociais, compartilham representações sobre a saúde e a doença, sobre cada agravo, sobre os usuários e suas maneiras de agir. Têm valores, hábitos e costumes que influenciam suas práticas assistenciais, dando significado às mesmas. Segundo Giami e Veil (1997) os profissionais, atores da prevenção e dos atendimentos, têm representações sobre aids e sobre as pessoas infectadas, que se localizam no registro imaginário e perduram em suas experiências profissionais.

No caso da aids, a tentativa de expressão da significação da doença é impregnada de estigmas e julgamentos constituídos pelas representações sociais. Segundo Ferraz; Freitas (1998) o estigma, o preconceito e os tabus permeiam o cotidiano tanto dos usuários quanto dos profissionais de saúde pelo fato de ser uma doença transmissível e, até hoje, incurável.

Se se considerar a importância da atenção básica para o controle da aids no Brasil, vale perguntar como os profissionais de saúde enfrentam atualmente a epidemia, o que pensam e em qual prática assistencial estão inseridos para a promoção da saúde, controle e prevenção da aids na área de abrangência do serviço. Pressupõe-se que representações e práticas estão imbricadas. Essas representações e práticas representam o objeto da presente pesquisa, com duas questões norteadoras:

- Quais representações os profissionais da atenção básica têm acerca do HIV/aids?
- O que os profissionais da atenção básica pensam sobre seu trabalho e como agem em relação ao controle e à prevenção em HIV/aids?

Tais perguntas servirão para aprofundar a questão central do estudo que diz respeito às maneiras de os profissionais abordarem a possibilidade de infecção pelo HIV dos usuários da atenção básica. Espera-se, assim, apontar possíveis relações entre as representações dos profissionais sujeitos deste estudo e suas práticas assistenciais, de seus pontos de vista.

O desenvolvimento deste estudo poderá contribuir para a melhoria do contexto da atuação dos profissionais de saúde que se propõem a trabalhar com prevenção na atenção básica. Com isso, será possível incentivar reflexões sobre a importância da prevenção da aids nesses serviços de saúde e oferecer subsídios para relacioná-los com as representações sociais dos profissionais acerca da aids.

De uma maneira geral, espera-se que os resultados da pesquisa contribuam para fortalecer propostas de integralidade da atenção à saúde, com perspectivas de superação de preconceitos e de adoção de novos modos de lidar com as concepções de saúde e doença.

2. OBJETIVO

Compreender as representações e práticas de profissionais da atenção básica sobre HIV/aids.

3. METODOLOGIA

3.1 Referencial Teórico – Metodológico

Trata-se de pesquisa qualitativa, fundamentada na Teoria das Representações Sociais (GIAMI e VEIL, 1997; MOSCOVICI, 2004) para permitir a compreensão das representações e práticas dos profissionais que atuam na atenção básica sobre o HIV/aids.

A investigação qualitativa enfoca valores, crenças, hábitos, atitudes, representações, opiniões e adequa-se ao aprofundamento da complexidade de fatos e processos particulares e específicos a indivíduos e grupos. A abordagem qualitativa é empregada para a compreensão de fenômenos caracterizados por um alto grau de complexidade interna (LAVILLE e DIONNE, 1999).

Para Moscovici (2004) as representações são geradas no social e, a partir das interações, orienta condutas e maneiras de se organizar o ambiente circundante. É na convivência, na familiarização com os fatos e as pessoas que tais representações se afirmam, permitindo apreender o conhecimento baseado na experiência social comum através da expressão dos atores sociais inseridos em seus grupos de pertença. Ressalta-se, ainda, sua importância na análise de aspectos psicossociais e culturais que permeiam o processo saúde/doença e as práticas sociais relativas ao mesmo, bem como pelos atos de comunicação social e fenômenos coletivos que contribuem para a formação de condutas e de normas que regem o pensamento social.

A densidade existencial intrínseca à área da saúde e a especificidade da articulação entre o conhecimento científico e os saberes tradicionais favorecem a atualização de significações e de valores socialmente partilhados para cuja compreensão a abordagem das representações sociais é, segundo Jodelet (1989), particularmente heurística. Nesse sentido, a

história do processo saúde/doença foi sempre baseada nas relações entre sujeitos e realidade social, compreendendo-se esse processo como não pertencente apenas à história dos progressos médicos e científicos, mas também pautado em saberes e práticas comuns ao sujeito social, que culminam em representações (BARRETO et al., 2007).

A representação de um dado objeto é o resultado de um conjunto de informações, crenças, opiniões e atitudes, constituindo um sistema sociocognitivo específico, não havendo, portanto, uma separação absoluta entre o sujeito e o objeto do conhecimento. A busca do conhecimento das representações dos profissionais implica no reconhecimento das práticas em saúde não mais como derivações puras do conhecimento científico e sua expressão no cotidiano dos serviços, mas como um trabalho em que se combinam valores, crenças, atitudes (MATÃO, 2004).

Conforme Guareschi (1996), a utilização dessa teoria é uma maneira prática e eficiente para se considerar o cotidiano, uma vez que permite a leitura dos diversos fenômenos e objetos presentes na realidade social das pessoas. O elemento motivador do crescente interesse de pesquisas no campo das representações sociais diz respeito à possibilidade de se investigarem fenômenos que muitas vezes se constituem em grandes problemas sociais, seja para simplesmente identificá-los e interpretá-los seja para se compreenderem grupos, culturas ou sociedades que deles se apropriam, estabelecem modos de conduta e ensejam intervenções e avaliações (MARQUES; OLIVEIRA e GOMES, 2004).

Atualmente, o estudo das representações sociais constitui-se em campo muito vasto de pesquisa com a capacidade de englobar ampla variedade de temas, visto que se relaciona a qualquer objeto social que é transmitido através da comunicação e que tenha uma importância para o grupo, fazendo parte de suas práticas cotidianas.

Ao tomar-se uma representação como algo que é elaborado de forma coletiva a partir das trocas e práticas dentro de um contexto histórico, pode-se supor que a representação é

responsável por fornecer os subsídios para os julgamentos e atitudes. Assim, pode-se considerar que, na medida em que as representações sociais são responsáveis por dar significado e coerência ao universo vivido e se expressam em várias formas de comunicação, configuram-se como pano de fundo para as atitudes dos indivíduos (VIEIRA; AMARAL e SALDANHA, 2007).

A Teoria das Representações Sociais possibilitou a compreensão do significado do HIV/aids nas práticas assistenciais dos profissionais que lidam com as ações de prevenção da doença, da relação desses com a sociedade e vice-versa, e de como essas representações podem modificar o trabalho desenvolvido por esses sujeitos em seus processos de trabalho em saúde.

3.2 Os sujeitos

Fizeram parte deste estudo profissionais que lidam diretamente com as ações de prevenção da aids nos serviços de saúde: médicos e enfermeiros que trabalham há pelo menos seis meses na rede básica do município de Belo Horizonte – MG. Esse período mínimo de tempo de serviço foi considerado para garantir que o entrevistado tivesse vivenciado experiências profissionais sobre o objeto de estudo.

O número de sujeitos não foi definido *a priori*, considerando-se que, na investigação qualitativa, deve-se analisar o material coletado durante a pesquisa de campo, até a saturação dos conteúdos, quando se decide por seu término. De acordo com Triviños (1994), a pesquisa qualitativa é fundamentada na intersubjetividade e obriga o pesquisador a ter conhecimento aprofundado do contexto e do referencial teórico utilizado que lhe permitam flexibilidade à luz dos resultados e evidências que se acumulam durante a pesquisa.

Para dar início à coleta, foi realizado o sorteio de dez profissionais dos dois serviços - cenários do estudo e, em seguida, o material foi submetido à análise preliminar. Posteriormente, houve o sorteio de mais cinco participantes, até que se alcançou a saturação dos dados, na décima segunda entrevista, quando a coleta de dados foi interrompida. Os participantes foram sorteados em lista apresentada pela gerência dos serviços e contactados à medida que se analisavam as entrevistas anteriores.

Cada profissional recebeu um pseudônimo para garantia do anonimato. As enfermeiras foram chamadas de ENF e os médicos de MED, seguidos do número relativo à seqüência numérica da realização das entrevistas.

3.3 O cenário da pesquisa

Considerando-se que o critério utilizado para esta pesquisa qualitativa foi o de saturação de dados pelo conteúdo expresso nas entrevistas e não o de representatividade espacial ou amostral para a totalidade do município, a decisão foi a de se incluírem profissionais de atenção básica de um só distrito sanitário de Belo Horizonte para facilitar a organização da coleta.

A escolha dos dois centros de saúde abaixo descritos deve-se, primeiramente, ao fato de que são serviços dotados de equipes completas da Estratégia Saúde da Família e, em segundo lugar, à disponibilidade expressa dos profissionais e dos gerentes em contribuir com a pesquisa. Considerou-se, ainda, que essas unidades possuem consultórios que permitiram a realização das entrevistas com garantia de sigilo e preservação da liberdade dos sujeitos entrevistados.

O estudo foi realizado em dois centros de saúde localizados na Regional Leste da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

O Distrito Sanitário Leste (DISAL) limita-se com o município de Sabará e com os Distritos Sanitários Centro-Sul e Nordeste. Compreende uma área de 26,9 Km², atendendo a uma população de 249.094 habitantes. Possui quinze centros de saúde, dois serviços de atenção secundária nos quais se incluem atendimentos em diversas especialidades nos Postos de Atendimento Médico (PAM-Sagrada Família e PAM-Saudade), sendo que, nesse último, também se realizam serviços de atenção primária. O Distrito conta ainda com um Laboratório Distrital que atende a demanda das unidades dos Distritos Leste e Nordeste; um Centro de Referência para Saúde Mental (CERSAM) e um Centro de Testagem Anônima (CTA) que presta serviços e orienta sobre as IST e a aids.

As duas unidades estão localizadas em uma região de alta vulnerabilidade social, com áreas de abrangência de população classificada como de risco muito elevado pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Tais serviços fazem parte do BHVida – Programa da Atenção Básica de Belo Horizonte, nome do Programa de Saúde da Família (PSF) nesse município, o qual foi implantado no ano de 2002, como forma de reorganizar as práticas de saúde na atenção básica (BELO HORIZONTE, 2008).

O primeiro Centro de Saúde possui três equipes de Saúde da Família completas, além de uma assistente social, duas ginecologistas e uma pediatra, para uma população estimada de 2.000 famílias. O segundo centro de saúde possui quatro equipes de Saúde da Família completas, uma assistente social, uma ginecologista e duas pediatras para o atendimento de aproximadamente 2.600 famílias.

3.4 Técnicas e Instrumentos

Foi utilizada a entrevista aberta e em profundidade, buscando-se maior flexibilidade, informações mais ricas e uma imagem mais próxima da complexidade das situações ou dos fenômenos estudados.

De acordo com Lavige e Dionne (1999), a entrevista aberta e em profundidade consiste numa série de perguntas mais gerais, feitas verbalmente e com questões de relance, para retomar ou esclarecer a narração dos sujeitos. Os autores afirmam, ainda, que a flexibilidade desse tipo de entrevista possibilita um contato mais íntimo entre o entrevistador e o entrevistado, favorecendo a exploração em profundidade de seus saberes, bem como de suas representações, de suas crenças e valores.

As entrevistas foram realizadas entre a metade do mês de fevereiro e final de março de 2008, com uma orientação inicial: “Relate-me sobre o que pensa a respeito da infecção pelo

HIV e aids, sobre seu atendimento nessa área, sobre as pessoas infectadas e sobre o risco que o profissional de saúde tem no cotidiano de seu trabalho”. Questões de relance foram acrescentadas para se manter a entrevista em torno do tema central.

À medida que os dados eram coletados, a pesquisadora foi elaborando sua percepção do fenômeno e se deixou guiar pelas especificidades do material. Os dados foram tratados utilizando-se a análise do conteúdo pelo método da análise estrutural de narração proposto por Demazière e Dubar (1997). Esse tipo de análise aplica-se a grande diversidade de materiais, permite a abordagem de grande diversidade de objetos de investigação - atitudes, valores, representações, mentalidades, ideologias - além de esclarecer fenômenos sociais particulares.

A análise foi feita em quatro etapas: as duas primeiras foram realizadas para cada entrevista separadamente, a terceira e a quarta para todo o conjunto das entrevistas e correspondendo à interpretação dos dados, com a discussão dos resultados à luz da literatura existente, possibilitando que emergissem as representações ligadas aos objetos das falas dos sujeitos entrevistados.

Segundo Blanchet e Gotman (2001), a análise de conteúdo se construiu como se segue:

- LEITURA VERTICAL: buscou-se o sentido global do conteúdo das entrevistas através da identificação dos temas tratados;
- LEITURA HORIZONTAL: inicialmente as seqüências (S) de cada entrevista foram numeradas, identificando-se os fatos narrados (F), as justificativas apresentadas para eles (J), os sentimentos e personagens envolvidos na trama (P); num segundo momento, as seqüências que trataram do mesmo assunto foram agrupadas em categorias nomeadas pelo tema central do conteúdo;

- **LEITURA TRANSVERSAL:** as entrevistas foram analisadas em seu conjunto, agrupando-se as categorias encontradas, as conjunções e as disjunções do conteúdo, renomeando-as pela síntese do conteúdo das representações encontradas;
- **INTERPRETAÇÃO DAS CATEGORIAS EMPÍRICAS:** discussão das representações encontradas na análise, à luz da literatura pertinente.

Na análise do conteúdo narrativo, como afirmam Laville e Dionne (1999), é necessário empreender um estudo minucioso do conteúdo das falas dos entrevistados, das palavras e das frases que o compõem, procurar-lhes o sentido, captar-lhes as intenções, comparar, avaliar, descartar o acessório, reconhecer o essencial e selecioná-lo em torno das idéias principais.

Assim, o tratamento dos dados coletados consistiu na reconstrução da estrutura das narrativas, desvelando os elementos desse conteúdo para esclarecer diferentes características e extrair as representações nelas contidas. Dessa forma, à luz do referencial teórico, as representações encontradas foram interpretadas, com o aprofundamento das discussões fundamentado nos achados bibliográficos voltados para o tema.

3.5 Aspectos éticos

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte pelo Protocolo 096/2007 (ANEXO A) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, pelo Parecer nº ETIC 647/07 (ANEXO B), e, somente após a aprovação, a pesquisa foi iniciada.

Os sujeitos foram informados sobre o tema e os objetivos da pesquisa e aqueles que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), segundo o previsto pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2002a). A cada um dos sujeitos foi esclarecido que sua participação seria livre e sua desistência respeitada, não acarretando nenhum prejuízo a seu trabalho, havendo sigilo sobre todos os depoimentos e demais materiais produzidos. Todos os profissionais sorteados e contactados aceitaram participar da pesquisa.

Após o consentimento dos sujeitos, foi entregue uma cópia do TCLE, as entrevistas foram gravadas e, depois, transcritas para posterior análise. Os dados coletados por meio das entrevistas foram gravados em fita magnética, transcritos e analisados. As fitas foram preservadas após o término da pesquisa, e permanecerão guardadas por cinco anos sob os cuidados da coordenadora da pesquisa e, depois, serão destruídas.

4. Análise dos resultados

Partindo-se da premissa de que a atenção básica agrupa, sobretudo, ações de prevenção de agravos e promoção da saúde, espera-se que os profissionais que atuam nesse nível de atenção desenvolvam ações que contemplem tais atividades. Ao considerar as ações que visam a prevenção da aids e a promoção da saúde aos portadores da doença, espera-se que se implementem estratégias de estímulo ao conhecimento da doença, formas de prevenção, reconhecimento da existência da doença nos espaços da atenção básica pelos profissionais (BRASIL, 2007b).

Com o intuito de compreender as representações e as práticas dos profissionais entrevistados em relação ao HIV/aids, este estudo considerou como pressupostos que os profissionais apresentam poucas ações voltadas para a prevenção da aids no cotidiano do seu trabalho em saúde e que, quando presentes, essas práticas negam a existência da doença entre os profissionais da atenção básica.

Dessa forma, desvelar as representações e práticas em torno da prevenção em HIV e aids possibilitou compreender como os profissionais que atuam diretamente na assistência a esses pacientes representam a doença em suas ações assistenciais no âmbito coletivo e individual.

Os entrevistados são profissionais de saúde de nível superior, membros das equipes de saúde da família e das equipes de apoio (médicos ginecologistas e pediatras) por serem eles os que lidam com as práticas propostas neste estudo nas unidades básicas de saúde onde foram realizadas as entrevistas. A seguir, estão sintetizadas informações sobre esses participantes, no Quadro 1.

QUADRO 1
DADOS DEMOGRÁFICOS E PROFISSIONAIS DOS SUJEITOS ENTREVISTADOS

PSEUDÔNIMO	IDADE	SEXO	PROFISSÃO	ATUAÇÃO NA AB
ENF 1	60	FEM	ENFERMEIRA	3 ANOS
ENF 2	28	FEM	ENFERMEIRA	2 ANOS
ENF 3	49	FEM	ENFERMEIRA	7 ANOS
ENF 4	55	FEM	ENFERMEIRA	13 ANOS
ENF 5	28	FEM	ENFERMEIRA	1 ANO E 6 MESES
ENF 6	37	FEM	ENFERMEIRA	5 ANOS E 6 MESES
ENF 7	37	FEM	ENFERMEIRA	6 ANOS
MED 1	27	MAS	GENERALISTA	6 MESES
MED 2	48	FEM	PEDIATRA	10 ANOS
MED 3	41	MAS	GENERALISTA	13 ANOS
MED 4	38	FEM	GINECOLOGISTA	3 ANOS
MED 5	39	FEM	GINECOLOGISTA	13 ANOS

Fonte: Informações coletadas durante as entrevistas

Os profissionais de saúde entrevistados foram sete enfermeiras (ENF) e cinco médicos (MED), sendo dois do sexo masculino e três do sexo feminino. A idade dos profissionais variou de 27 a 60 anos e o tempo de atuação na atenção básica de 6 meses a 13 anos. Apesar da grande divergência no tempo de atuação na atenção básica (AB), a partir da análise dos relatos dos entrevistados, pode-se verificar que o fato de alguns atuarem a mais tempo (7, 10, 13 anos), este diferencial não lhes conferiu maior desenvolvimento de atividades focadas na prevenção da aids do que aqueles que atuam há menos tempo.

