

REPRESENTAÇÕES DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE HIV/AIDS*

REPRESENTATIONS OF PROFESSIONALS WORKING IN PRIMARY HEALTHCARE ABOUT HIV/AIDS

REPRESENTACIONES DEL VIH/SIDA EN PROFESIONALES DE LA ATENCIÓN BÁSICA

Marina Celly Martins Ribeiro de Souza¹

Maria Imaculada de Fátima Freitas²

RESUMO

As ações de promoção à saúde nos serviços de atenção básica constituem ferramenta fundamental para o controle do HIV/aids, sendo a participação e o engajamento dos profissionais imprescindíveis para a qualidade das ações. Neste estudo, teve-se como objetivo compreender as representações e práticas de profissionais que atuam na atenção básica sobre HIV/aids. Trata-se de estudo qualitativo, fundamentado na Teoria das Representações Sociais. Foram entrevistados 12 profissionais de saúde que atuam no município de Belo Horizonte, com a seguinte questão: "Fale-me sobre o que pensa a respeito da infecção pelo HIV e pela aids e sobre seu atendimento nessa área". A análise do conteúdo das entrevistas foi realizada pelo método de análise estrutural de narração. Os resultados apontam para espaços de permanências e mudanças nas representações sociais dos sujeitos entrevistados, implicando o reconhecimento da importância da prevenção em HIV/aids na atenção básica à saúde sem, no entanto, realizarem ações nesse sentido de forma sistemática e contínua. As representações dos profissionais são relacionadas àquelas de outros grupos da população, tais como a aids é doença incurável, estigmatizante e relacionada ao comportamento. Agregam, ainda, ideias fundadas em seus conhecimentos profissionais de cronicidade da doença e de necessidade de prevenção específica em HIV/aids. Este estudo permitiu reconhecer que a atenção básica precisa de ajustes constantes para garantir o acesso e a integralidade do cuidado, com ações sistematizadas que promovam a saúde e previnam doenças, além de mudanças na formação profissional e a necessidade de organização de momentos de reflexão coletiva dos profissionais sobre seu trabalho.

Palavras-chave: Prática Profissional; Sorodiagnóstico de HIV; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Health promotion actions in primary healthcare centers are an essential tool to achieve HIV control in Brazil, and the participation of professionals is indispensable to guarantee the quality of these actions. The aim of this study is to understand the representations and practices of professionals who work in primary healthcare centers with HIV/AIDS patients. It is a qualitative study, based on the Social Representations Theory. Twelve healthcare professionals working in the city of Belo Horizonte, Brazil, were requested to answer the following issue: "Tell me what you think about HIV infection/AIDS and about your work in this area." Content analysis was performed through structural analysis of narrative. Results show both permanence and changes in the social representations of the subjects, leading to acceptance of the importance of HIV/AIDS prevention in primary healthcare, although preventive actions have not been continuous and systematic. The representations of the professionals were related to certain groups of the population, such as patients with AIDS, which is a cureless and stigmatizing disease, and is related to behavior. In this study we also expose ideas based on professional knowledge concerning chronic aspect of the disease and the need of a specific prevention for HIV/AIDS. This study makes clear that the primary healthcare service needs constant adjustment in order to guarantee universal access and integrated care. In order to promote health and prevent diseases, it is essential to implement systematic actions, and to provide changes in professional training, as well as to arrange moments in which professionals could analyze their actions.

Key words: Professional Practice; AIDS Serodiagnosis; Primary Health Care.

* Este artigo foi baseado na Dissertação de Mestrado apresentada em 18 de setembro de 2008 por Marina Celly Martins Ribeiro de Souza sob orientação da Dra. Maria Imaculada de Fátima Freitas para obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

¹ Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais. E-mail: marinacelly.souza@gmail.com.

² PhD, Professora adjunta do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. E-mail: peninha@enf.ufmg.br.

Endereço para correspondência – Marina Celly Martins Ribeiro de Souza: Rua Deputado Bernardino de Sena Figueiredo 252/101, Cidade Nova. Belo Horizonte-MG. CEP 31170-210.