Pode-se inferir, também, que formações acadêmicas diferentes (no caso enfermeiros e médicos) não influenciaram nas representações encontradas nos relatos analisados. Assim, independentemente da categoria profissional, há homogeneidade nas falas de todos os profissionais, não sendo possível concluir que algum tipo de representação esteja relacionada exclusivamente a um grupo em decorrência de sua profissão.

Estabelecer o Quadro 1 foi importante para apoiar o reconhecimento das consonâncias imprescindíveis à construção das representações desses sujeitos, e nas disjunções dos discursos para considerar que possam existir particularidades nos ‘subgrupos’ (mais velhos/mais novos, mais experientes/menos experientes, médicos/enfermeiras, etc.). Sempre que houver disjunções que apontem discordância nas representações entre ‘subgrupos’, estas serão discutidas ao longo da análise.

A interpretação das entrevistas permitiu identificar fatos, atores envolvidos, justificativas e sentimentos que estruturaram as narrativas e desvelaram representações sobre a aids, o que é apresentado, inicialmente, para cada participante.

4.1 Síntese da narrativa dos entrevistados

ENF 1

Ao se pensar em HIV e aids, ENF 1 relaciona-os à auto-estima considerando que “toda pessoa que se gosta, se impõe e se protege”, mas reconhece os limites contidos na interação entre parceiros. Diz que o uso insuficiente dos métodos de proteção e prevenção da doença deve-se à necessidade de mudança de comportamento que, na maioria das vezes, não ocorre. Desenvolve várias ações preventivas no âmbito individual e coletivo com adesão dos usuários às atividades, mas não consegue perceber se tais ações produzem impacto, considerando-se que há “um número elevado de gravidezes indesejadas e infecções transmitidas sexualmente entre os usuários atendidos no serviço”. Nega dificuldades para atender ou lidar com o usuário soropositivo para HIV, possui experiência no atendimento a esses pacientes por ter atuado por alguns anos em uma instituição hospitalar de assistência aos portadores do vírus. Quanto ao risco que o profissional corre em seu cotidiano de trabalho, acredita que existe e que, desde que tomadas as devidas precauções, pode ser minimizado. Pensa que os acidentes acontecem muitas vezes porque os profissionais utilizam técnicas improvisadas, o que compromete a segurança na execução dos procedimentos.

ENF 2

Acredita que, na atenção básica, há pouca atuação com o HIV porque é uma doença que requer muito cuidado, acompanhamento e tratamento minucioso. Relata que as práticas do serviço estão mais voltadas para o tratamento do que para as ações preventivas, e que essa é uma falha dos profissionais. Pensa que há falta de conhecimento dos profissionais para lidarem com as atividades preventivas e também com o manejo do portador do vírus; nega dificuldades pessoais em trabalhar com o tema da aids. Ao ser questionada sobre o HIV, informa que percebe falta de informação de qualidade disponibilizada aos usuários e que o preconceito existe, está presente em toda a sociedade, inclusive entre os profissionais, o que acaba dificultando o vínculo do usuário com a unidade de saúde. Relata que há necessidade de se trabalhar mais as ações voltadas para a promoção da saúde e a prevenção do que propriamente o tratamento, como tem visto atualmente. Dentre as ações preventivas desenvolvidas por ela estão: orientações e oferta do exame anti-HIV durante o acolhimento, com o aconselhamento pré-teste para a demanda e também para as gestantes que estão realizando o pré-natal na unidade. Tem experiências anteriores de atividades educativas para adolescentes em escolas por meio de palestras e atividades lúdicas sobre as infecções sexualmente transmissíveis e HIV, mas atualmente não as realiza mais. Pretende desenvolver atividades educativas em escolas e creches da região. Diz que o risco a que está sujeito o profissional de saúde em seu cotidiano de trabalho é pequeno, mas afirma que os profissionais não o valorizam e realizam os procedimentos, embora em menor quantidade, sem as devidas precauções, e acabam se expondo.

ENF 3

Pensa que a atenção primária deve priorizar as ações de prevenção e que, por meio de um trabalho educativo eficaz e contínuo, é possível alcançar uma melhoria na qualidade da assistência. Desenvolve orientações à população no planejamento familiar, avalia que há baixa adesão e não percebe eficácia, pois as participantes, num curto período de tempo, retornam grávidas à unidade. Dentre as dificuldades encontradas no cotidiano para sua atuação, estão: o número restrito de preservativos e métodos contraceptivos disponibilizados aos usuários pelo governo; o grande número de usuários a serem assistidos fazendo com que o profissional não tenha tempo suficiente para lidar com todas as atividades propostas; a falta de recursos que poderiam auxiliar na melhoria dessa assistência. Diz pretender implementar grupos educativos para adolescentes com outros profissionais da unidade pois pensa que, com a educação, poderá reduzir o número de gravidezes e IST. Acredita que é mínimo o risco do profissional de saúde se infectar e que cuidados devem ser tomados em relação a todos os usuários.

ENF 4

Acredita que a aids está marcada pelo preconceito e pela discriminação inclusive entre os profissionais de saúde. Ela difere discriminação e preconceito, explicando que o preconceito existe em toda a sociedade e a discriminação seria a manifestação prática do primeiro. Informa que tem pouca experiência com o atendimento ao portador de HIV e apresenta dificuldades na assistência a esse paciente, relatando que os poucos atendimentos realizados foram bastante difíceis. Acredita que os profissionais têm dificuldades em lidar com a aids, que não estão preparados e têm muitos tabus. Dentre as ações desenvolvidas em seu trabalho, relata que não há nenhuma atividade programada e sistemática, mas que aproveita os momentos dos grupos de planejamento familiar para fazer uma abordagem sobre a prevenção da aids. Também realiza o aconselhamento aos usuários que procuram o serviço solicitando o teste anti-HIV e com as gestantes durante o pré-natal. Aponta como fatores dificultadores a estrutura física, falta de recursos materiais e humanos, além de sobrecarga de trabalho. Relata que não tem medo de se infectar no trabalho porque o “vírus é muito vagabundinho, morre fácil”, mas que se preocupa com os materiais perfuro-cortantes, apesar de não lidar tanto no seu dia-a-dia com procedimentos invasivos.

ENF 5

Pensa que o HIV tem relação com promiscuidade e acredita que não há adesão dos usuários, principalmente das mulheres, em relação ao uso do preservativo. Relata que acha difícil atender o usuário HIV positivo, que se sente desconfortável por ser uma situação ruim para o paciente, sobretudo no momento de informar o diagnóstico, o resultado positivo do exame. Realiza grupos operativos de planejamento familiar e diz que têm ficado cada vez mais espaçados pela baixa participação da comunidade. Nesses grupos, faz-se a abordagem dos métodos contraceptivos, da aids e das formas de prevenção da doença; além do aconselhamento às gestantes durante o pré-natal. Justifica a ausência de outras ações pelas dificuldades encontradas na unidade de saúde como a restrição do espaço físico. Diz que pretende implantar, na unidade, grupos com adolescentes como estratégia de prevenção da aids. Nega escassez de preservativos para disponibilizar aos usuários, mas diz que não há uso regular dos mesmos pela população assistida. Acredita que existe risco de infecção para o profissional, minimizado pelo uso de equipamentos de proteção individual.

ENF 6

Pensa que o HIV relaciona-se diretamente com a prevenção pois ainda “não há recurso para a cura da doença”. Relata ainda que a aids “carrega toda uma bagagem” de preconceito, inclusive entre os próprios profissionais de saúde; os quais, ela percebe, têm medo, por exemplo, de realizar o exame anti-HIV. Relata que a doença é uma preocupação dos profissionais que atuam em saúde pública, por essa primar pelas ações de prevenção, mas que ainda são muito falhas. Para tanto, ela realiza abordagens em grupos de planejamento familiar, mas percebe que não há grande sensibilização da população, sobretudo porque buscam mais o uso de métodos contraceptivos para evitar a gravidez que para a prevenção da aids. Informa que não faz nenhum tipo de abordagem individual, nem mesmo o aconselhamento, relatando que pede o exame anti-HIV conforme protocolo para gestantes e para os que chegam no acolhimento com tal demanda. Diz que, no início de sua atuação, realizava o aconselhamento como preconizado, mas que, atualmente, com a grande correria do dia-a-dia, acaba atendendo apenas os casos agudos, ficando as ações de prevenção em segundo plano. Além disso, o grande número de usuários a serem atendidos dificulta ainda mais, levando-a a não realizar mais o aconselhamento. Nega dificuldades ao atender os pacientes, bem como em informar o diagnóstico. Acredita que o risco do profissional se contaminar existe, mas é bem pequeno na atenção básica porque há adesão dos profissionais ao uso de equipamentos para proteção individual.

ENF 7

Pensa que a aids é uma preocupação na atenção básica, mas que a doença não é mais vista como tão assustadora como no início de sua descoberta. No entanto, refere que a doença ainda está cercada de estigmas, medo e discriminação. Acredita que a adesão ao preservativo é baixa, pois percebe que os usuários interessam-se mais em evitar a gravidez do que em prevenir-se contra a doença. Há necessidade de mudança de comportamento da população, mas acha isto muito difícil. Nega dificuldades em atender o paciente soropositivo para HIV, bem como informar-lhe sobre o diagnóstico. Diz que tem bastante tranquilidade em realizar aconselhamento, sente-se preparada, apesar de não ser atividade constante em sua atuação. Desenvolve grupos de planejamento familiar nos quais aborda formas de prevenção da doença. Também o faz nos atendimentos ginecológicos e, quando há demanda dos usuários, no acolhimento. Queixa-se do pouco tempo para desenvolver atividades preventivas coletivas, devido à grande demanda e à estrutura física inadequada da unidade de saúde. Acha que há necessidade de se realizar mais ações de prevenção da aids, principalmente na atenção básica, considerando-se que o que se faz “é muito pouco”. Destaca a necessidade de intersetorialidade, com a atuação da escola, mídia, desde o período da pré-adolescência. Acredita que o risco de infecção durante os atendimentos é bem pequeno na atenção básica, mas percebe que nem sempre os profissionais estão cientes de tal risco: vê que muitas vezes eles realizam procedimentos sem as devidas precauções.

MED 1

Pensa que há falta de informação por existir uma série de mitos e a população não ter noção da real gravidade da doença. Percebe que a população não está muito preocupada com a questão da prevenção do HIV/aids, mas apenas da gravidez, o que dificulta a implementação de ações voltadas a essa temática. Além disso, considera a população assistida por ele bastante doente e necessitando muito de tratamento, em decorrência da situação de pobreza da região, não havendo possibilidades de trabalho preventivo. Para tanto, realiza orientações individualmente aos usuários que demandam o serviço e às gestantes no pré-natal. Mas não realiza nenhuma atividade coletiva e acredita que não há adesão da população em relação ao uso do preservativo. Aponta, como dificultador na implementação de ações sistemáticas de prevenção da aids, a sobrecarga de trabalho, sobretudo para o profissional médico, não permitindo tempo suficiente para o planejamento dessas ações. Nega dificuldades em prestar assistência aos portadores do vírus. Relata que o risco do profissional se contaminar durante o seu trabalho existe, mas não é “alarmante”, principalmente na atenção básica, não havendo muitos procedimentos invasivos como na atenção terciária. Acredita que, se forem tomadas as devidas precauções, esse risco é bem menor e que isso não lhe traz medo ou preocupação excessiva que possa interferir na assistência prestada ao paciente.

MED 2

Acredita que a aids está relacionada com a auto-estima, e que tem sido muito difícil realizar ações de prevenção na região do centro de saúde pelo alto índice de vulnerabilidade da população assistida. Acredita que essa dificuldade existe porque a aids requer uma mudança de comportamento da população, e que muitas vezes as campanhas de prevenção não são eficientes por não conseguirem tal modificação. Realiza várias atividades educativas com grupos de adolescentes na unidade de saúde e em escolas da região, mas acredita que há baixa adesão dos mesmos em relação ao uso do preservativo, implicando em grande número de adolescentes grávidas. Sente-se frustrada ao perceber esse aumento de gravidezes em adolescentes que participaram das atividades educativas realizadas por ela. Além das atividades em grupo, oferece frequentemente o exame anti-HIV, com aconselhamento pré e pós-teste além de possuir demanda livre em sua agenda para facilitar o acesso ao adolescente. Informa que não tem dificuldades em atender crianças portadoras do vírus e que, mesmo sem toda a estrutura física preconizada para o atendimento ao adolescente, é possível fazer um trabalho bem feito, sem prejuízo ao usuário, e que o mais importante é a criação do vínculo entre o profissional e a comunidade. Aponta, como dificultador, o número restrito de preservativos para serem distribuídos à população. Quanto aos riscos que o profissional corre durante seu trabalho nas ações desenvolvidas no centro de saúde, acredita que são pequenos e afirma que utiliza regularmente os métodos de proteção.

MED 3

Acredita que há muito preconceito na questão da aids, inclusive pelos profissionais da saúde. Relata que estes “tentam encarar a aids como uma doença sexualmente transmissível como as outras, mas pela sua gravidade e conseqüências, ficam muito mais atentos a ela”. Acredita que a população não faz uso regular do preservativo, o que ele percebe pelo número elevado de grávidas. Relata que as pessoas se preocupam muito mais com a prevenção da última que da aids. Informa que tem dificuldades para atender ao paciente, principalmente no momento de comunicar o diagnóstico positivo. Repete várias vezes que é muito difícil fazer tal abordagem, justificando-a pela semelhança entre revelar o diagnóstico a um paciente e comunicar à família sobre um falecimento. Relata que já o fez várias vezes, mas que em todos teve essa dificuldade, o que chama de “barreira”. Acredita que ela ocorre porque ao comunicar o diagnóstico modifica-se toda a estrutura familiar, envolvendo uma questão social. Informa que na atenção básica não há muito contato com o paciente portador do vírus, pois eles são encaminhados para a atenção secundária (infecologia) para acompanhamento, o que ele concorda, justificando que esse paciente possui alta demanda e acompanhamento complicado. Dentre as atividades desenvolvidas relata que faz abordagens individuais em consultório, nos atendimentos ginecológicos e urológicos e quando surge demanda do paciente; não realiza nenhuma atividade coletiva. Relata que a escassez de tempo e a alta demanda da unidade dificultam o planejamento e implementação de atividades educativas com vistas à prevenção da doença. Aponta que são necessárias novas formas de abordagem da aids, sugere aumento do número de grupos operativos, sobretudo com foco no adolescente, que, segundo ele, não tem vínculo estabelecido com a unidade de saúde. Refere existência de risco de infecção do profissional de saúde, mas considera que na atenção básica é bem pequeno e os profissionais utilizam os equipamentos disponíveis para sua prevenção.

MED 4

Acredita que a “questão” do HIV não envolve falta de informação, pensa que todos estão cientes das formas de contágio e prevenção, embora perceba que não há uso regular do preservativo. Pressupõe que o problema esteja na informação que não chega de forma que sensibilize o usuário. Acha que há a necessidade de se trabalhar com o adolescente e a mulher, e que esses deveriam ser o foco das ações de prevenção na atenção básica. Nega dificuldades atuais no atendimento a mulheres HIV positivo, mas relata que, no início da descoberta da doença, era-lhe bastante difícil pelo desconhecimento da ação do vírus. Relata que havia, nesse período inicial, muito preconceito, inclusive entre os profissionais de saúde, mas que atualmente “já está bem diferente”. Diz que sempre sugere a realização do exame aos usuários que atende individualmente, realiza grupos com adolescentes em escolas da área de abrangência do centro de saúde onde aborda a prevenção da doença e métodos contraceptivos, dentre outros temas. Aponta, como fatores dificultadores, a escassez de tempo devido à grande demanda de consultas, falta de espaço físico na unidade de saúde, e escassez de recursos audiovisuais. Refere que há a necessidade de maior atuação social da televisão como veículo capaz de transmitir informações de forma mais impactante. Afirma que o risco profissional na atenção básica é baixo, sendo maior na atenção terciária. Faz uso regularmente dos equipamentos de proteção individual, mas percebe que nem todos têm essa preocupação; exceto quando o paciente é sabidamente HIV positivo.

MED 5

Pensa que há falta de campanhas educativas sobre HIV e aids, pois estas são muito pontuais; e diz que falta incentivo às ações de prevenção pelo governo, sendo que este foca mais sua política na assistência ao portador do vírus. Afirma que a melhor forma de barrar o aumento do número de casos é com prevenção e aponta o uso do preservativo como a melhor estratégia. Diz que o que “há de pior em relação à doença é o preconceito”, que acaba dificultando também a aceitação da doença por parte do paciente. Realiza orientações individualmente em consultório, incentivando o uso do preservativo, e em grupos no planejamento familiar. Aponta como dificultador a falta de preservativos e de outros métodos contraceptivos para disponibilizar ao usuário, pois, quando disponíveis, são de difícil acesso por apresentar limites de quantidade e grande burocracia em sua aquisição. Relata que já teve muita dificuldade em atender o portador do vírus, sendo necessário recorrer à ajuda de outros profissionais, mas atualmente se sente bem mais segura. Considera baixo o risco ao qual o profissional está exposto nas atividades da atenção básica e diz que utiliza regularmente os equipamentos disponíveis.

4.2 A construção das categorias

A análise das entrevistas apontou, como destaque, que os profissionais, em sua maioria, tendem a ‘avaliar o outro sem se avaliarem’. A forma pela qual os profissionais expressam suas representações é semelhante ao fato de estarem falando do outro sem se incluir no grupo do outro. O profissional projeta sua opinião e representação no outro, o que consiste num mecanismo clássico de defesa apontado por Giami e Veil (1997). Durante a entrevista, cada um projeta sua fala nos outros profissionais de saúde e não se reconhece como parte desse grupo nem assume os mesmos comportamentos.

Sobre essa problemática, Joffe (2000) afirma que uma das primeiras formas pelas quais as pessoas se defendem de medos associados à aids, é a projeção de responsabilidades, distanciando-se, desse modo, da situação ameaçadora. Furegato et al. (2005) afirmam que a pessoa escolhe formas de satisfazer suas necessidades de acordo com sua maneira de enfrentar o mundo. Para isso, utiliza mecanismos de enfrentamento, negação, omissão, distorção e projeção, sempre evitando os efeitos da ameaça que as situações trazem consigo. A projeção se evidencia quando o sujeito atribui aos outros, tais como colegas, outros profissionais, aquilo que recusa ver em si mesmo. Os mecanismos de defesa, quando variados e ajustados às realidades externas e internas de cada um, revelam-se úteis, eficazes, indispensáveis para o bom funcionamento mental dos profissionais que devem se doar, sem se deixar esgotar pela angústia excessiva e os afetos penosos e inibidores (GIAMI e VEIL, 1997).

A projeção permeia o conjunto das entrevistas e está incluída nas categorias encontradas ao se organizar os temas (idéias centrais e expressões-chave), que serviram para estruturar figuras que sintetizam as formas de aparecimento das representações reunindo-as por afinidade e segundo a sua centralidade.

Com a interpretação, verificou-se que os profissionais elegiam alguns assuntos comuns, por meio dos quais organizavam suas representações, sentimentos e posturas diante do objeto pesquisado. Os temas evidentes, que originaram três grandes categorias, são:

- HIV/aids

Nesta categoria, foi explicitado que os profissionais possuem representações acerca do HIV/aids relacionadas à existência de uma doença incurável, que tem controle; doença estigmatizante, que provoca preconceito e discriminação; associa que o uso do preservativo é necessário, mas a maioria não o faz; cuidar-se envolve auto-estima e mudança de comportamento; e fazer prevenção é difícil demais.

- O trabalho em HIV/aids

Aparece fortemente na fala dos entrevistados e nos relatos de suas práticas assistenciais. Surgem representações que apontam a existência de muitas dificuldades na realização de ações de prevenção do HIV/aids; ações preventivas são realizadas descontinuamente e sem planejamento; o atendimento em HIV/aids não faz parte do cotidiano da atenção básica; e o desvelamento do resultado não é fácil.

- Risco de infecção no cotidiano do trabalho

Ao analisar os relatos dos sujeitos sobre o risco a que estão expostos em seu cotidiano de trabalho na atenção básica, foram encontradas representações ligadas à existência do risco de infecção e ao uso dos equipamentos de proteção individual na atenção básica como estratégia de minimizá-los.

4.3 Representações dos profissionais da atenção básica em relação ao HIV/aids

Nesta categoria, incluem-se os objetos das representações dos sujeitos sobre o HIV/aids. Divide-se em 5 subcategorias, denominadas a seguir: I- Doença estigmatizante, que provoca preconceito e discriminação; II- Fazer prevenção é difícil demais; III- Uso de preservativo é necessário, mas a maioria não o faz; IV- cuidar-se envolve auto-estima e mudança de comportamento; V- Doença incurável que tem controle, cronicidade. Na FIG. 1, encontram-se representadas as subcategorias nas quais estão organizadas as representações dos profissionais.



FIGURA 1- Representações dos profissionais da atenção básica em relação ao HIV/aids

4.3.1 Doença estigmatizante, que provoca preconceito e discriminação

O estigma é comum às doenças infecciosas ou mentais, com implicações reconhecidas em várias áreas da saúde pública.

Estigma é a marca que expressa desaprovação numa determinada relação social, apontando para uma identificação de descrédito, na qual o indivíduo marcado é privado da oportunidade de viver plenamente (GOFFMAN, 1988). Desde o início da descoberta da doença, na década de 1980, o termo “grupo de risco” foi amplamente difundido, originou-se o estigma da aids como doença relacionada ao desvio moral, ligada a homossexuais e usuários de drogas. Após alguns anos, o termo foi extinto, mas pode-se afirmar que o preconceito e a associação de culpa pela doença permanecem (BRASILEIRO e FREITAS, 2006; WINGESTER, 2004).

Assim, pode-se afirmar, como Parker et al. (1994) o fazem, que, socialmente, o estigma, o preconceito e a discriminação que marcam as pessoas que vivem com o HIV/aids, só podem ser compreendidos como um fenômeno histórico: construído pela ação humana, manipulado por interesses de poder e de dominação, produzindo e reproduzindo relações de desigualdades sociais. Os profissionais falam do estigma como presente, com as repercussões de preconceito e discriminação com os quais convivem as pessoas com aids, mas raramente dizem que eles mesmos os sentem ou têm atitudes deles derivadas em relação aos pacientes atendidos. Na prática, alguns carregam essas mesmas representações, o que remete à necessidade de uma visão mais abrangente sobre discriminação e exclusão social das pessoas que vivem com HIV/aids nos diferentes contextos da sociedade, como destacam Sadala e Marques (2006).

O conceito apresentado por Goffman (1978, p.7), de que o estigma é “o processo ou a situação do indivíduo que está inabilitado para a aceitação social plena”, fundamenta as

representações sobre aids presentes nas falas, como exemplificada em ENF 7. As representações aparecem nos relatos sobre situações vivenciadas e nas justificativas apresentadas, sendo que o conceito é também utilizado pela entrevistada como sinônimo de preconceito e discriminação.

...Eu acho que ainda tem muito estigma ... Eu acho que ainda tem muita discriminação, o próprio paciente se discrimina e, não acabou o negócio do estigma, tá aí... (ENF 7).

A definição de Allport (1954) é, ainda hoje, a mais utilizada nos estudos da psicologia social sobre o tema. Para ele, o preconceito seria:

uma atitude evitativa ou hostil contra uma pessoa que pertence a um grupo simplesmente porque ela pertence àquele grupo, e está, portanto, presumido que objetivamente ela tem as qualidades atribuídas ao grupo. (ALLPORT, 1954, p.7).

No estudo de Oliveira (2007), ao se entrevistarem profissionais que atuam em maternidades, verificou-se a presença do mesmo fato, o que possibilitou a autora apontar que as representações dos profissionais entrevistados agregam idéias sobre o estigma e preconceito que a doença provoca muito semelhantes às encontradas no presente estudo.

Os sujeitos entrevistados têm um discurso coletivo de reconhecerem que a aids ainda provoca preconceito que é fonte de sofrimento para as pessoas infectadas:

...Eu acho que o HIV carrega toda aquela bagagem de preconceitos, né? (ENF 6).

...Mas, o que ainda chama a atenção quando você pensa em aids, é todo um preconceito, a coisa que envolve, né? (MED 3).

O que eu acho que é o principal é o preconceito. Infelizmente o preconceito da doença é que choca toda mundo, entendeu? E é o que é mais difícil... (MED 5).

Para os entrevistados, a existência do estigma inclui atitudes de discriminação, medo do outro e preconceito, que também existe, obviamente, na própria pessoa infectada. Goffman (1975) lembra que o estigma funciona como marca ressentida e não necessariamente percebida pelos outros e como marca ressentida e objeto de desqualificação pelos outros. O fato de ser infectado, sem sintomas, é marca ressentida, e ser doente de aids traz à tona os estereótipos sobre a doença que ‘colam na pessoa’ e se traduzem em atitudes discriminatórias por parte inclusive dos profissionais. Ninguém está livre de representações que se centram nos aspectos considerados negativos e que desqualificam as pessoas, o que não necessariamente é uma vulgarização de conhecimento científico. No caso da aids, imagens e metáforas sobre outras doenças, informações ditas científicas difundidas ao longo do tempo contribuíram sobremaneira para a formação do estigma. Nesse sentido, Allport (1954, p. 7) afirma que “o preconceito é a objetivação do estigma nas interações sociais”.

Oliveira (2007) verificou que há representações que sustentam o preconceito, ancoradas em idéias de transmissibilidade e risco, que não são aquelas aprendidas por meio da ciência, mas de um imaginário de dor, sofrimento, sujeira e infecção que os profissionais só conseguem vislumbrar nos outros.

A interpretação das entrevistas aponta a presença de preconceito dentro do próprio grupo de profissionais, com relatos de situações e justificativas sobre as práticas cotidianas nos serviços de saúde, como mostrado nas seguintes falas:

Se a gente colocar o peso do HIV, colocar peso na palavra, com o preconceito que a gente tem... (ENF 2).

Mas o preconceito ainda existe...Eu acho que ainda tem muito preconceito, né? Mesmo a gente que é profissional da área de saúde. A gente tem... Porque vem aquele preconceito. Porque a gente vive em sociedade, né? Então, acaba que a gente pega um pouco disso (MED 3).

Até profissional tem preconceito. Inclusive assim, profissional aqui de saúde tem medo de fazer [o exame anti-HIV], né? Acho que tem toda aquela... 'prefiro não saber', né? **(ENF 6)**.

Sob esse enfoque, Alves e Ramos (2002) discutem que, dentre as doenças que trazem em si o preconceito e a discriminação social, a aids carrega um estigma maior, pois fala de sexo, sangue, homossexualismo, prostituição, traição, trazendo à tona o mais íntimo das pessoas, escondido por tabus.

Há referências sobre o preconceito em relação à aids como algo possível de ser sentido pelos próprios profissionais, mas representado como algo que deve ficar escondido. Os entrevistados afirmam que ele está presente em toda sociedade, incluindo aí o profissional de saúde, mas não se vê, nos relatos, reconhecimento algum de que a própria pessoa que fala tenha pensamentos ou atitudes preconceituosas. Ao lado desse não-reconhecimento, os sujeitos apontam a necessidade de que o preconceito não seja manifestado através da discriminação, obrigando-se a uma atitude ética no trabalho em saúde:

... no começo, o preconceito, ele é geral. O preconceito, ele está relacionado com a família, com o próprio indivíduo, com o profissional de saúde, com o vizinho, com o padre. Então o preconceito é geral... **(ENF 2)**.

Eu acho que vem mais na cabeça das pessoas, não necessariamente na minha, mas a questão da discriminação, que eu acho, né? A gente que é profissional, o preconceito ele existe mesmo. O que a gente tem que fazer mesmo é não discriminar. Porque o preconceito não tem como. Só se você mudar todo mundo, inventar um mundo de novo. Mas a discriminação você pode evitar **(ENF 4)**.

Ao se analisarem os conteúdos das falas dos sujeitos entrevistados, é notória, portanto, a permanência da representação relacionada ao preconceito. Há reconhecimento de que a aids é uma doença cercada de estigma, preconceito e discriminação não só da sociedade como um

todo, mas também no grupo de profissionais da saúde, como encontrado em outros estudos (COSTA, 2004; GARRIDO et al., 2007; OLIVEIRA, 2007).

Esses resultados expressam que as representações sociais sobre a aids estruturam-se na interface da complexidade, colocando em jogo conhecimentos científicos e do senso comum, bem como valores sociais e contextuais (RIBEIRO et al., 2006).

4.3.2 Fazer prevenção é difícil demais

Os profissionais entrevistados reconhecem, em seu discurso, a necessidade de prevenção da doença e apontam como estratégia de redução de sua disseminação as ações de prevenção da aids. Sugerem a atenção básica como espaço privilegiado para tais ações, o que já é proposto pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), ao considerar a atenção básica à saúde como local onde ações voltadas à prevenção de doenças ao indivíduo devem ser realizadas. É evidente, na fala dos sujeitos entrevistados, a necessidade de utilizar-se da atenção básica como ‘palco’ para execução das práticas preventivas em saúde e, por conseguinte, do HIV/aids. Nesse contexto, destacam-se as ações de promoção da saúde e de prevenção como formas mais eficazes de controle da doença.

O reconhecimento das ações de prevenção como um objeto de representação torna-se mais comum ao se analisarem estudos onde os sujeitos são profissionais de saúde (COSTA, 2004; OLIVEIRA, 2007). Em estudos nos quais se busca a compreensão de representações de pessoas com HIV/aids, a emergência de representações ligadas à prevenção não é tão frequente (COELHO, 2006; MATÃO, 2004; SANTOS, 2007).

Diante disto, pode-se inferir que representações relacionadas à problemática da prevenção se fazem mais presentes nas falas de profissionais de saúde. Tal observação pode ter como explicação o fato de os profissionais que atuam na atenção básica reconhecerem

como necessária a implementação de ações com vistas à prevenção desse agravo, tendo como centro a idéia de que ‘prevenção é objeto privilegiado da chamada saúde pública’.

Nas falas abaixo se explicitam a afirmação e o reconhecimento da importância da prevenção no controle da doença:

Acho que a primeira coisa é a prevenção, né? Principalmente a gente que trabalha em área de saúde pública, né? Então a gente tem que trabalhar a prevenção... O importante é prevenir, né? A gente sabe disso, né? **(ENF 6)**.

Sem a prevenção o HIV sai ganhando... **(MED 2)**.

E HIV é prevenir. Não tem outra forma, ainda, né? A gente tem que prevenir. **(ENF 6)**.

Então, eu acho que a prevenção é o principal, se não trabalhar em cima disso a gente vai continuar tendo aumento no número de casos mesmo, e a epidemia fora de controle **(MED 5)**.

Os profissionais destacam também a necessidade de efetivação das ações de prevenção na atenção básica, e que elas sejam desenvolvidas por outros setores como a mídia, a educação e não somente pelo setor saúde ou por eles, os profissionais ‘na ponta do atendimento’. As representações de que o controle da aids é pela prevenção e de que esta deve ser feita nos serviços de atenção básica são claras nas falas dos profissionais, porém pouco avançam sobre esse compromisso. Consideram que há muitos empecilhos para que hoje ocorram tais ações de forma contínua e quase não as executam em suas práticas cotidianas nas unidades básicas, além de não relatarem conhecimento e domínio sobre métodos e instrumentos para tal fim. Essa discussão será aprofundada posteriormente.

Wimmer e Figueiredo (2006) afirmam que não é possível discutir melhorias na assistência baseando-se apenas no âmbito saúde, sem se considerarem as necessidades das populações, que vão além do aspecto biológico. Ampliando a discussão, Campos (2003) reconhece que todo saber estruturado é limitado por parte dos profissionais de saúde, o que

traz a necessidade de inserção de uma prática profissional mais contextualizada e expandida. Segundo Moysés; Moysés e Krempel (2004), as intervenções de prevenção e promoção da saúde apresentam caráter ampliado, envolvendo a colaboração e participação de diferentes atores e setores com a utilização de múltiplas estratégias.

Obviamente, muitas ações devem nascer nos setores específicos e ser coordenadas por eles mas, como lembram os referidos autores, a saúde não é assegurada apenas pelo indivíduo nem tampouco pelo setor saúde em seu sentido restrito. Ao contrário, depende de um amplo leque de estratégias, por meio de ações articuladas e coordenadas entre os diferentes setores sociais, ações do Estado, da sociedade civil, do sistema de saúde e de outros parceiros intersetoriais (MOYSÉS; MOYSÉS e KREMPEL, 2004).

A tarefa do setor saúde não está mais dirigida somente para a construção de um sistema de boa qualidade com acesso universal e com integralidade, capaz de atuar na promoção, proteção e recuperação, mas amplia-se na direção de um papel articulador e integrador com outros setores, também determinantes das condições de vida e de saúde (BÓGUS, 2002).

Feuerwerker e Costa (2000) entendem que intersetorialidade é a articulação entre sujeitos de setores sociais diferentes e, portanto, com saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos.

O Ministério da Saúde define intersetorialidade como sendo:

uma articulação dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de co-responsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania, e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem. (BRASIL, 2006, p.24).

Considerando-se a necessidade de articulação do setor saúde aos demais, como a Assistência Social e a Educação dentre outros, depreende-se, das falas abaixo, certo desabafo em relação à baixa intersetorialidade das ações voltadas à prevenção da aids, que buscam a

aquiescência do entrevistador, mas pode-se inferir que são, também, discursos projetivos, como: “nós não fazemos ou não o fazemos suficientemente, mas também os outros não o fazem”, como nas falas seguintes:

Eu acho que a escola também tem que estar envolvida nisso, não deixar só pra saúde cuidar disso, né? Porque isso é formação, não adianta, as pessoas têm que ser orientadas e formadas desde a pré-adolescência, né? Já começar a entender. Tem algumas escolas trabalhando com esses temas, algumas escolas particulares, mas eu não sei como é que tá isso, e eu acredito muito na educação em parceria com a saúde, né? **(ENF 7)**.

Eu acho que a televisão, ela tinha que ter o papel social que ela não faz, né? ... eu acho que tinha que ter na novela um assunto impactante mesmo, como alguém contaminado. Que se contaminou numa festa, usando uma droga, entendeu? Eu acho que a televisão tinha que usar **(MED 4)**.

Nesta última fala chama a atenção, ainda, o fato de que as representações da aids estão centradas na idéia de impacto, de imagens que assustam, pela televisão, para que seja possível atingir a população, o público.

Além de citarem a baixa intersectorialidade, alguns entrevistados avaliam a atuação do governo como insuficiente, no sentido de proporcionar campanhas preventivas mais efetivas, considerando as existentes como pontuais e a atuação centrada nas pessoas sabidamente infectadas:

Pelo que a gente vê, por esse aumento no número de casos, tá faltando uma campanha educativa maior, com relação ao governo, né? Pra poder tá prevenindo, entendeu? **(MED 4)**.

Eu acho que falta mais é, é assim, o governo ele dá muita assistência pro pessoal que já tem o HIV, diagnosticado, que tá com aids e faz uso do coquetel, dessas medicações, é, antivirais e tudo. Mas, assim, com relação à prevenção eu não vejo muito não. Eu acho que deveria ter mais. Ter, tem, por exemplo, na época de carnaval tem muito, entendeu? **(MED 5)**.

Segundo Sánchez (1999), a mídia tem como obrigação promover informação de qualidade, pois desempenha um papel social diante da população, o qual é um dos requisitos mais importantes em uma sociedade: a formação de opinião.

No entanto, de acordo com Gonçalves e Varandas (2005), a mídia tornou-se uma fonte de considerável imprecisão e distorção, desconsiderando o risco do contato heterossexual, principalmente para as mulheres. Além disso, afirmam que o desvelamento da epidemia e das formas de contágio dava-se mais por um caráter denunciatório e responsabilista do que propriamente preventivo. A representação do caráter social da mídia, apontado pelos entrevistados, carrega consigo várias outras representações, tais como: ‘no Brasil, todo mundo vê novela’, ‘a televisão é veículo que atinge as massas populares’, o que deixa os profissionais decepcionados por não verem tal veículo servir, de forma eficiente, à causa da prevenção e do controle da aids.

Parker e Galvão (1996) já apontavam que as campanhas de prevenção, no combate à aids, organizadas pelo Governo Federal, eram levadas a efeito tardiamente e, em sua maioria, de forma questionável.

Em 2008, as críticas às formas de direcionar as atividades de prevenção ainda existem, sobretudo ao fato de que não há nenhuma especificidade pela vulnerabilidade social ou por comportamentos de risco, mesmo que se considere que houve avanços na organização dos serviços e nas propostas de descentralização das ações.