RESUMEN

Las acciones que promocionan la salud en los servicios de atención básica son una herramienta fundamental para controlar el VIH/ Sida; la participación y compromiso de los profesionales son imprescindibles para la calidad de las acciones. Este estudio tuvo como objetivo analizar las representaciones y prácticas del VIH/ Sida en profesionales que actúan en la atención primaria. Se trata de un estudio cualitativo basado en la Teoría de las Representaciones Sociales. Se entrevistaron a doce profesionales de la salud que trabajan en la ciudad de Belo Horizonte. El tema fue el siguiente: "Dime lo que piensas sobre la infección por el VIH/ Sida y sobre la atención en esa área". El análisis del contenido de las entrevistas siguió el método del análisis estructural de narración. Los resultados muestran espacios de permanencia y cambios en las representaciones sociales de los sujetos entrevistados, lo cual implica reconocer la importancia de la prevención del VIH/Sida en la atención básica a la salud, aunque no se realicen acciones sistemáticas y continuadas en ese sentido. Las representaciones de los profesionales se vinculan a aquéllas de otros grupos de la población tales como que el Sida es una enfermedad incurable, estigmatizada y relacionada con el comportamiento. Además, añaden conceptos basados en sus conocimientos profesionales de cronicidad de la enfermedad y de necesidad de prevención específica del VIH/Sida. Este estudio ha permitido reconocer que la atención primaria precisa ajustes constantes para garantizar el acceso y la integralidad del cuidado, con acciones sistematizadas que promuevan la salud y prevengan enfermedades, además de cambios en la formación profesional y necesidad de planificar momentos de reflexión colectiva sobre su trabajo.

Palabras clave: Práctica Profesional; Serodiagnóstico del VIH; Atención Primaria de Salud.

INTRODUÇÃO

A aids surgiu no início da década de 1980 e tornou-se rapidamente um problema de saúde pública de proporções mundiais. 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.

De seu surgimento até 1996, quando se deu a introdução da medicação antirretroviral no tratamento dos pacientes com aids, muitas pessoas se infectaram e morreram. A terapia antirretroviral foi importante na adoção de novas condutas e proporcionou melhora na qualidade e no aumento da expectativa de vida das pessoas vivendo com o vírus da imunodeficiência humana (HIV).

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 ferramenta fundamental. A cronicidade da aids colocou os serviços de saúde em um patamar importante, assumindo papel relevante nas políticas de prevenção, controle e assistência aos portadores da doença, como locus de resposta a epidemia.^{1,2}

Pressupõe-se que representações e práticas estejam imbricadas, questionando-se em qual prática assistencial os profissionais de saúde estão inseridos para a promoção da saúde, controle e prevenção da aids na área de abrangência dos serviços em que atuam.

Estudos dessa natureza poderão contribuir para incentivar reflexões sobre a importância da prevenção da aids nesses serviços de saúde, refletindo na melhoria do contexto da atuação dos profissionais que se propõem a trabalhar com prevenção na atenção básica.

Assim, pretendeu-se, com este estudo, compreender as representações e práticas de profissionais da atenção básica sobre HIV/aids.

DESENVOLVIMENTO

Material e método

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, fundamentado na Teoria das Representações Sociais,^{3,4} para permitir a compreensão das representações sobre HIV/aids e as práticas dos profissionais que atuam na atenção básica.

A investigação qualitativa enfoca valores, crenças, hábitos, atitudes, representações, opiniões e adapta-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.⁵

As representações são geradas no social e, a partir das interações, orienta condutas e maneiras de 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 por meio da expressão dos atores sociais em seus grupos de pertença.

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 o 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 e atitudes.⁶

A Teoria das Representações Sociais possibilita a compreensão do significado do HIV/aids nas práticas assistenciais dos profissionais, da relação desses profissionais com a sociedade e vice-versa, de como essas representações estão inscritas no trabalho desenvolvido por esses sujeitos, modificando-o ou mantendo-o.

As entrevistas foram realizadas com profissionais de dois serviços de saúde da atenção básica do município de Belo Horizonte, Minas Gerais, entre fevereiro e março de 2008. Foi considerado um período mínimo de tempo de serviço de seis meses para garantir que o entrevistado tivesse vivenciado experiências profissionais sobre o objeto de estudo. Os entrevistados são profissionais de saúde de nível superior, membros das equipes de saúde da família (ESFs) e das equipes de apoio (médicos ginecologistas e pediatras). Os entrevistados foram incluídos por serem os responsáveis pelas práticas analisadas neste estudo nas Unidades Básicas de Saúde.