Depreende-se, assim, da análise das entrevistas, que há um consenso de que é função do Estado coordenar e implantar ações de promoção, prevenção e controle das doenças, o que também retrata a literatura, mas vale questionar em que limite os profissionais de saúde se sentem envolvidos por essas propostas ou se implicam para aplicá-las. Fica claro que é sempre necessário reelaborar o trabalho de prevenção, o que é da ordem de repensar o que está constituído culturalmente, buscando ultrapassar os limites da informação genérica, com

fundamentos metodológicos que fujam das teorias comportamentalistas, como analisa também Terto Júnior (2002). Faz-se necessário construir atividades de educação em saúde que sejam pertinentes e eficazes para a população assistida e que incluam os profissionais da atenção básica de forma efetiva.

4.3.3 Uso de preservativo é necessário, mas a maioria não o faz

O uso do preservativo masculino e feminino é meio eficaz de prevenção das infecções sexualmente transmissíveis e do HIV. O preservativo masculino é utilizado por casais em idade reprodutiva, em todo o mundo, como método de prevenção de IST/HIV e de proteção anticoncepcional adicional (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1990).

O reconhecimento do preservativo e sua ligação com a aids é muito forte no grupo entrevistado. A grande maioria aponta o preservativo como forma de prevenção, o prescreve, indica, e acredita que seu uso não é realizado de forma satisfatória ou rotineira na população assistida.

Coelho (2006), ao entrevistar homens infectados pelo HIV, inferiu que o não- uso do preservativo é explicado, muitas vezes, pelo fato de as práticas sexuais serem realizadas, sobretudo, em encontros ocasionais nos quais há consumo de álcool. Para a autora, o excesso de álcool levaria a uma perda da associação das relações sexuais com os possíveis riscos de transmissão da doença.

Embora a fala dos entrevistados reflita a baixa adesão ao uso do preservativo, Paiva; Pupo e Barboza (2006) afirmam que o acesso ao preservativo masculino tem sido monitorado em várias pesquisas nacionais que revelam seu aumento na população brasileira. Segundo o mesmo estudo, entre 1998 e 2005, o uso de preservativo aumentou significativamente em todas as faixas etárias.

No entanto, percebe-se, na fala dos entrevistados, uma representação muito forte ligada à importância do preservativo na redução do número de casos da doença e de que, embora eficaz, não é utilizado pela população assistida. A representação de uso esporádico ou de baixa adesão ao método surge nos relatos de práticas assistenciais, de suas vivências profissionais, no atendimento ao usuário, como se vê a seguir:

Aí que está o X da questão. Porque às vezes a gente pergunta aqui: - Usa? Usa ocasionalmente. - Você usa preservativo? - Uso. - Com esse parceiro seu aqui você usou? - Ah não! Não, ou então 'uma vez não usei'. Então, a maioria faz uso irregular **(ENF 1)**.

A adesão ao preservativo ainda é uma coisa baixa, assim, eu considero baixa porque na maioria das vezes que você aborda no planejamento familiar ou no acolhimento, as pessoas têm usado outros métodos, né? **(ENF 7)**.

Então assim, se eu pudesse dar o conselho de usar camisinha pra todos os meus pacientes eu falaria, mas assim, é muito difícil. O que a gente vê aqui é que os parceiros não aceitam usar camisinha **(MED 5)**.

Eu acho que tem uma aceitação boa, agora se faz, eu não sei. O que fala: - Não, eu já uso e tal... Mas aí eu falo: - Mas como é que adquiriu essa doença? **(MED 3)**.

Corroborando com a opinião dos entrevistados, Leite et al. (2007) afirmam que a estratégia principal para o controle da transmissão das IST/aids está na prevenção. Esta deve priorizar atividades educativas que envolvam possibilidades tanto de mudanças no comportamento das práticas sexuais quanto na adoção de medidas que enfatizem a utilização adequada de preservativo, seja ele feminino ou masculino.

Além disso, é central no discurso dos sujeitos a associação entre o não-uso do preservativo com o número de gravidezes não-planejadas. As gravidezes configuram-se como uma “prova” de que esse recurso não é utilizado como preconizado ou é utilizado numa frequência muito pequena na população assistida. Dessa forma, os profissionais da atenção básica sentem-se frustrados porque os usuários não cumprem o que é preconizado, queixam-

se de que há pouco espaço para educação para saúde e que a prevenção, quando ocorre, está fora do contexto de vida das pessoas. Porém, suas práticas são, em geral, prescritivas, a maneira de pensar é prescritiva, sem interlocução com os usuários no sentido de ouvir seus contextos de vida e ajudá-los a encontrar formas de prevenção adequadas. Abaixo, alguns exemplos da frustração e indignação na fala dos profissionais de saúde ao referirem o interesse dos usuários atendidos apenas em prevenir a gravidez e colocarem em ‘segundo plano’ a prevenção das infecções sexualmente transmissíveis:

Haja vista a gravidez na adolescência, né? É uma prova do uso irregular da camisinha (ENF 1).

Porque aqui a gente oferece a camisinha. Eu tô aqui toda semana fazendo planejamento familiar, eu tenho duas, três, quatro pessoas por semana que vêm à reunião de planejamento familiar e, no entanto, eu tenho um pré-natal lotado (ENF 3).

Interessam mais pela proteção da gravidez, e isso é preocupante porque taí [a aids] no nosso meio, né? (ENF 7).

Aí você vai conversar sobre HIV, sobre camisinha, preservativo, e a preocupação é não engravidar, apesar da maioria engravidar, entendeu? (MED 1).

Então o povo não usa preservativo, não. De verdade que não usa. Porque a maioria das crianças, a maioria das adolescentes fica grávida (MED 3).

Aí, depois quando elas voltam com uma gravidez já, com um filho já, elas não têm preocupação com o HIV, elas têm preocupação de não ter o outro, o próximo entendeu? Então quer dizer, a doença sexualmente transmissível ficou esquecida no início e continua esquecida mesmo depois de ter sido grávida, de ter tido um filho, entendeu? (MED 1).

Há, ainda, uma referência de ENF 1 em relação ao não-uso do preservativo, inclusive dentre os trabalhadores em saúde, ao comentar que sabe que “ninguém usa”, mas ninguém o diz, identificando a fragilidade da relação entre o conhecimento do preservativo como forma de prevenção e a efetividade de seu uso.

Pode-se considerar que as representações sobre o preservativo têm um grande peso para a permanência de posturas de negação do risco, como pode ser constatado na seguinte fala:

Se tiver um grupo de profissionais de saúde, você faz uma pergunta: - quem usa camisinha aqui? Todo mundo dá aquele risinho! Ninguém acha que tem risco (ENF 1).

Nesse sentido, Paiva; Pupo e Barboza (2006), ao estudarem a adesão ao preservativo no Brasil, verificaram que é maior entre as pessoas mais jovens, com primeiro grau completo; e menor entre mulheres, homens negros e na região Centro-Oeste do Brasil, sendo que a adesão mais baixa continua ocorrendo entre os analfabetos.

Dessa forma, seria pertinente esperar que profissionais de saúde, com nível superior de escolaridade, fossem adeptos ao uso do preservativo, o que contradiria a fala de ENF 1 acima. Porém, como a representação corrente é de que o outro não faz uso rotineiramente, a inferência possível é de que o profissional que afirma isto também não o faz. Para os pesquisadores, o uso ou não de preservativo será sempre uma questão de confiança na resposta do entrevistado: não há como comprovar a resposta.

Os profissionais estão de acordo sobre a existência de muitas dificuldades para o uso constante e efetivo do preservativo nas relações sexuais, pois afirmam que não há reconhecimento de sua importância pela população, como seria esperado, devido à propaganda e às informações diversas acessíveis a todos. Tais constatações se incluem em representações sociais sobre o preservativo como 'difícil de usar', 'incomoda', 'tira o prazer', além da preocupação maior de homens e mulheres ser a de evitar gravidez e não se sentirem em risco para as IST (ENF1). O não uso do preservativo entre eles – profissionais de saúde, também aparece nas falas. Ora, talvez seja o momento de deixar de lado a constatação de que o uso é inexistente ou irregular para a maioria e se perguntar por que alguns indivíduos

conseguem fazer sexo seguro, descobrindo porque usam preservativo sem incômodos... Provavelmente, haveria benefícios para as ciências sociais e a saúde coletiva.

4.3.4 Cuidar-se envolve auto-estima e mudança de comportamento

Segundo Ciconelli et al. (1999), a qualidade de vida é descrita como sendo formada pela percepção do indivíduo sobre o seu estado de saúde em relação aos aspectos social, físico, psicológico, econômico e espiritual. Em consonância, Dini (2000) afirma que a auto-estima, que é um componente da qualidade de vida, é definida como sendo o sentimento, o apreço e a consideração que uma pessoa sente por si própria, ou seja, o quanto ela gosta de si, como ela se vê e o que pensa sobre ela mesma.

A auto-imagem e a auto-estima estão intimamente relacionadas e são construtos da personalidade, resultantes da interação entre o que somos, como nos vemos e como os demais nos vêem (GALLAR, 1998). A maneira como o indivíduo se percebe e se valoriza também está relacionada aos níveis de estima pessoal.

Sob essa ótica, os sujeitos apontam a estima como forte objeto de representação da aids, ao analisar que o indivíduo com baixa auto-estima tende a não se valorizar, a não valorizar seu corpo, se colocando mais exposto e, portanto, mais propenso a se infectar pelo vírus.

Diante disso, os profissionais trazem uma representação que relaciona a presença da doença ao sujeito com baixa auto-estima, afirmando que ‘quem não se valoriza se expõe’, e, ao se expor, torna-se mais vulnerável à infecção pelo vírus, como nas falas abaixo:

Eu acho que a questão [da aids] reside muito aí na auto-estima do usuário (**ENF 1**).

É auto-estima mesmo. Com o nível de vida que eles [usuários] têm, com o nível do que eles são capazes, de onde eles trabalham, se elas são capazes de fazer algum curso... (**MED 2**).

Eu sinto aqui isso. Muito disso. Muito. Você não tem perspectiva. Como assim: - 'Eu não tô valendo nada, pra eu valer alguma coisa eu tenho que fazer'. A maternidade é mais garantida, é a única coisa que elas [adolescentes] têm **(MED 2)**.

Ao considerar a estima de si como fato importante no que se refere ao HIV/aids, conclui-se, a partir da análise das falas dos sujeitos, por uma associação direta entre estima e mudança de comportamento. É possível inferir uma possível relação de causa e efeito entre esses dois determinantes do ponto de vista dos profissionais entrevistados, como exemplificado nos relatos seguintes:

Então é uma questão de incorporar, é mudança de comportamento. É uma coisa de ter coragem de investir. Lógico. Nós temos que investir muito mais na auto-estima... Acho que nós temos que mudar o comportamento. Agora, como? Não tem jeito de controlar... A não ser a auto-estima dele [usuário] e, ele perceber a importância do corpo dele, de como a doença vai atuar no seu corpo e mudar o comportamento **(ENF 1)**.

Se parar prá pensar: é porque tem a ver com mudança do comportamento, e o comportamento humano ninguém mexe... **(MED 2)**.

Mudar comportamento é a coisa mais difícil que tem! **(ENF 7)**.

Além dos sujeitos entrevistados estarem de acordo sobre a necessidade de mudança de comportamento, consideram que seja um ideal de difícil alcance. Essa é uma representação corrente no seio do setor saúde: trabalha-se com mudanças de comportamento, mas mudanças de formas de viver são processos longos que exigem constantes revisões. Apesar disto, a associação feita entre auto-estima e adoção de práticas de prevenção revela uma compreensão que foge do modelo comportamentalista tão ainda presente nas práticas de saúde, segundo o qual se parte sempre da premissa de uma relação de causa e efeito entre informação e mudança de comportamento. Fernandes (1994) afirma que a mudança de hábitos, particularmente nos campos diretamente implicados na transmissão do HIV, está

bem longe de ser simples e transcende, sem dúvida, o aspecto estritamente informativo. Espera-se que os profissionais de saúde sejam capazes, na prática, de estimular mudanças comportamentais, individuais e coletivas, para além da simples informação sobre os agravos, como traz o próprio conceito de Promoção da Saúde pelo Ministério da Saúde:

...entende-se que a promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso País, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, [que] defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas. (BRASIL, 2006, p.17).

Dessa forma, é possível identificar que os profissionais reconhecem quão difícil é trabalhar no sentido de estimular mudança de comportamento na população assistida. No entanto, não é evidente, a partir dos relatos dos sujeitos desse estudo, como têm buscado romper as dificuldades para tal, mesmo atuando na atenção básica e afirmando que é o lugar para as ações de prevenção e promoção da saúde. Ressalta-se que a atenção básica é o nível de assistência que tem como pressuposto a implementação de estratégias de prevenção e promoção da saúde, como forma de ‘empoderamento’ do sujeito que passa de uma posição passiva para a de ser o próprio ‘gestor’ de sua situação de saúde. Espera-se, assim, posturas ativas sobre condições e determinantes sociais e de saúde vivenciadas (BRASIL, 2006).

4.3.5 Doença incurável que tem controle, cronicidade

Em 2008, o cenário brasileiro em relação à epidemia HIV/aids se compõe da experiência de dez anos de terapia anti-retroviral gratuitamente distribuída pelo Estado, de avanços do conhecimento sobre o HIV/aids e de desenvolvimento de novas formas de diagnóstico e de terapêutica para as pessoas infectadas. Isto tem favorecido o aumento da

sobrevida dos pacientes e da qualidade de vida de pessoas vivendo com o HIV/aids (BRASIL, 2007b).

Apesar de a aids ser uma doença incurável, os avanços científicos referentes ao tratamento medicamentoso com a terapia anti-retroviral conferiram significativos benefícios no aumento da expectativa de vida dos portadores do HIV/aids, passando a se configurar como uma doença crônica. Aos poucos, a realidade das pessoas que vivem e convivem com a infecção pelo HIV e com a doença foi sendo alterada, gerando novos desafios para a sua compreensão e o seu enfrentamento (CANTO et al., 2006; REIS e GIR, 2005).

Estudos apontam mudanças no que se refere às representações frente ao aumento da sobrevida e melhoria na qualidade de vida do portador da doença, sem, no entanto, haver modificado a representação da aids como morte. Agora, representa morte adiada (BRASILEIRO e FREITAS, 2006; COELHO, 2006; MATÃO, 2004; SANTOS, 2007). Para os profissionais de saúde entrevistados, a tendência é manter essa representação, mas assegurando-se de que se tornou uma doença crônica.

Vê-se que a referência da aids no discurso dos sujeitos entrevistados é de uma doença grave, mas que possui controle, levando à idéia de cronicidade:

Tem tratamento, aliás, tem a prevenção e, em segundo plano, tem um tratamento, um acompanhamento. Porque a pessoa tem uma sobrevida muito maior do que ela teria há 20 anos. Então, eu penso de uma forma muito positiva, desde que a gente mostre pro paciente que tem jeito. Que não está perdido, que ele pode sobreviver a isso **(ENF 2)**.

Olha, apesar de ser uma doença, é uma doença que não tem cura, mas tem controle, entendeu? **(MED 5)**.

Eu acho preocupante porque, no início da epidemia as pessoas ficaram assustadas porque morria muita gente, então tinha as pessoas famosas que faleceram e tudo, né? Teve a questão da mídia, e hoje, como tá mais controlado, assim, entre aspas, a epidemia continua aumentando... Mas como tem remédio, as pessoas morrem menos, tem uma qualidade de vida melhor com a medicação e os tratamentos... **(ENF 7)**.

Há, portanto, um reconhecimento, por parte dos profissionais deste estudo, de que há possibilidades de uma assistência que traz maior expectativa e melhoria na qualidade de vida do usuário, mesmo sabendo que a doença não tem cura e é transmissível, e considerando que é difícil fazer prevenção, como visto anteriormente. Parece que a idéia da cronicidade e da disponibilidade de medicamentos autoriza os profissionais a se permitirem um distanciamento e manter afastada a idéia de condenação à morte, ainda muito presente socialmente.

4.4 Representações dos profissionais da atenção básica sobre o trabalho em relação ao HIV/aids

Na segunda categoria, foram agrupadas as representações dos sujeitos sobre o trabalho que desenvolvem em relação ao HIV/aids, sendo dividida em 4 sub-categorias: I- Ações preventivas são realizadas descontinuamente e sem planejamento; II- Existem muitas dificuldades na realização de ações de prevenção do HIV/aids; III- O desvelamento do resultado não é fácil; IV- O atendimento em HIV/aids não faz parte do cotidiano da atenção básica.

Na FIG 2, encontram-se representadas as subcategorias nas quais estão organizadas as representações desses profissionais.



FIGURA 2- Representações dos profissionais da atenção básica sobre o trabalho em relação ao HIV/aids

4.4.1. Ações preventivas são realizadas descontinuamente e sem planejamento

Inúmeras ações podem ser desenvolvidas no combate à disseminação do vírus HIV. Várias estratégias, em âmbito coletivo e individual, podem ser realizadas, buscando-se a prevenção da infecção pelo HIV.

Paiva; Pupo e Barboza (2006) incluem, como estratégias de prevenção, o confronto do estigma e da discriminação, o estímulo ao teste anti-HIV, a distribuição de preservativos, a troca de seringas, a abordagem franca da sexualidade nas escolas, a prevenção entre trabalhadores do sexo e homossexuais, a prevenção em locais de trabalho.

Na perspectiva individual, ressaltam-se o atendimento ao usuário frente às suas necessidades, a prática do aconselhamento, que pode ser realizada coletiva ou individualmente, e as reuniões grupais que visam à troca de experiências (BRASIL, 2007b).

Diante dessa premissa, o relato dos profissionais entrevistados é bastante amplo no que concerne a variedade das atividades preventivas realizadas. O que se percebe é que tais atividades são realizadas muito isoladamente, não são sistematizadas ou voltadas exclusivamente para a prevenção da aids, sobretudo as atividades coletivas.

Não há, por exemplo, relatos de trabalho em equipe, buscando-se a interdisciplinaridade e os diferentes saberes dos profissionais que atuam na atenção básica. Na maioria das vezes, as descrições são de ações realizadas individualmente, sem a abordagem de toda a equipe:

Grupo, orientação individual, nós temos grupos de adolescentes. Em cada consulta, a gente faz orientação durante o exame preventivo, orientação durante a gestação, orientação durante a entrega de resultados do HIV. Oferece camisinha, ensina como se usa (ENF 1).

E eu ofereço [o exame anti-HIV] pra todo adolescente. Quando vem: ‘eu tô gordo, tô magro?’ ‘Doutora, eu tô isso, tô aquilo...’ Digo: ‘Vamos aproveitar e fazer um exame geral? – O que você chama de exame geral?. Ah, vão ver como é que tá esse negócio aí do anti-HIV, se tem contato.’ ‘Ah, não sei... Então, faz! (MED 2).

Durante as consultas individuais, é... a gente se atém muito a isso [orientações individuais], né? Eu reforço muito essa questão da prevenção. Ou quando a consulta clínica é direcionada pra essa área também, né? Porque, fora disso, fica muito difícil você se lembrar de falar disso, porque também não tem muito tempo pra isso... Mas... quando eu falo, eu sempre reforço durante as consultas ginecológicas (MED 3).

Eu abordo, mas é individual. No pré-natal, nas consultas ginecológicas ou na parte urológica (que a gente tá tendo um pouquinho), às vezes, [abordo] a questão masculina e tal. Aí a gente lembra e aborda... (MED 5).

Dentre as ações de prevenção do HIV/aids, o aconselhamento se configura como importante ferramenta visando facilitar o contato do profissional com o paciente, favorecendo a criação de vínculo e estabelecendo uma relação de confiança entre os mesmos. A palavra aconselhamento significa “dar conselho a; recomendar, consultar, pedir parecer” (ACONSELHAMENTO, 1997, p. 9). O Ministério da Saúde define essa prática como sendo:

...um processo de escuta ativa, individualizado e centrado no cliente. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando o resgate dos recursos internos do cliente para que ele mesmo tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação. (BRASIL, 2003, p.11).

Em relação às IST e HIV/aids, o aconselhamento é composto por apoio emocional, apoio educativo e avaliação de riscos (BRASIL, 2003). Em consonância, Costa (2004) afirma que o aconselhamento contribui, efetivamente, para a quebra da cadeia de transmissão do HIV e de outras IST, uma vez que permite ao cliente avaliar suas reais possibilidades de risco, refletir e decidir por medidas preventivas segundo suas vivências e sua singularidade.

Pode-se perceber que há reconhecimento da importância do aconselhamento por alguns dos profissionais entrevistados:

Faço aconselhamento, a gente conversa com o paciente. É um aconselhamento assim, pra abordagem das DST, de uma maneira geral, qualquer uma delas você tem que abordar, porque o paciente tem que consentir. Inclusive você tem que pedir permissão pra, se, por exemplo, se ele mudar de endereço e a gente poder procurá-lo pra entregar o resultado, porque nem isso sem o consentimento você pode fazer. Nem solicitar e nem entregar se não for com o consentimento **(ENF 4)**.

Todo acolhimento que eu faço pra mulher, eu encaminho pra prevenção e faço aconselhamento **(ENF 2)**.

Alguns profissionais relataram que fazem o aconselhamento, mas o fazem de forma restrita, apenas oferecendo o teste anti-HIV e explicando sobre o mesmo, sem haver interação com o usuário para que ele tenha clareza de todos os aspectos que envolvem a testagem. Outras vezes, nem explicar sobre os pedidos de exames laboratoriais o fazem, mesmo afirmando que conversam com os pacientes. Vê-se, então, uma distância entre a forma como os profissionais de saúde representam e realizam o aconselhamento e a concepção dessa prática como preconizada pelo Ministério da Saúde. Em consenso, Campos (2003) considera que a modificação das circunstâncias externas a uma dada representação conduz, em alguns casos, os indivíduos, a desenvolverem práticas em desacordo com a representação do objeto social em questão. Assim, o modo como os sujeitos percebem essa modificação externa tem um papel importante na dinâmica entre prática e representação, como mostram as seguintes falas:

Mas eu, é o que eu faço [aconselhamento] no meu consultório... Eu tento informar, eu tento falar que tem que usar e tal, converso individualmente. A maior parte eu faço isso dessa maneira, a maioria das vezes. E gestante quando a gente atende, a gente faz os exames HIV, né? Faz o HIV, né? **(MED 1)**.

...Quando é negativo, eu converso. Aí eu falo que deu negativo, pra continuar usando a camisinha. Porque se ela tiver outro parceiro, ela tem que se cuidar primeiro **(ENF 5)**.

Individualmente sempre, né? A gente sempre conversa, entendeu? É, sempre expõe os riscos, entendeu? **(MED 5)**.

Ao se analisar o conteúdo das falas dos profissionais, percebe-se que a maioria relata que realiza o aconselhamento, considerando-o como uma ação que visa a prevenção da doença, mas não há um reconhecimento explícito das limitações com as quais lidam por dificuldades externas ou por não se sentirem implicados suficientemente com a proposta diferenciada da medicalização pura e simples dos atos em saúde na unidade básica.

Assim, os relatos mostram que a prática do aconselhamento ainda está muito voltada para a gestante, sendo referida por alguns sujeitos como parte de um protocolo a ser seguido. Tal posicionamento levanta a discussão se esses profissionais reconhecem e valorizam o aconselhamento ou se apenas o realizam por uma obrigatoriedade imposta por um protocolo voltado para o cuidado à gestante, como explicitado nas falas abaixo:

Na primeira consulta [do pré-natal] eu já dou todas as orientações. Que a gente faz aqui a primeira consulta, que é feita pelo enfermeiro. Fala do parto e do pré natal. Aí fala: ‘Tem um exame fundamental, principalmente o HIV’, né? Aí que a gente faz... Na primeira consulta [do pré-natal], o que acontece, a gente já fala que vai pedir o anti-HIV, por causa do vírus, né? **(ENF 5)**.

No atendimento da mulher grávida só peço os exames de HIV que é protocolo, né? E a única coisa pra falar mais pra ela quando o exame é negativo que isso não significa imunidade pra doença, né? Que a doença pode se pegar a qualquer momento **(ENF 6)**.

Com gestante..., no geral a gente não faz, não. A gente faz o HIV, isso porque é de rotina no protocolo, a gente tem que ter o consentimento, senão a gente também não pode tá pedindo. E aí a gente fala: ‘Olha esse exame não garante que você não tem aids, não, garante que você não tem aids assim, no momento né? Se você tiver na janela’. A gente explica tudo: ‘Mas não garante que você tá imune a aids, então você tem que tomar seus cuidados e tudo’ **(MED 5)**.

A implantação do exame anti-HIV, no cotidiano do pré-natal, deu-se, na prática, para garantir a redução da transmissão vertical do vírus. No entanto, diante do aumento do número de infectados, faz-se necessário estar sempre alerta para que não passe despercebida a possibilidade de qualquer usuário se submeter ao teste anti-HIV, independente de ser gestante, como alerta uma entrevistada:

Então quando eu atendo ou que tem uma que não é só gestante, a gente pede [o exame anti-HIV]... E a gente fala da importância, né? **(ENF 4).**

Merece destaque o relato de ENF 6, que descreve que, no início de sua atuação como enfermeira, realizava o aconselhamento; mas atualmente, após trabalhar cinco anos na atenção básica, não o realiza mais. Ela atribui o abandono da atividade ao pouco tempo que tem para a realização dos atendimentos, à rapidez dos acontecimentos no serviço e à demanda sempre elevada sobre a Enfermagem:

Pra falar a verdade até que antes eu até fazia [o aconselhamento]. Eu tenho cinco anos de saúde pública, né? Então no começo eu fazia aconselhamento, explicava e tudo. Acho que na correria do dia-a-dia, hoje eu já não faço mais. Já vai pro pedido direto, já vou falando com elas: ‘esses são exames de rotina, é importante tá fazendo’. E quando vem o resultado a única coisa que eu falo é isso, né? **(ENF 6).**

A representação sobre o teste anti-HIV aparece como algo a que não se tem mais que dar importância, ‘uma rotina’, como se tornam todas as ações em saúde quando se perde o foco do cliente e se centraliza no evento.

De modo geral, pode-se afirmar, como Santos (2007), que os profissionais, ao se omitirem em fornecer orientações necessárias aos usuários, estão favorecendo a permanência de um estado de desinformação ou de conceitos errôneos acerca da infecção pelo HIV e aids. Além disso, essa prática é discordante com o proposto pelo Ministério da Saúde que prevê

que os aconselhamentos pré e pós-teste devem ser rotineiramente realizados, uma vez que favorecem a interação entre cliente e profissional (BRASIL, 2004). Tal ação deve ser realizada considerando-se as prerrogativas éticas, respeitando-se o cliente tanto na voluntariedade da realização do teste quanto na garantia de confidencialidade das informações.

Santos (2007) afirma ainda que, na prática cotidiana, os profissionais de saúde não têm como referência o aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV, fundamentando-se em inúmeros relatos em que se evidenciaram as desconsiderações dos usuários em suas individualidades, em seus sentimentos e em suas percepções acerca de si mesmos e de suas capacidades de enfrentamento perante a descoberta da doença.

Também como estratégia de prevenção da disseminação do vírus HIV, é quase unânime entre os entrevistados o relato de algumas atividades de cunho coletivo, como necessárias ou sendo realizadas em seus locais de trabalho. Entre elas estão os grupos com adolescentes, seja na própria unidade ou em escolas na área de abrangência; ou nos grupos voltados para o planejamento familiar. Nesses últimos, há relato de abordagem e orientação sobre os métodos contraceptivos existentes e também sobre as principais infecções sexualmente transmissíveis.

A abordagem de trabalho do planejamento familiar visa despertar as mulheres para a composição da família em sua integralidade e busca mobilizá-las para comprometerem seus parceiros na construção conjunta do planejamento da família. A discussão não é somente ligada ao número de filhos, mas também em como criá-los, passando-lhes valores, afeto, hábitos de cidadania e ética, para uma vivência familiar mais saudável e feliz e, por conseguinte, uma sociedade melhor (PEREIRA et al., 2007).

Nos serviços de saúde, cenários deste estudo, nos quais há grupos operativos de planejamento familiar, há discussão sobre prevenção, quando possível e dependendo do

profissional responsável pela atividade. As representações sobre prevenção do HIV estão centradas no uso de preservativo, mas são objetivadas prescritivamente, cujo seguimento ninguém tem certeza se ocorrerá.

No planejamento familiar né? Nas palestras de planejamento familiar a gente sempre fala... [da aids] **(MED 5)**.

Eu tento passar informação tipo individualmente, coletivo tem o grupo de.. de.. Como é que chama?...Planejamento familiar, que com certeza a enfermeira fala sobre uso de preservativo que vai prevenir, além da gravidez, vai prevenir a transmissão de doença sexualmente transmissível **(MED 1)**.

A gente fala [da prevenção da aids] no planejamento familiar, nessas reuniões que a gente dá pelo menos uma vez por mês, né? **(ENF 5)**.

Eu faço os grupos de planejamento familiar, então a gente debate muito em cima do preservativo, e no acolhimento qualquer oportunidade que eu tenho, né? Eu tô sempre perguntando, sempre questionando, né? **(ENF7)**.

É, hoje, assim, a única coisa que eu faço, é... abordando esse tema com os pacientes aqui é no planejamento familiar, né? Eu não abordo muito em consultório, no acolhimento ou atendimento do agudo **(ENF 6)**.

Agora questão de grupo mesmo, eu diretamente fazer, não. Mas no grupo de planejamento familiar o pessoal foca bem nisso aí **(MED 3)**.

No planejamento familiar, quando ela vem querendo métodos contraceptivos, aí eu já mostro pra elas que existem vários métodos excelentes... mas nenhum destes vai prevenir a aids e as outras doenças sexualmente transmissíveis **(ENF 6)**.

A gente, por exemplo, faz um grupo de 15 pessoas, a gente faz uma vez por mês, porque não há demanda... Mostrar aquela, aquele 'planfletinho' pra todo mundo explicando direitinho, aí a gente fala de tudo, de todos os contraceptivos, pra dar a opção da pessoa estar ou não utilizando. Nesse momento, também aproveita e fala um pouco da aids. A gente fala de camisinha, porque a gente tem que usar um termo bem popular pra eles, mas depois não se sabe se vão mesmo usar, né? **(ENF 5)**.

Essas falas apontam certo desconforto ou desvalorização das atividades em grupo, sem haver autocríticas, mas todos mostram que a prevenção em IST e aids é parte integrante do

planejamento familiar. Parece que saúde sexual ainda é representada como ações de saúde para explicar aos outros como fazer para ter relações sexuais sem haver reprodução, como nos tempos do controle de natalidade. As falas dos profissionais demonstram também, formas de pensar e agir pautadas na idéia de educação como um processo de transmissão de informação em contraposição às concepções interacionistas em educação; na idéia de conhecimento como verdade, e ainda, formas de pensar e agir que revelam o desconhecimento de que nas abordagens diretivas de ensino opera-se com significantes em torno dos quais devem ser atribuídos significados e sentidos por parte dos sujeitos. Alguns entrevistados lembram, ainda, que não existem atividades planejadas e sistematizadas específicas sobre IST e aids, não existindo também outras atividades voltadas para a saúde sexual de modo geral:

Nos grupos de planejamento ou nos outros grupos que a gente tem oportunidade a gente fala. Mas assim, não existe um grupo sistemático, reunião periódica como ação exclusivamente voltada pra isso, não. Aqui [no centro de saúde] não. A gente fala de sexo quando a mulher pergunta alguma coisa na consulta. É só. **(ENF 4)**.

De forma sistemática, não tem desenvolvimento de ações de prevenção da aids. Não tem nenhum grupo, não. Sempre no grupo, às vezes, de Planejamento Familiar sempre a gente aborda, né? Sempre quando você pode, você tem alguma oportunidade de reunir com algumas pessoas a gente aborda. Mas, o que eu te falo assim, não tem uma coisa sistemática, que estivesse trabalhando exclusivamente voltado pra isso **(ENF 6)**.

Existe, porém a preocupação de se aumentar a abrangência das ações para fora do centro de saúde, incluindo crianças e adolescentes na prevenção da aids. Nas falas seguintes, os profissionais relatam sobre a realização de atividades coletivas fora da unidade de saúde, com o enfoque ainda pontual da prevenção do HIV/aids:

E agora nós estamos lá na escola, nós começamos agora no início do semestre. Lá na escola com os adolescentes. Nosso foco maior lá é falar de gravidez na adolescência que é uma coisa que nos preocupa muito aqui, porque a taxa é altíssima e DST... **(MED 4)**.

Então eu faço, eu oriento. Toda vez que um grupo escolar chama, assim a escola estadual ou o grupo escolar chama, vem, tudo isso eu faço. Coloco todas as DST (**MED 2**).

O estudo realizado por Costa (2004) tem desfecho semelhante à análise das ações realizadas pelos sujeitos desta pesquisa, ao mostrar que os profissionais que atuam na atenção básica verbalizavam a importância de informações aos usuários sobre prevenção contra a aids e a maioria detalhou quais ações eles consideram preventivas. Entretanto, não as conduziam considerando o contexto de vida dos usuários.

É reconhecida a importância das práticas sociais de informação, educação e comunicação na promoção da saúde, articuladas como formas de apoio social e com serviços de assistência de qualidade e resolutividade. Ao se fazer um exame crítico das práticas de educação para a saúde - particularmente aquelas destinadas à prevenção contra a infecção com o vírus HIV -, nota-se uma dissociação paradoxal entre a teoria e a prática (MERCHAN-HAMANN, 1999).

O paradoxo se reflete ao realizar-se uma análise sobre as ações desenvolvidas na atenção básica pelo relato dos profissionais deste estudo. Considerando-se a atenção básica como espaço onde se propõe o desenvolvimento de ações que visam a prevenção de doenças, percebe-se que as ações aqui descritas encontram-se desarticuladas, sem um trabalho coletivo de equipe, sem metodologias adequadas e com representações desvalorizantes sobre essas ações.

Nesse sentido, vale ressaltar o que afirma Ceccim (2005) sobre o trabalho em saúde, considerando que os profissionais devem estar aptos para o assistir individual, além de qualificados para a compreensão ampliada da promoção de saúde e para a adoção de práticas integradas de saúde coletiva.

4.4.2 Existem muitas dificuldades na realização de ações de prevenção do HIV/aids

Os sujeitos deste estudo apontam inúmeros problemas que, segundo os mesmos, impedem ou dificultam a realização das ações preventivas na atenção básica. Entre os mais comuns, estão a estrutura física inadequada das unidades de saúde e a quantidade insuficiente de equipamentos eletrônicos, a escassez de tempo para planejamento e execução das atividades propostas, a baixa adesão dos adolescentes aos grupos educativos.

Ao se analisar o conteúdo das falas, percebe-se que muitos profissionais apontam tais dificuldades como forma de justificar o baixo número de atividades preventivas que desenvolvem. É verdade que as unidades de saúde, cenários desta pesquisa, estão localizadas em regiões de alto risco e maior vulnerabilidade social; sob uma ótica imediatista, tem-se logo a idéia de grande demanda causada pelos inúmeros problemas de saúde da população assistida. No entanto, o que se espera dos profissionais que atuam na atenção básica é o aprimoramento e a efetivação de projetos e ações que possibilitem a mudança dessa realidade; e não que eles assumam uma postura passiva, no sentido de se justificarem apenas apontando dificuldades, sem propor mudanças. As representações centrais que ancoram tais posturas ainda estão ligadas a um saber fundado em patologias e intervenções comportamentalistas que em muito atrasam a compreensão de corpo, de sexualidade e de gênero, dentro de uma realidade subjetiva, de relações sociais e de papéis designados pela cultura aos atores na construção da identidade (BERGER e LUCKMANN, 1973; CAMILLERI et al., 1990; GOFFMAN, 1975), sobre os quais é imprescindível abordar a saúde sexual (MERCHANHAMANN, 1999).

4.4.2.1 Estrutura física inadequada das unidades de saúde e a quantidade insuficiente de equipamentos eletrônicos

Quanto às dificuldades relativas à estrutura física, os relatos apontam para a escassez de consultórios disponíveis para o atendimento ao usuário, principalmente para o grupo de enfermeiras. Também descrevem a ausência de salas com estrutura para maior número de pessoas que permitam a realização de grupos educativos.

Os sujeitos revelam que as condições oferecidas pelas edificações muitas vezes dificultam a privacidade e prejudicam o relacionamento profissional-usuário e as ações em aconselhamento em IST, HIV/aids desenvolvidas no âmbito de serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS):

A gente não tem estrutura física aqui no centro de saúde. Eu acho que é importante eu tá falando isso. A gente não tem sala de enfermagem, não tem uma sala de reunião decente em que caibam as pessoas confortavelmente, né? **(ENF 7)**.