O número de entrevistados não foi definido *a priori*, totalizando 12 ao final, de um universo de 20, entre médicos e enfermeiros dos dois serviços. Utilizou-se o critério de saturação dos temas tratados pelos participantes para interrupção da coleta. As entrevistas foram realizadas no próprio ambiente de trabalho dos profissionais, em local apropriado, visando à garantia do sigilo e liberdade dos participantes.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (Parecer nº 096/2007) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (Parecer nº 647/07).

Os sujeitos foram informados sobre o tema e os objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, como previsto pela Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde.⁷ A cada um dos sujeitos foi esclarecido que a participação seria livre e a desistência respeitada, não acarretando nenhum prejuízo ao trabalho deles, havendo sigilo sobre todos os depoimentos e demais materiais produzidos.

Foi utilizada a entrevista aberta e em profundidade, na busca de maior flexibilidade, de informações mais ricas e de uma imagem mais próxima da complexidade das situações ou dos fenômenos estudados. A entrevista aberta e em profundidade consiste em perguntas mais gerais e questões de relance, para retomar ou esclarecer a narração dos sujeitos. A flexibilidade desse tipo de entrevista possibilita 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.⁵

Os dados foram tratados utilizando-se a análise de conteúdo pelo método da análise estrutural de narração,⁸ que seguiu os seguintes passos: transcrição fiel das entrevistas gravadas em áudio, leitura vertical, análise horizontal, nomeação das sequências, primeira categorização, busca das representações por densidade na estrutura do discurso, análise transversal com elaboração de um esquema das representações e análise aprofundada com leituras de outros autores sobre as representações encontradas.

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.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados sete enfermeiras (ENF), e cinco médicos (MED), sendo dois médicos do sexo masculino e três do sexo feminino. A idade dos profissionais variou entre 27 e 60 anos, e o tempo de atuação na atenção básica variou entre seis meses e 13 anos. Apesar dessa grande diferença, o fato de alguns trabalharem há mais tempo em saúde coletiva não conferiu maior desenvolvimento de atividades focadas na prevenção da aids do que daqueles 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. Assim, independentemente da categoria profissional, há homogeneidade nas falas, não sendo possível concluir que algum tipo de representação esteja relacionado exclusivamente a um grupo em decorrência de sua profissão.

As representações encontradas estão em torno da própria doença e do trabalho em HIV/aids desenvolvido por esses profissionais nos serviços de atenção básica. A análise da fala dos entrevistados aponta um reconhecimento coletivo de que a aids é uma doença estigmatizante, que provoca preconceito e discriminação, além da representação da doença como incurável, mas que possui controle, remontando à ideia de cronicidade.

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

Tem tratamento, aliás, tem a prevenção, e, em segundo plano, tem um tratamento, um acompanhamento. Porque a pessoa tem uma sobrevivência muito maior do que ela teria há vinte anos. Então, eu penso de forma muito positiva, desde que a gente mostre pro paciente

que tem jeito, que é doença crônica, que ele não está perdido, que pode sobreviver a isso. (ENF 2)

Ao se analisarem os conteúdos das falas dos sujeitos entrevistados, é notória a permanência da representação relacionada ao preconceito, apresentada como central nos estudos sobre HIV/aids.⁹ Para os entrevistados, a aids é uma doença cercada de estigma, preconceito e discriminação, mas com a tendência em manter a representação de morte adiada,¹⁰ o que lhes confere a representação mais recente de doença crônica. Há, portanto, reconhecimento de que existem possibilidades de assistência que tragam maior expectativa e melhoria na qualidade de vida do usuário, mesmo sabendo que a doença é transmissível e não tem cura. Assim, pode-se inferir que as ideias de cronicidade e de disponibilidade de medicamentos autorizam os profissionais a se permitirem certo distanciamento do sofrimento dos sujeitos infectados, mantendo afastada a ideia de condenação à morte, ainda muito presente socialmente.¹¹

No que se refere às representações acerca do HIV/aids, os profissionais reconhecem e afirmam a importância das ações de prevenção da doença para seu efetivo controle e trazem como representação que a implementação de tais atividades nos serviços de atenção básica é bastante difícil.