O que falta mais, eu acho, é uma questão mesmo de estrutura. Estrutura, quando a gente fala em estrutura você está pensando em área física, você está pensando em recursos materiais, né? Tudo isso faz parte de uma estrutura. Por exemplo, aqui a gente não tem espaço pra fazer reunião, isso é muito difícil. Outra coisa, além disso, consultório a gente tem que revezar. Enquanto não fizer uma reforma aqui, por exemplo, a gente da Enfermagem não tem um consultório exclusivo, que você possa programar sua agenda, não. Você tem que ver a hora que dá pra você programar sua agenda, a sua agenda depende da área física, que é pequena **(ENF 4)**.

Porque a gente não tem espaço também. Aí o que acontece, tem que chamar as pessoas individualmente pra gente tá dando as orientações **(ENF 5)**.

Tem essa dificuldade, espaço físico a gente não tem. O enfermeiro não tem sala. Aí a gente tem que atender assim rápido, pro próximo médico estar chegando e utilizando essa sala. E você vê que a sala aqui é bem pequena, né? **(ENF 3)**.

Além da estrutura física, considerada aspecto dificultador, sobretudo pelos enfermeiros, MED 4 faz referência à pouca disponibilidade de equipamentos eletrônicos que possam colaborar como instrumentos na melhoria da qualidade das atividades educativas realizadas:

Eu acho que no geral, assim, a gente podia ter mais espaço físico. A gente tem um espaço físico aqui no posto inútil, que poderiam ser salas legais, salas interessantes pra poder fazer trabalhos. Eu acho que a gente devia ter mais equipamento mesmo, assim: uma televisão maior, sabe? Uma outra coisa que eu vejo assim, que não tem aqui e que a Prefeitura podia por em todos os Centros de Saúde porque tem verba pra isso, é o *Datashow*. A gente faz maravilhas com *Datashow* e que aqui não tem (**MED 4**).

Realmente, muitas unidades de saúde possuem deficiência na estrutura física, localizadas em ambientes improvisados e número de consultórios restrito; podendo-se observar, ainda, escassez de insumos e outros tipos de materiais, como mencionado pelos sujeitos deste estudo. A necessidade estrutural dos serviços de saúde é uma realidade reconhecida inclusive pelos órgãos públicos (BELO HORIZONTE, 2008; MERHY e QUEIROZ, 1993). Desta forma, da análise das falas dos entrevistados, pode-se inferir que os profissionais têm representações que refletem a necessidade de alta qualidade de recursos físicos e estruturais para que o processo educativo seja elaborado de forma eficiente. Cabe aqui a reflexão sobre qual tipo de educação para a saúde estamos falando? Por que as ações educativas precisam de recursos muitas vezes onerosos e não pode se expandir para além da área física das unidades de saúde? Parece que os profissionais, sujeitos deste estudo, possuem representações de consumo atuais e de uma educação para a saúde que só acontece dentro do espaço físico do centro de saúde. Como propõem Gazzinelli et al. (2005), a educação em saúde ocorre também em espaços extra-muros das unidades de saúde e deve considerar as representações dos usuários como noções e modos de pensamento construídos ao lado de suas trajetórias de vida.

4.4.2.2 Escassez de tempo para planejamento e execução das atividades propostas

Um relato muito freqüente nas falas dos entrevistados se refere à escassez de tempo para o planejamento e a realização das atividades preventivas desempenhadas na atenção básica. Tais relatos se apóiam na alta demanda de atendimentos nas unidades pesquisadas, fazendo com que os profissionais permaneçam em grande parte do horário de trabalho dentro das unidades, em seus consultórios, apenas atendendo ao elevado número de usuários que os procuram com seus problemas de saúde.

As pressões do tempo são reais e mais do qualquer outro fator são culpadas pela necessidade de abordagens, pelos métodos e até mesmo estilos de vida que não reconhecem as necessidades humanas do paciente e do profissional (REMEN, 1993). O que talvez não seja real é a suposição de que a pressão do tempo é totalmente ou mesmo a principal responsável pelas limitações da promoção à saúde no âmbito da área de abrangência do serviço. Dessa forma, presume-se que um atendimento pode ser quantitativamente rápido, mas pode ser significativo se valorizada a dimensão da qualidade.

Eu acho, a primeira coisa [que dificulta] é a demanda, né? O número de famílias de cada equipe aqui é muito grande. Então, você tem um número grande de atendimentos de acolhimento pra casos agudos, você tem os hipertensos, você tem os diabéticos... (ENF 6).

O que é dificuldade pra mim, é o seguinte eu não dou conta de fazer o que eu já tenho que fazer, entendeu? É, falta tempo pro médico, eu acho que a demanda é tão grande, você fica tão sobrecarregado que, às vezes falta tempo de você planejar (MED 1).

Diante da situação vigente na atenção básica à saúde, os profissionais não sabem o que fazer para administrar a alta demanda e a escassez de tempo para se dedicarem às ações de prevenção e promoção à saúde tanto relativas ao HIV/aids quanto aos demais problemas de saúde existentes em nosso país. Sentem-se perdidos, cansados, imersos em ações não

planejadas, que demandam tempo e provocam desgaste físico e emocional, retrato de um processo de trabalho desgastante e desumano (HORTA, 2007).

Contrariamente ao que se almejava com a implantação da Estratégia de Saúde da Família no município de Belo Horizonte, houve um aumento da demanda de casos agudos às unidades e, com isso, os profissionais de saúde foram carregados em demasia, como relatam os entrevistados:

A nossa agenda está toda comprometida com atendimento e visitas, né? Então, o acolhimento demanda muito da gente, a gente acolhe praticamente o dia todo né? (ENF 7).

Olha, a gente tem uma questão do tempo muito escasso aqui...O que a gente tem dificuldade é de arrumar tempo, porque a demanda é muito grande (MED 3).

Canesqui e Spinelli (2006) afirmam que o despreparo dos profissionais para a demanda por atenção básica e suas múltiplas atividades com ações assistenciais, educativas, preventivas, domiciliares e intersetoriais atuam como pontos dificultadores na Estratégia de Saúde da Família, levando os profissionais a exercerem ações não planejadas e, algumas vezes, com pouca fundamentação decorrente da sobrecarga de trabalho. Tal situação pode ser apreendida nas falas dos sujeitos:

Então assim, pra você montar [ações de prevenção], por exemplo, pra você sair da unidade pra estar fazendo, porque a gente tem que sair da unidade pra tá fazendo esse tipo de atividades, né? Não dá. Às vezes é difícil pro enfermeiro sair ou pro médico sair, porque a demanda do médico então é enorme! (ENF 6).

Mas assim, tem uma série de coisas que dificulta. A questão do tempo também. Porque o PSF veio e as ações são inúmeras e a gente, às vezes, não dá conta, mesmo! Não sobra tempo, né? Não, não dá conta, é muita coisa, é muito pesado (ENF 4).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) descreve, como função dos gerentes dos serviços de saúde, o empenho em reajustar o fluxo da demanda e os recursos humanos disponíveis, de forma a garantir tempo necessário para um atendimento de qualidade aos usuários.

No modelo assistencial vigente nos serviços de saúde, segundo Ribeiro; Pires e Blank (2004), há uma tendência de se adotarem políticas que passem tanto a desproteger o trabalhador quanto o trabalho. Dessa forma, é essencial um modelo de organização dos serviços de saúde alicerçado em condições sociopolíticas, materiais e humanas que viabilizem um trabalho de qualidade para quem exerce e para quem recebe a assistência.

4.4.2.3 Baixa adesão dos adolescentes aos grupos educativos

A baixa adesão dos adolescentes aos grupos educativos reflete na fala dos entrevistados sobre certa dificuldade na implementação de ações que motivem a participação deles nas atividades desenvolvidas nas unidades de saúde. Relatos de tentativas mal sucedidas colocam em destaque a dificuldade dos profissionais médicos e enfermeiros que atuam na atenção básica à saúde no manejo com as questões oriundas da adolescência.

Horta (2007) ressalta que é importante os profissionais de saúde se envolverem com a assistência ao adolescente, seja pela implementação dos programas existentes, ou pela criação de momentos de atendimento aos jovens, de forma individual ou coletiva, valorizando integralmente o indivíduo, único em suas experiências vividas.

Torna-se ainda mais evidente a necessidade de inserção do adolescente nas unidades básicas de atenção à saúde ao se considerar que o número de casos entre indivíduos de 13 a 19 anos vem crescendo desde o início da epidemia, enquanto o número de óbitos se mantém estável desde 2000 (BRASIL, 2007a).

Olha, o grupo que a gente tinha era só de adolescente. Agora deixa eu te contar: não funcionou muito bem, não. Estou sendo honesta com você. Trabalhar com adolescente é muito difícil. Eles não aderem, não sei **(ENF 1)**.

[...] eu não faço grupo de adolescente. Porque a gente já tentou fazer, eu não consigo trazer [o adolescente para a unidade], é muito difícil... **(ENF 6)**.

Não, a gente tem uns vídeos, a gente passa, né? Nas festinhas, os embalinhos e vai, o próprio Ministério tem um material. Mas, eles [adolescentes] não vêm muito, não **(ENF 1)**.

Não adianta: ‘Ah, eu vou fazer um grupo de adolescente!’ Não vem uma viva alma. Não vem, não. E se vem, ele não volta mais. É muito frustrante trabalhar com adolescente, assim. Porque na realidade é muito difícil ser motivado **(ENF 4)**.

Os profissionais representam o trabalho com adolescentes como “muito difícil”, sentem-se perdidos, perplexos, cansados e frustrados ao proporem atividades aos adolescentes sem que estas reflitam um aparente sucesso (HORTA, 2007). No entanto, da fala de MED 2 emerge uma nova concepção e realidade diferente das expressas até aqui. MED 2 refere facilidade, e contradiz, em muito, a idéia negativa e de dificuldade em lidar com os adolescentes. Vale lembrar que esta é uma médica de adolescentes e, por isso, espera-se, por sua própria formação, que tenha outras representações e maior habilidade nas questões relativas aos adolescentes, como expostas na fala que segue:

Não tenho [dificuldades em trabalhar com adolescentes]. Eu descobri uma coisa que é muito engraçada, quando a gente faz curso de adolescente, eles falam assim: - você tem que ter um lugar especial porque o adolescente não mistura com criança nem com adulto. Você tem que ter uma sala própria não pode ser cheia de bichinho porque é infantil. Ai eu descobri que aqui pode tudo. Eles chegam e entram, eles querem falar com você. Ah, tem bicho pendurado, tem sol, tem elefante, eles nem olham pr’aquilo não.... Ele entra na frente de todo mundo, é todo mundo embolado. Entra senta e faz a consulta. Eu não senti isso como verdadeiro. Eu já atendi nesta sala de reunião. Não vi problema nenhum, a consulta não foi nem pior nem melhor **(MED 2)**.

Muito se pode inferir de tal fala. A primeira inferência é a pergunta clássica sobre a competência no trabalho: o trabalhador já gostava do assunto, do objeto, e foi aprender para fazer melhor, ou, ao aprender, interessou-se e, cada vez mais, tornou-se competente? Em todos os casos, as representações são construções sociais e delas derivam posturas que podem ser questionadas e refeitas se a pessoa se abre para tal.

4.4.3 O desvelamento do resultado não é fácil

Comunicar ao usuário sua condição sorológica faz parte do cotidiano dos profissionais de saúde. Revelar o diagnóstico de certas doenças como a aids pode se tornar mais difícil para alguns por se tratar de uma doença carregada de simbolismos como a morte, que podem despertar sentimentos de pena, tristeza e ansiedade.

O momento do desvelamento da soropositividade para o HIV deve ser entendido pelos profissionais como um espaço, dentro das unidades de saúde, que favorece a relação entre o profissional e o usuário.

Quando esse momento não é representado como de uma interação privilegiada e a abordagem não é feita de forma satisfatória, ele tende a se tornar um momento repleto de más lembranças, que pode, inclusive, refletir na adesão desse paciente ao tratamento, posteriormente.

Conforme relato de estudo de Santos (2007), uma das queixas frequentes de gestantes está relacionada à forma fria, insensível, discriminativa e preconceituosa dos profissionais ao emitirem juízos de valor no momento do desvelamento da soropositividade.

Ao aludirem sobre suas experiências no momento do desvelamento do resultado positivo do exame anti-HIV, os profissionais entrevistados apontaram grande dificuldade:

Foi difícil assim, foi difícil [desvelar o resultado] **(ENF 4)**.

Essa situação [desvelar o resultado] é muito ruim, né? **(ENF 5)**.

A gente tem, né? [dificuldade em desvelar o resultado ao paciente] **(ENF 6)**.

É difícil [desvelar o resultado], principalmente quando tem pessoas mais jovens **(ENF 5)**.

A mesma dificuldade exposta aqui é citada por Costa (2004) num estudo em que os profissionais da atenção básica demonstraram angústia ao comunicar o diagnóstico da soropositividade para HIV ao usuário.

É importante o profissional detectar suas próprias dificuldades em comunicar um diagnóstico ao paciente. Assim, ele poderá adotar meios que lhe permitam informar o diagnóstico da forma mais adequada possível. Uma das estratégias é a intervenção de outros profissionais, como descreve a experiência de MED 5:

A primeira vez eu chamei a assistente social, a gerente, todo mundo, né? Isso já tem muitos anos né? Mas agora não, agora tá mais tranquilo... **(MED 5)**.

Assim, as falas dos profissionais refletem dificuldade na abordagem ao cliente, principalmente no que permeia o processo de comunicação entre profissional e usuário.

A gente atende. Pelo seguinte, quando a gente faz o diagnóstico aqui do HIV, eu já fiz alguns diagnósticos. Até um grau, uma dificuldade para você abordar a pessoa, pra você comunicar a ela ... é muito complicado, né? Não vou negar não: é muito difícil. É muito complicado. É uma barreira, é uma dificuldade mesmo de abordar **(MED 3)**.

Tal dificuldade é explicada por alguns dos profissionais de saúde por considerarem a possibilidade de ser revelado o diagnóstico de uma doença ainda incurável. Sob essa ótica, volta-se a inferir que as dificuldades aqui relatadas estão relacionadas com o que esses

sujeitos pensam sobre a própria doença. Dessa forma, ao representarem a aids como uma doença incurável e grave, informar ao paciente o diagnóstico é algo indesejado, pois leva a necessidade de readequação do contexto social no qual o paciente está inserido, como nas falas abaixo:

A dificuldade é porque você tem a sensação que vai dar uma má notícia, né? Porque ninguém vai ficar feliz ao saber disso [resultado positivo] (**ENF 4**).

...Eu acho que é porque vai mudar a estrutura toda da pessoa, né? Ele vai ter que se adaptar a uma nova vida depois que você dá o resultado, então eu não acho que isso seja fácil por causa disso (**MED 3**).

Alem dos relatos, ENF 1 e ENF 7 trazem vivências positivas frente ao desvelamento da soropositividade pelo HIV em suas experiências profissionais. Negam quaisquer dificuldades, sendo que a primeira conta que só fez o encaminhamento e ENF 7 descreve sua facilidade em realizá-lo:

Olha, normalmente assim, ela [gestante] já sabia [do resultado positivo], entendeu? Aí eu encaminhei. Foi mais tranquilo! Ela já sabia porque o marido era positivo. Então, foi uma coisa tranquila, né? Só confirmou, a gente encaminhou e tudo. Só isso (**ENF 1**).

Eu já revelei dois exames, né? ... Aí eu revelei, fiz o aconselhamento, né? Pós-teste. Assim, eu não tenho problema não... acho até que eu tenho uma tranquilidade pra fazer isso (**ENF 7**).

Silva (2006) aponta que a abordagem e postura dos profissionais que desvelam o resultado e acompanham os portadores de HIV são de fundamental importância e refletem na adesão e na continuidade do tratamento por parte do paciente.

Diante disso, o que os profissionais trazem como representação da aids pode refletir em suas dificuldades no cotidiano dos atendimentos aos usuários na atenção básica e podem, por conseguinte, estender no tratamento do paciente com HIV. Na medida em que esse

momento é entendido como desastroso, poderá contribuir para uma imagem ainda mais negativa da doença.

4.4.4 O atendimento em HIV/aids não faz parte do cotidiano da atenção básica

Em Belo Horizonte, o acompanhamento à pessoa infectada pelo HIV é realizado nas unidades de referência que compõem a rede de serviços de atenção secundária à saúde. Nessas unidades, os usuários encaminhados na maioria das vezes da rede básica, com sorologia positiva para o HIV e outras doenças infecciosas, são assistidos por equipes especializadas e pelo profissional infectologista (BELO HORIZONTE, 2008).

Nessa vertente, a atenção básica não mantém diretamente um acompanhamento desse usuário. Mas espera-se que as equipes da Estratégia de Saúde da Família sejam capazes de manter o vínculo e estimular a inserção desse usuário no cotidiano das ações desenvolvidas nas unidades de saúde. Além disso, não se pode considerar que a pessoa com HIV seja reduzida apenas a essa condição. Nessa perspectiva, outras demandas poderão surgir, inclusive clínicas, como exemplo, no caso das mulheres que devem ser acompanhadas na propedêutica do colo uterino e de mama, dentre outros. Assim, é evidente a necessidade de maior articulação desse usuário com as unidades básicas de saúde, buscando a criação de vínculo e promovendo a saúde.

Sadala e Marques (2006) avaliam que faltam respostas eficazes, em vários aspectos da assistência e prevenção aos portadores de HIV/aids. Quanto à integração dos mesmos nos demais serviços do SUS, analisam que ali enfrentam problemas similares àqueles vividos pelos demais usuários do sistema: lentidão em marcar consultas com especialistas, serviços sem estrutura adequada, acolhimento insatisfatório, inexistência de programas de adesão ao tratamento e ausência de vínculos com as equipes de saúde da atenção básica.

Diante do exposto e das falas abaixo, pode-se realçar que os profissionais referem pouco contato com esse usuário. Cabe aqui levantar as seguintes questões: Esse contato não existe porque não há articulação da equipe com a pessoa infectada pelo HIV, acompanhado pela atenção secundária? Esses profissionais desconhecem a condição sorológica dos usuários por eles assistidos? Ou não há indivíduos com infecção pelo HIV na área de abrangência onde esses profissionais atuam?

Eu tive muito pouca experiência nessa área, muito pouca **(ENF 4)**.

É muito raro, eu, por exemplo, raríssimas vezes eu peguei um resultado positivo, né? **(ENF 4)**.

Porque, assim, eu tenho pouca experiência [no atendimento ao paciente infectado], né? **(ENF 5)**.

Assim, com HIV eu já atendi poucos. O primeiro que eu tive aqui com HIV já deve ter uns quatro anos já, foi no pré-natal **(ENF 6)**.

Silva (2006) afirma que a presença da equipe de saúde no cotidiano das pessoas com HIV é favorável à adesão à terapia, uma vez que o vínculo afetivo entre profissionais e pacientes pode melhorar o acompanhamento, proporcionando melhoria na qualidade de vida, mesmo que esse aspecto não seja mensurável.

Os profissionais de saúde carregam suas visões de mundo, suas crenças e representações sociais sobre o cuidado, a aids, a maneira de se relacionar com a clientela, que servem como pano de fundo no cotidiano da assistência, como constata Oliveira (2007). No presente estudo revelou-se que há profissionais que se sentem preparados para o atendimento, se vêem sem dificuldades, enquanto outros nem refletem sobre isto. Os que negam aspectos que venham impedir ou dificultar tal abordagem, dizem:

Não tenho dificuldade [para atender ao paciente infectado]. Me sinto super preparada **(ENF 7)**.

Não tenho de forma nenhuma, de forma nenhuma [dificuldade em atender ao paciente infectado] (**MED 1**).

Mas eu não me lembro de dificuldade com isso, não [atendimento ao paciente infectado]...Tem sido assim, eu não tenho dificuldades com isso (**MED 2**).

Apesar de haver uma discussão dos órgãos públicos para descentralizar a atenção em HIV/aids, que hoje é realizada em serviços de referência, nos níveis secundário e terciário, a interpretação das falas acima aponta para uma imagem de competência sobre o atendimento que alguns profissionais da atenção básica têm de si mesmos, mas sobre a qual faz-se necessário refletir: atendimento em HIV/aids tornou-se “isto” ou “sentir-se super-preparada” sem dizer como, são motivos de preocupação para tal reorganização. Essa é a reflexão de alguns entrevistados, sintetizada na fala de MED 3:

A gente não lida muito com paciente HIV positivo, a gente faz muito diagnóstico e alguma intercorrência ou outra a gente atende. Porque eles não são acompanhados no nível básico. Eles são encaminhados para o secundário, para a infectologia. Eu acho mais correto mesmo, porque é um paciente que tem uma demanda muito grande, um acompanhamento complicado (**MED 3**).

Considerando a baixa experiência relatada por alguns profissionais, é pertinente ressaltar, a partir da fala de MED 3, a necessidade de manutenção do acompanhamento desse usuário na rede de atenção secundária, até que haja adequação em recursos de pessoal, tanto quantitativo quanto qualitativo, com capacitação dos profissionais da rede para que integrem equipes de apoio nas unidades básicas. Da maneira como se encontram hoje os serviços aqui descritos pelos entrevistados, cabe interrogar sobre o que seria o acompanhamento do paciente HIV positivo conduzido pela equipe de profissionais da atenção básica. Considerando-se as dificuldades relatadas, como restrição do espaço físico, escassez de tempo, representações ambíguas sobre o trabalho em HIV/aids, não seria o acompanhamento

desse paciente mais uma atividade que levaria à sobrecarga da equipe e que poderia acarretar redução da qualidade da assistência prestada na rede secundária?

4.5 Representações do risco de infecção a que o profissional está exposto no cotidiano do trabalho na atenção básica.

Na construção desta categoria, foram reunidas as representações dos profissionais da atenção básica acerca do risco de infecção a que se encontram expostos nesse nível de assistência à saúde. Após a análise do conteúdo das entrevistas, emergiram duas subcategorias: I - O risco de infecção existe, mas é muito pequeno na atenção básica; II- O uso dos equipamentos de proteção individual minimiza os riscos. Aqui, as representações têm sua raiz no conhecimento científico proveniente da formação profissional, não aparecendo outras originárias do senso comum, como em outras categorias em discussão.



FIGURA 3- Representações do risco de infecção a que o profissional está exposto no cotidiano do trabalho na atenção básica

4.5.1 O risco de infecção existe, mas é muito pequeno na atenção básica

Os trabalhadores da área da saúde estão expostos aos mesmos riscos (químicos, físicos e ergonômicos) a que se sujeitam os demais trabalhadores brasileiros, acrescidos daqueles representados por agentes biológicos, uma vez que cotidianamente se expõem ao contato com sangue e outros fluidos orgânicos contaminados por uma variedade imensa de patógenos desencadeadores de doenças ocupacionais. Três delas são de grande relevância, principalmente após a década de 1980: Hepatites B e C, e aids. Geralmente, tais doenças infecciosas são ocasionadas pela contaminação ocorrida por meio de acidentes com objetos perfurocortantes contendo fluidos corpóreos ou por respingos dos mesmos em mucosas ou pele lesada (GERBERDING, 1995).

O risco de profissional de saúde adquirir infecções ao cuidar de pacientes infectados por algum patógeno (vírus, bactéria ou outro microrganismo), por meio do contato com fluidos orgânicos, é bem conhecido e sempre existiu. No entanto, somente após a descoberta do vírus da imunodeficiência humana como agente da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida e a elucidação de sua forma de transmissão, as organizações estatais desencadearam maiores esforços para diminuir as conseqüências dos acidentes com exposição ocupacional aos fluidos orgânicos potencialmente contaminados (ALMEIDA e BENATTI, 2007). Paralelamente ao aparecimento de pacientes com aids, foram relatados casos de profissionais de saúde que adquiriram o vírus HIV em conseqüência de sua atividade profissional (CAMPOS, 1999; MACHADO et al., 1992).

Em conformidade, os profissionais entrevistados foram unânimes em reconhecer o risco de infecção pelo vírus HIV no cotidiano das atividades desenvolvidas na atenção básica.

O risco de infecção pelo HIV existe. Existe na técnica, existe tecnicamente **(ENF 2)**.

Então, existe um risco [de infecção pelo HIV] sim **(ENF 1)**.

Segundo Campos (1999), a probabilidade de os profissionais de saúde adquirirem o vírus HIV de pacientes é muito pequena, sobretudo se comparada a outras doenças infecciosas como hepatite, dentre outras. Tal fato é observado e também citado pela grande maioria dos profissionais que, mesmo afirmando a presença do risco, caracterizam-no como muito baixo:

Mas o risco [de infecção pelo HIV] no nível básico [de assistência] é muito pequeno, muito pequeno. A gente lida muito com pacientes em clínica, né? Não é muito... (MED 3).

Acho que preocupa pouco [o risco]. Assim, num centro de saúde o risco não é alto, é um risco baixo (MED 4).

Mas aqui [na atenção básica] a gente não tem muito [risco de infecção], não (MED 5).

Muitos profissionais comparam o risco existente na realização de procedimentos na atenção básica com os que se praticam no nível terciário de atenção à saúde, que representam como maior:

Na assistência básica, isso [risco de infecção pelo HIV] fica muito menor, é uma coisa que não preocupa tanto, não preocupa tanto, né? Do que numa área hospitalar, por exemplo (MED 1).

Eu não vejo maior exposição [na atenção básica], mas em hospital sim. Em hospital eu vejo. Hospital de grande porte, assim, o indivíduo não fala, a família não tá... (MED 2).

Especificamente aqui na atenção básica, o risco de se contaminar por HIV, eu acho muito pequeno. Porque a atenção básica ela prima a prevenção, né? E, quer dizer, na atenção terciária, especificamente, que isso é mais comum (ENF 3).

O risco de infectar-se pode gerar, no profissional, medo e até mesmo resistência ao acompanhamento e desenvolvimento de ações voltadas aos indivíduos portadores desse agravo. Tal fato não pôde ser observado ao analisar os sujeitos deste estudo. MED 1 inclusive esclarece que não se sente ‘preocupado’ em acompanhar pessoas com infecção pelo HIV :

O risco tem, né? Mas não é... eu acho que o risco não é tão [alto], acho que não é tão alarmante você atender um paciente HIV positivo, não. Eu não tenho uma preocupação excessiva com isso [risco de contaminar-se] não, sabe? Não tenho uma preocupação, assim, ou medo de atender um paciente HIV, não (**MED 1**).

Como citado por Discacciati; Neves e Pordeus (1999), em estudo realizado com cirurgiões dentistas, os profissionais de saúde que, no início da descoberta da aids, tendiam a recusar-se ao atendimento de pessoas com HIV, devido a inúmeros fatores como o próprio desconhecimento acerca da doença e das formas de transmissão da mesma; hoje não apresentam, em sua maioria, resistência em assistí-lo por medo de infectar-se. Isso porque os profissionais parecem ver a importância do uso de equipamentos corretos de proteção individual na assistência em saúde, mesmo que não o façam em toda situação.

Pode-se inferir, pela análise das falas dos sujeitos entrevistados, que não há representações de que qualquer usuário possa estar infectado. As representações encontradas estão fora da origem científica de formação desses profissionais, pois o risco não está relacionado com o nível de atenção, mas com a maneira de se protegerem em qualquer ambiente de atendimento.

4.5.2 O uso dos equipamentos de proteção individual minimiza os riscos

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2002b) determina medidas de proteção no trabalho dos profissionais da área da saúde, na Portaria 1.679 de 19 de setembro de 2002, ao dispor sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS e dá outras providências. Em relação aos profissionais de Enfermagem, por exemplo, o Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais (2007), por meio da Norma Regulamentadora 32, determina que os profissionais devem utilizar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) em atividades que apresentem risco de contaminação por

quaisquer microorganismos ou à sua integridade física. Tais regulamentações fazem-se necessárias em face dos riscos inerentes e passíveis de prevenção durante as atividades de cuidados de saúde.

Depreende-se da fala dos sujeitos entrevistados, a necessidade e importância do uso dos EPI no cotidiano de seu trabalho nos serviços de saúde. Apontam que, com o uso desses equipamentos, o risco de infecção pelo HIV, já considerado pequeno, torna-se ainda menor:

Então, existe um risco sim. Mas desde que adotadas as medidas de segurança, esse risco é muito minimizado, certo? ...Porque as luvas sozinhas, elas não te protegem do acidente com perfurocortante, mas minimiza, né? Se tiver risco de cair [fluídos] nos olhos, você estar usando óculos de proteção, né? **(ENF 1)**.

Eu não tenho medo disso, não [da infecção], sabe? Então os cuidados que você tem que ter, são de proteção individual, são os mesmos que você tem que ter com qualquer paciente **(ENF 4)**.

Igual assim, eu observo, igual a questão da coleta, né? A gente tem que usar todos os EPI, né? Luvas e agulhas a gente descarta **(ENF 5)**.

Você tem que estar se prevenindo, né? Usando luvas, às vezes usando o... EPI, material de EPI mesmo, né? Então assim, se a gente se resguardar... a gente tem que fazer a nossa parte, né? É se resguardando. Então assim é usar o material [de proteção]. **(ENF 6)**.

Aí, mas aí, é só você mesmo ter os cuidados básicos. Você não vai, por exemplo, eu não mexo com sangue. Quando eu já fiz, por exemplo, algum exame ginecológico, alguma... averiguar ou exame local, eu calço luvas **(MED 2)**.

Se você se paramentar, se cuidar, né? Eu me protejo, eu uso luvas, eu uso materiais que têm que ser usados pra procedimentos que têm que ser feitos, entendeu? Mas aqui, nesse caso restrito, você não faz procedimentos que trariam risco **(MED 1)**.

A gente tem em mãos todos os equipamentos [de proteção] que precisa para poder não se contaminar, não ter problema **(MED 3)**.

Eu uso os óculos pra poder colher a prevenção... Eu uso luva quando eu vou mexer em secreção e tudo, mas eu não mexo muito com material perfurocortante, essas coisas a gente não tem mexido aqui, né? **(MED 5)**.

Todos os profissionais assumem que usam, negam que eles próprios realizem quaisquer procedimentos invasivos, nos quais haja contato com fluidos corpóreos, sem o uso dos instrumentos para proteção. No entanto, ENF 7 e ENF 1 relatam a existência de profissionais (mas não se incluem entre eles) que assumem posturas nas quais aumentam as chances de exposição, devido ao não uso ou uso inadequado das formas de proteção.

...Então eu já vi dentista atendendo sem luva, então é uma coisa assim real, não adianta a gente falar que profissional de saúde que tá todo mundo se prevenindo, que não tá, não! ... Mas, por exemplo, é, eu já vi, é, auxiliares puncionando veia sem luva, mas sempre que eu tô perto eu reforço, oriento, eu faço, porque eu não consigo fazer nada sem luva, né? (ENF 7).

O que acontece, às vezes, é a falta de cuidado dos profissionais no próprio manuseio de perfurocortantes, porque não usam os equipamentos de proteção: óculos, luvas, né? (ENF 1).

A prática desses profissionais não foi objeto de observação direta nesta pesquisa. Buscou-se aqui ouvir as representações e práticas que eles se dispuseram a relatar. É o olhar de cada um sobre sua prática e como se vê nelas, sem que isso seja exatamente o que cada um faz no dia-a-dia. Métodos de investigação observacionais e estatísticos já foram usados em outras pesquisas (BREVIDELLI e CIANCIARULLO, 2001; CHIODI e MARZIALE, 2006; CHIODI, MARZIALE e ROBAZZI, 2007) sobre as formas de lidar dos profissionais para se protegerem, com resultados que apontam uma importante distância entre o que acham que deve ser feito e o que fazem no trabalho diário. Pela rotina, que leva à distração e ao relaxamento, pela representação de que o risco é pequeno, muitas vezes, os trabalhadores na área da saúde ‘esquecem-se’ do que sabem e não se protegem adequadamente.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das entrevistas evidenciou que os profissionais que atuam no cenário da atenção básica à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, têm representações acerca do HIV/aids como doença estigmatizante, cercada de preconceito e discriminação e sobre a qual consideram ser muito difícil revelar o diagnóstico; representações relacionadas ao uso do preservativo como forma de prevenção e como uma obrigação sua de lembrar aos usuários, mas reconhecendo que não há como controlar isso; representações de auto-estima e de mudanças de comportamento como necessárias para haver controle e prevenção do HIV/aids. Tais representações não diferem muito daquelas comuns à população em geral e aos próprios portadores da doença.

No entanto, surgem representações mais específicas ao grupo dos sujeitos entrevistados no que se refere à idéia de a aids ser uma doença incurável, mas que pode ser controlada, implicando no conceito médico de doença crônica; e também representações ligadas à prevenção, apontando ações preventivas como melhor estratégia para se conter a disseminação da doença.

No que se refere às representações relacionadas ao trabalho em HIV/aids, que se concentram na idéia de que tudo é difícil, os profissionais descrevem ações desenvolvidas que se mostram superficiais e pontuais, e consideram que estão longe de causar impacto na população acompanhada em suas áreas de abrangência. Chama a atenção, nessa categoria, o fato de que a prevenção das IST e aids é, sobretudo, lembrada como mais uma atividade dentre aquelas realizadas no planejamento familiar. Este, por sua vez, é representado como uma demanda para se diminuir o número de filhos e, por isso, um espaço em que se fala de relações sexuais e prevenção de doenças. Porém a interação ocorre centrada na demanda da cliente, sem abertura ou construção de possibilidades de uma educação para a saúde que

inclua a saúde sexual em sua integralidade. Não há, portanto, um planejamento de ações educativas e de promoção de saúde sexual (cujo termo nem é referido pelos participantes da pesquisa), nem para as mulheres, nem para os demais residentes nas áreas de abrangência dos serviços, exceção às atividades com crianças e adolescentes em escola do bairro, relatadas por alguns entrevistados.

No meio profissional, isso revela a permanência do modelo médico-centrado, no qual as ações preventivas são dissociadas das práticas sociais, perdendo-se de vista o contexto em que vivem as pessoas em situação de vulnerabilidade, apontando para a necessidade premente de mudanças na formação acadêmica dos profissionais.

Constata-se, ainda, a partir da interpretação das falas dos sujeitos deste estudo, a existência de representações que ancoram posturas de menor comprometimento dos profissionais com práticas inovadoras de promoção da saúde, mesmo reconhecendo que este é o mito fundador da saúde coletiva na atenção básica. Os entrevistados justificam a inexistência de tais práticas inovadoras e comprometidas com a prevenção de agravos, devido às dificuldades relacionadas à estrutura física das unidades, à sobrecarga de trabalho e à baixa adesão da população aos grupos educativos desenvolvidos, incluindo-se o distanciamento dos adolescentes dos serviços de saúde.

Ao se analisarem os relatos e reflexões desses profissionais frente ao desvelamento do resultado de soropositividade para HIV e a experiência que possuem no atendimento ao paciente infectado, desvela-se a necessidade de mudanças na forma de condução dessas práticas na atenção básica. Enquanto as ações preventivas encontram-se dissociadas, o anúncio de um resultado é considerado difícil e as práticas descritas pelos profissionais nas experiências com pessoas vivendo com HIV encontram-se fragmentadas. Esse contexto indica um posicionamento passivo do profissional frente às novas necessidades desse usuário, seja

sobre o conhecimento de uma nova condição sorológica ou sobre a necessidade de readequação de suas condições psicossociais para viver com o HIV.

As representações concernentes ao risco de infecção ao qual o profissional expõe-se no cotidiano de seu trabalho na atenção básica revelam o reconhecimento da existência de uma situação caracterizada como “baixo risco”, sobretudo se comparada com o risco existente em outros níveis de assistência. Como forma de se garantir que o risco de infecção se mantenha mínimo, os profissionais apontam o uso dos equipamentos de proteção individual como meio de redução de chances de contaminação, com cada um afirmando-se como aderente a essas medidas, mas apontando o fato de que outros profissionais não o fazem. O mecanismo de projeção mantém-se forte, como forma de não ver em si mesmo aquilo que vê no outro como incorreto, desagradável, etc.

Ficou evidente, ainda, que a existência de ações preventivas pontuais e ainda desarticuladas no espaço da atenção básica não mostrou relação direta com uma possível resistência ou, até mesmo, com o medo que o profissional pudesse ter de infectar-se no atendimento ao portador do HIV/aids. Parece haver a idéia de que seria uma atividade a mais, em um conjunto que já é considerado intenso e cansativo no atendimento de problemas de saúde das pessoas que procuram os serviços. A representação é de que o ‘povo quer é médico’ quando vai ao centro de saúde, que é ‘pobre demais e tem doença demais’, que ‘só pensa na saúde quando fica doente’ e ‘não gosta de se prevenir’, pautam a prática nas unidades básicas, mesmo que haja questionamentos e exceções na forma de organizar os serviços para aproximarem-se da almejada integralidade da assistência à saúde.