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)

Além disso, emergem, da fala dos sujeitos, representações de que a prevenção em HIV/aids envolve cuidar-se, com necessidade de autoestima e mudança de comportamento por parte do usuário. Tal fato pode ser verificado nas falas seguintes:

Eu acho que a questão [da aids] reside muito na autoestima do usuário. (ENF 5)

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 autoestima, na mudança de comportamento. Agora, como? Não tem jeito de controlar... A gente informa, explica, mas... a não ser a autoestima 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)

Os entrevistados trazem, assim, representações que relacionam a presença da doença com baixa autoestima do sujeito, apresentando a ideia de que aquele que

não se valoriza se expõe e, ao se expor, torna-se mais vulnerável à infecção pelo vírus. No entanto, mudanças de hábitos, particularmente nos campos diretamente implicados na transmissão do HIV, estão bem longe de ser simples e transcendentes; sem dúvida, é um aspecto estritamente informativo.¹² 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 deste estudo, que estejam buscando romper tal dificuldade, mesmo atuando na atenção básica e considerando-a como lugar privilegiado para ações de prevenção e promoção da saúde.

No atendimento da mulher grávida, só peço os exames de HIV que é protocolo. E a única coisa pra falar mais pra ela quando o exame é negativo que isso não significa imunidade pra doença. Que a doença pode se pegar a qualquer momento. (ENF 3)

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)

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

Ressalte-se que a atenção básica é o nível de assistência cujo pressuposto é 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, com uma postura ativa sobre suas condições e determinantes sociais e de saúde.¹³

Aponta-se, ainda, a representação da importância do uso de preservativo relacionada ao HIV/aids, mas como prática de baixa adesão. Os profissionais reconhecem a importância do preservativo como aliado no combate à doença e estratégia importante na prevenção dela. No entanto, afirmam que a população assistida não faz uso regular, utilizando experiências do cotidiano dos serviços de saúde para constatarem tal afirmação:

Usa? Usa ocasionalmente. ‘Você usa preservativo?’ ‘Uso’. ‘Com esse parceiro seu aqui você usou?’ ‘Ah, não! Não’, ou: ‘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? (ENF 7)

É central, no discurso dos sujeitos, a associação entre o não uso do preservativo com o número de gravidezes não planejadas. A gravidez configura-se como uma “prova” de que esse recurso não é utilizado como preconizado ou é utilizado numa frequência muito pequena na população assistida. Nas falas, os profissionais explicitam frustração e indignação ao se 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. É uma prova do uso irregular da camisinha. (ENF 1)

Porque aqui a gente oferece a camisinha, fala para usar, a pessoa não reage, a gente acredita que explicou direitinho... 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-se mais pela proteção da gravidez, apesar de que nas palestras a gente fala claro, pede para usar, mas isso é preocupante porque [a aids] tá no nosso meio. (ENF 7)

Eu tento informar, eu tento falar que tem que usar e tal, converso individualmente. A maior parte eu faço isso dessa maneira, na maioria das vezes. (MED1)

Dessa forma, os profissionais da atenção básica sentem-se frustrados porque os usuários não cumprem o que é preconizado, porém a maneira de pensar e suas práticas são, em geral, prescritivas sem interlocução com os usuários no sentido de ouvir-lhes o contexto de vida e ajudá-los a encontrar formas de prevenção adequadas.

Em relação ao trabalho em HIV/aids que desenvolvem, emergiram, ainda, representações que apontam ações preventivas desenvolvidas descontinuamente e sem planejamento, além de elencarem muitas dificuldades para que tais ações sejam implantadas.

No que se refere às representações ligadas ao trabalho em HIV/aids, os profissionais médicos e enfermeiros descrevem ações superficiais e pontuais, considerando que estão longe de causar impacto na população acompanhada em suas áreas de abrangência. No meio profissional, isso revela a permanência do modelo médico-centrado, em que as ações preventivas são dissociadas das práticas sociais, perdendo-se de vista o contexto em que vivem as pessoas em situação de vulnerabilidade. Isso se torna ainda mais relevante quando se analisa a atuação dos profissionais enfermeiros, diante da preocupação com a manutenção

de uma prática ainda centrada nas ações médicas e voltadas para o enfoque da doença.