Dessa forma, cabe apontar, aqui, a necessidade de aumento e melhoria das ações desenvolvidas visando a prevenção e controle do HIV/aids, ainda que existam e continuarão a existir aspectos dificultadores para tal na atenção básica. O reconhecimento da importância da prevenção é fundamental na reflexão dos profissionais, apesar dessas dificuldades, como

forma de vencer o crescimento da epidemia e proporcionar ao usuário uma assistência de qualidade, fundamentada na visão integral e humana do cuidado, sobre a qual os profissionais têm alguma governabilidade e um relativo poder.

Este estudo permitiu, assim, reconhecer que os profissionais de saúde são essenciais na organização das práticas de prevenção e controle do HIV/aids, e que suas práticas apóiam-se nas representações que compartilham. Desvela-se também que o sistema de saúde precisa de ajustes constantes para garantir o acesso e a integralidade do cuidado, tão desejados e fundamentais para a articulação entre profissionais, usuários e serviços de saúde.

A sensibilização dos profissionais para a atuação em equipe, fundada no respeito aos saberes específicos e no compartilhamento, na aproximação de cada sujeito com a realidade objetiva e na compreensão das subjetividades poderá propiciar o desenvolvimento de ações preventivas como ferramenta do cuidado capaz de promover a emancipação e o reconhecimento de estratégias de enfrentamento e articulação social para a prevenção e o controle do HIV/aids.

Fica evidente, portanto, a necessidade de maior mobilização das instituições formadoras e as de saúde pela capacitação e criação de espaços de discussão que encorajem a mudança de posicionamento dos profissionais, para buscar a superação de dificuldades e estimular a implementação de práticas que promovam a compreensão e a postura ativa dos sujeitos sobre o processo saúde/doença.

REFERÊNCIAS

ACONSELHAMENTO. In: MELHORAMENTOS: minidicionário da língua portuguesa. São Paulo: Companhia Melhoramentos, 1997.

ALLPORT, G. **The nature of prejudice**. Cambridge: Addison-Wesley, 1954.

ALMEIDA, Clara Alice Franco de; BENATTI, Maria Cecília Cardoso. Exposições ocupacionais por fluidos corpóreos entre trabalhadores da saúde e sua adesão à quimioprofilaxia. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n.1, p. 120-126, 2007.

ALVES, E. G. R.; RAMOS, D. L. P. **Profissionais de saúde: vivendo e convivendo com HIV/AIDS**. São Paulo: Santos, 2002.

BARRETO, L. M. S. et al. **O atendimento no contexto da AIDS: em busca do enfoque psicossocial**. In: JORNADA INTERNACIONAL E CONFERÊNCIA BRASILEIRA SOBRE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS, 5, 3. 2007, Brasília. Anais... Brasília: UnB, 2007. p. 1-11.

BELO HORIZONTE. **Avanços e desafios na organização da atenção básica à saúde em Belo Horizonte**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2008.

BERGER, P. L.; LUCKMANN, T. **A Construção Social da Realidade**. Petrópolis: Vozes, 1973.

BLANCHET, Alan; GOTMAN, Anne. **L'enquete et ses méthodes: L'entretien**. Paris: Nathan Université, 2001.

BÓGUS, C. M. A promoção da saúde e a pesquisa avaliativa. In: VILLELA, W.; KALCKMANN, S.; PESSOTO, U. C. **Investigar para o SUS: construindo linhas de pesquisa**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2002. p. 49-53.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Manual operacional para comitês de ética em pesquisa**. Brasília, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1.679 de 19 de setembro de 2002 - Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília (DF), 20 Set 2002b. Seção 1. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/SaudeTrabalhador/portarias/Portaria%201679.doc>>. Acesso em: 20 jul.2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Aconselhamento em DST HIV/aids para atenção básica**. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico da AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde. Ano IV, n. 1, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de DST e aids: tratamento da aids**. Brasília, 2007b.

BRASILEIRO, Marislei; FREITAS, Maria Imaculada de Fátima. Representações sociais sobre aids de pessoas acima de 50 anos de idade, infectadas pelo HIV. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 5, p. 789-795, 2006.

BREVIDELLI, Maria Meimei; CIANCIARULLO, Tamara Iwanow. Aplicação do modelo de crenças em saúde na prevenção dos acidentes com agulha. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 193-201, 2001.

CAMILLERI, C. et al. **Stratégies Identitaires**. Paris: Presses Universitaires de France, 1990.

CAMPOS, M. A. O trabalhador da saúde portador do HIV: lições para biossegurança e ética. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 45, n. 2, p. 163-168, abr./jun. 1999.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde paidéia**. São Paulo: Hucitec; 2003.

CANESQUI, A. M.; SPINELLI, M. A. S. Saúde da família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.9, p.1881-1892, set, 2006.

CANTO, C. L. M. et al. Detection of HIV and HCV RNA in semen from Brazilian coinfecting men using multiplex PCR before and after semen washing. **Rev. Inst. Med. Tropical**, São Paulo, v. 48, n.4, p. 201-206, Aug. 2006.

CECCIM, Ricardo Bug. Equipe de saúde: perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2005, cap 4, p. 259-278.

CICONELLI, R. M. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 39, n. 2, p.143-150, 1999.

CHIODI, Mônica Bonagamba; MARZIALE, Maria Helena Palucci. Riscos ocupacionais para trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde: revisão bibliográfica. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 212-217, 2006.

CHIODI, Mônica Bonagamba; MARZIALE, Maria Helena Palucci; ROBAZZI, Maria Lúcia do Carmo Cruz. Acidentes de trabalho com material biológico entre trabalhadores de unidades de saúde pública. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n.4, p. 632-638, 2007.

COELHO, A. B. **Representações Sociais de Homens Infectados pelo HIV acerca da aids.** 2006. 143f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **Norma regulamentadora 32:** segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde. Belo Horizonte: COREN-MG, 2007.

COSTA, M. A. O. **Aconselhamento para o teste anti –HIV:** o olhar de profissionais de unidades básicas de saúde de Belo Horizonte. 2004. 134 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

DEMAZIÈRE, D.; DUBAR, C. **Analyser les entretiens biographiques, l'exemple de récits d'insertion.** Paris: Nathan, Coll. Essais & recherches, 1997.

DINI, G. M. **Tradução para a língua portuguesa, adaptação cultural e validação do questionário de auto-estima de Rosenberg.** São Paulo: UNIFESP, 2000.

DISCACCIATI, José Augusto César; NEVES, Alisson Discacciati; PORDEUS, Isabela Almeida. Aids e controle de infecção cruzada na prática odontológica: percepção e atitudes dos pacientes. **Rev Odontol Univ São Paulo**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 75-82, 1999.

FERNANDES, João Cláudio L. Práticas educativas para a prevenção do HIV/AIDS: aspectos conceituais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 171-180, 1994.

FERRAZ, A. F. **“Aprender a viver de novo”:** a singularidade da experiência de tornar-se portador do HIV e doente com aids. 1998. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1998.

FEUERWERKER, L.; COSTA, H. Intersetorialidade na Rede Unida. **Saúde para Debate**, São Paulo, v. 22, p. 25-35, 2000.

FREITAS, M. I. F. **A gestão do segredo na vida de casais diante da soropositividade pelo HIV.** Belo Horizonte: UFMG, Programa de Cooperação Técnica Sida Brasil/França, 1998. 87p. Relatório de Pesquisa.

FUREGATO, A. R. F. et al. Pontos de vista e conhecimentos dos sinais indicativos de depressão entre acadêmicos de enfermagem. **Revista de Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39 n. 4, p. 401-408, 2005.

GALLAR, M. **Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente.** Paraninfo, Madrid, 1998.

GARRIDO, Pedro B. et al. AIDS, estigma e desemprego: implicações para os serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 72-79, dez. 2007.

GAZZINELLI, Maria Flávia. et al. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 200-206, fev. 2005.

GERBERDING, J. L. Management of occupational exposures to blood-borne viruses. **New England Journal Med**, London, v. 332, n.7, p. 444-451, 1995.

GIAMI, Alain; VEIL, Claude. **Enfermeiras frente a aids**: representações e condutas, permanências e mudanças. Canoas: Ulbra, 1997, 333 p.

GOFFMAN, E. **A Representação do Eu na vida cotidiana**. Petrópolis: Vozes, 1975.

GOFFMAN E. Estigma. **Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 2. ed. 1978.

GOFFMAN, E. **Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: Guanabara, 4. ed. 1988.

GONÇALVES, Erli Helena; VARANDAS, Renata. O papel da mídia na prevenção do HIV/aids e a representação da mulher no contexto da epidemia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 229-235, 2005.

GUARESCHI, Pedrinho. **Representações sociais**: alguns comentários oportunos. Florianópolis: Vozes, 1996.

HORTA, Natália de Cássia. **O significado do atendimento ao adolescente na atenção básica à saúde**: uma análise compreensiva. 2007. 148f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

JOFFE, Hélène. "Eu não, o meu grupo não": representações sociais transculturais da aids. In: GUARESCHI, Pedrinho; JOVCHELOVITCH, Sandra (org.). **Textos em representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2000. 6. ed. cap. 9, p. 397-322.

JODELET, D. **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 1989.

LAVILLE, Christian; DIONNE, Jean. **A Construção do Saber**: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.

LEITE, Maria da Trindade Ferreira. et al. Saber e prática contraceptiva e prevenção de DST/HIV/AIDS em universitários da área da saúde. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 4, p. 434-438, 2007.

LOPES, F. D. **Estudo da infecção pelo HIV em pacientes atendidos entre 1985 e 1987 no Centro de Treinamento e Referência em Doenças Infecciosas e Parasitárias Orestes Diniz**. 2003. 160f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

MACHADO, Alcyone Artioli. et al. Risco de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) em profissionais da saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 54-56, 1992.

MARQUES, S. C.; OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T. AIDS e representações sociais: uma análise comparativa entre subgrupos de trabalhadores. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, edição especial, p. 91-104, 2004.

MATÃO, M. E. L. **Entre o desejo, o direito e as representações sociais na escolha da maternidade por mulheres soropositivas para o HIV.** 2004. 153f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

MERCHAN-HAMANN, Edgar. Os ensinamentos da educação para a saúde na prevenção de HIV-aids: subsídios teóricos para a construção de uma práxis integral. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n. 2, p. 85-92, 1999.

MERHY, E. E; QUEIROZ, M. S. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 177-184, 1993.

MOYSÉS, Samuel Jorge; MOYSÉS, Simone Tetu; KREMPEL, Márcia Cristina. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 627-641, 2004.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais:** Investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes. 2. ed. 2004.

NEMES, M. I. B. et al. Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS: a investigação em serviços de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 310-321, 2004.

OLIVEIRA, A. R. S. **Representações sociais de profissionais de saúde envolvidas no atendimento à gestante sem resultado de sorologia anti-HIV na maternidade.** 2007. 128f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

PAIVA, Vera; PUPO, Lígia Rivero; BARBOZA, Renato. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, p. 109-119, 2006.

PARKER, R. et al. **A aids no Brasil.** Rio de Janeiro: Ed. Relume Dumará, 1994.

PARKER, R.; GALVÃO, J. **Quebrando o silêncio:** mulheres e aids no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Relume-Dumará, 1996.

PEREIRA, Queli Lisiane Castro. et al. Processo de (re)construção de um grupo de planejamento familiar: uma proposta de educação popular em saúde. **Texto contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 320-325, jun. 2007.

REIS, A. C.; SANTOS, E. M.; CRUZ, M. M. A mortalidade por AIDS no Brasil: um estudo exploratório de sua evolução temporal. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília: Ministério da Saúde, v. 16, n. 3, p. 195-205, jul./set. 2007.

REIS, R. K.; GIR, E. Dificuldades enfrentadas pelos parceiros sorodiscordantes ao HIV na manutenção do sexo seguro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n.1, p. 32-37, 2005.

REMEN, R. N. **O paciente como ser humano.** São Paulo: Summus Editorial, 1993. 221p.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-446, mar./abr. 2004.

RIBEIRO, Cristiane Galvão. et al. Profissionais que trabalham com AIDS e suas representações sociais sobre o atendimento e o tratamento. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 23, n. 1, p. 75-81, jan./mar. 2006.

SADALA, Maria Lúcia Araújo; MARQUES, Sílvio de Alencar. Vinte anos de assistência a pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil: a perspectiva de profissionais da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2369-2378, nov. 2006.

SÁNCHEZ F. M. Os meios de comunicação e a sociedade. In: **Mediatamente! Televisão, cultura e educação**. Brasília: SEED, 1999. p. 55-90.

SANTOS, C. A. **Gravidez e Soropositividade para o HIV: vivências de mulheres atendidas em um centro de referência em HIV/AIDS**. 2007. 126f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

SILVA, A. C. R. **As representações sociais de pacientes em início de terapia anti-retroviral envolvidas na adesão ao tratamento**. 2006. 180f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

TERTO JR., V. Homossexualidade e saúde: desafios para a terceira década de epidemia de HIV/AIDS. **Horiz. antropol.**, Porto Alegre, v. 8, n. 17, p. 147-158, jun. 2002.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 4. ed. 1994. 175p.

VIEIRA, K. F. L.; AMARAL, A. C. G.; SALDANHA, A. A. W. **A vulnerabilidade à AIDS a partir das representações sociais de adolescentes**. In: JORNADA INTERNACIONAL E CONFERÊNCIA BRASILEIRA SOBRE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS, 5, 3. 2007, Brasília. Anais... Brasília: UnB, 2007. p. 1-11.

WIMMER, Gert Ferreira; FIGUEIREDO, Gustavo de Oliveira. Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 145-154, 2006.

WINGESTER, Lúcia Campos. **Ser assistido pelo Serviço de Assistência Domiciliar Terapêutica: uma rica experiência para o doente de aids e seu cuidador**. 2004. 95f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Documentos básicos**. Geneva, 38. ed. 1990.

ANEXO A



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE
BELO HORIZONTE (CEP-SMSA/PBH)

Avaliação de projeto de pesquisa – **Protocolo 096/2007**

Projeto: “REPRESENTAÇÕES E PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE HIV/AIDS”

Pesquisador Responsável: Marina Celly Martins Ribeiro de Souza.

Mérito:

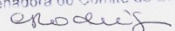
Trata-se de um estudo de natureza qualitativa cujo objetivo é compreender as representações e práticas de profissionais que atuam na atenção básica no município de Belo Horizonte. O referencial teórico metodológico utilizado está ancorado na teoria das representações sociais proposto por Moscovici, possibilitando reconhecer as práticas em saúde não apenas como derivações puras do conhecimento científico e sua expressão no cotidiano dos serviços, mas como um trabalho em que se combinam valores, crenças e atitudes. Farão parte deste estudo profissionais inseridos nos centros de saúde Taquaril e Novo Horizonte no Distrito Sanitário Leste do município de Belo Horizonte. A coleta de dados será feita através da entrevista semi-estruturada, tendo como questão norteadora “Quais representações os profissionais da atenção básica têm acerca do HIV/AIDS?” até a saturação dos dados.

Parecer:

O projeto acima referido cumpriu os requisitos da resolução 196/96 da CONEP, tendo sido aprovado na reunião do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao CEP um ano após início do projeto ou ao final desde, se em prazo inferior a um ano.

Celeste de Souza Rodrigues - RM: 37316-1
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - SMSA/BH


Celeste de Souza Rodrigues
Coordenadora do CEP-SMSA/PBH

Belo Horizonte, 28 de dezembro de 2007.

ANEXO B



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Parecer nº. ETIC 647/07

Interessado(a): Profa. Maria Imaculada de Fátima Freitas
Depto. Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem-UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 20 de fevereiro de 2008, o projeto de pesquisa intitulado **"Representações e práticas de profissionais da atenção básica sobre HIV/aids"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos apresentando-lhe o projeto de pesquisa intitulado "REPRESENTAÇÕES E PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE HIV/AIDS" que será desenvolvido pela mestrandia em Enfermagem Marina Celly Martins Ribeiro de Souza, sob orientação da Prof^a Maria Imaculada de Fátima Freitas, professora associada do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Este estudo tem o objetivo de compreender as representações e práticas de profissionais da atenção básica sobre HIV/aids e está sendo implementado após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG e Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Para coleta de dados serão realizadas entrevistas com profissionais que atuam na atenção básica e que concordarem em participar do estudo. A entrevista será realizada considerando sua disponibilidade de horário, acontecerá nas dependências desta unidade de saúde ou em local onde você julgar mais adequado, garantindo-se que você não será identificado e respeitando sua privacidade. Durante a entrevista será utilizado gravador, papel e caneta para registrar todas as informações. O gravador será utilizado somente com o seu consentimento, com o objetivo de apreender toda a sua fala durante a entrevista.

Gostaríamos de enfatizar a garantia de seu anonimato em relação às informações levantadas na coleta de dados, sendo que estas serão utilizadas somente para fins científicos e serão publicadas tão logo encerre a análise. Caso você não concorde em participar, você não será penalizado de forma alguma no seu trabalho.

Em caso de dúvida acerca da pesquisa, estaremos disponíveis para os devidos esclarecimentos nos seguintes telefones: (31) 3409 9871, 3481 8308 ou 91194369. Você também poderá esclarecer suas dúvidas junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais pelo telefone: (31) 3409 4592 e pelo endereço Av. Antônio Carlos, 6627 Unidade Administrativa II – 2º andar, Campus Pampulha, Belo Horizonte – MG; e no Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, localizada à Avenida Afonso Pena, 2336 – 5º andar, Belo Horizonte-MG, tel: 31-3277-5309.

Sua participação é muito importante para possibilitar a compreensão sobre as representações que os profissionais que atuam na atenção básica possuem sobre HIV/aids, o que poderá trazer novas abordagens educativas em saúde aos usuários, além de projetos de educação continuada aos profissionais da rede.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____
concordo em participar do estudo REPRESENTAÇÕES E PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE HIV/AIDS. Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela mestrandia MARINA CELLY MARTINS RIBEIRO DE SOUZA sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, considerando que os mesmos não incluem riscos para a minha pessoa decorrentes de minha participação. Foi-me garantida a preservação do anonimato, e estou ciente de tenho o direito de retirar, a qualquer momento, meu consentimento sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data: _____

Nome completo: _____

Assinatura: _____

Marina Celly Martins Ribeiro de Souza

Mestranda

Dr^a M^a Imaculada de Fátima Freitas

Pesquisadora Responsável