O relato dos profissionais entrevistados é bastante amplo no que concerne à variedade das atividades preventivas realizadas. O que se percebe é que tais atividades são realizadas 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 a interdisciplinaridade e os diferentes saberes dos profissionais que atuam na atenção básica. Na maioria das vezes, as ações são realizadas individualmente, sem planejamento e sem que os demais saibam o que está sendo realizado. Um profissional não faz porque pensa que o outro faz, mas não sabe o que foi feito nem se foi feito:

Durante as consultas individuais, é... a gente se atém muito a isso [orientações individuais]. Eu reforço muito essa questão da prevenção. Ou quando a consulta clínica é direcionada pra essa área também. Porque, fora disso, fica muito difícil você se lembrar de falar, 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)

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

Alguns profissionais relataram que fazem o aconselhamento, mas o fazem de forma restrita, apenas oferecendo o teste anti-HIV e explicando sobre ele, sem haver interação com o usuário para que ele tenha clareza de todos os aspectos que envolvem a testagem. Outras vezes, nem explicam sobre os pedidos de exames laboratoriais, 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. Nessa premissa, vale destacar a atuação do enfermeiro no que concerne à prática do aconselhamento em HIV/aids, no sentido de valorizá-lo e reconhecer nesse aconselhamento um espaço de cuidado, o que não pode ser reconhecido com base nas falas dos entrevistados.

Mas eu, é o que eu faço [orientação] no meu consultório... E gestante quando a gente atende, a gente faz os exames HIV. Faz o HIV, né? (MED 1)

Pra falar a verdade até que antes eu até fazia [aconselhamento]. Eu tenho cinco anos de saúde pública 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)

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

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 que não tem aqui e que a prefeitura podia pôr em todos os centros de saúde porque tem verba pra isso, é o Datashow. A gente faz maravilhas com o Datashow e aqui não tem. (MED 4)

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)

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

Muitos profissionais apontam, assim, 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, o que, sob uma ótica imediatista, oferece a ideia de grande demanda causada pelos problemas de saúde da população assistida. No entanto, o que se espera dos profissionais que atuam na atenção básica é que aprimorem e efetivem 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. Nessa lógica e no que se refere à atuação do enfermeiro, o que se espera é que esse profissional assumo o cuidado de forma integral e resolutiva, buscando a identificação das necessidades de saúde da população assistida e estratégias para a implementação das ações mais relevantes.

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, em uma realidade subjetiva, de relações sociais e de papéis designados pela cultura aos atores na construção da identidade.¹⁴⁻¹⁶ Esses conteúdos são imprescindíveis para abordar a saúde sexual, fugindo da ação prescritiva e da ideia de que esta se resume em doenças, em afecções, em disfunções ou em formas de evitar a gravidez.¹⁷⁻²⁰

Ainda com referência ao trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde, as representações são também de que o atendimento em HIV/aids não faz parte do cotidiano da atenção básica e o desvelamento do resultado de exames anti-HIV não é fácil.

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

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

A dificuldade é porque você tem a sensação de 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. Ela 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)

Tal dificuldade é explicada por considerarem a possibilidade de ser revelado o diagnóstico de uma doença ainda incurável e grave. Sob essa ótica, volta-se a inferir que as dificuldades aqui relatadas estão relacionadas com as representações desses sujeitos sobre a doença e também sobre os limites que desejam na interação com os pacientes. Envolver-se exige maior disponibilidade de tempo e de afeto, dos quais os profissionais parecem não dispor ou não quererem dispor.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das entrevistas possibilitou compreender que os profissionais têm representações sobre o HIV/aids como doença estigmatizante, cercada de preconceito e discriminação. Consideram que é muito difícil revelar o diagnóstico por exigir maior envolvimento. Têm, também, representações relacionadas ao uso do preservativo como forma de prevenção e sobre a obrigação dos profissionais em orientar seu uso aos usuários, mas reconhecendo que não há como controlar isso.

No entanto, surgem representações mais específicas ao grupo dos sujeitos entrevistados no que se refere à ideia de a aids ser uma doença incurável, mas que pode ser controlada, o que implica o conceito médico

de doença crônica, bem como representações ligadas à prevenção, apontando ações preventivas como a melhor estratégia para se conter a disseminação da doença, mas sem que as concretizem em mudanças na forma de trabalhar em seu cotidiano no serviço de saúde.

Constata-se, então, com base na interpretação das falas dos sujeitos deste estudo, a existência de representações que ancoram posturas de menor envolvimento dos profissionais com práticas inovadoras de promoção da saúde, mesmo reconhecendo que esse é o mito fundador da saúde coletiva na atenção básica. Enquanto as ações preventivas são dissociadas, o anúncio de um resultado é considerado difícil e as práticas descritas pelos profissionais, nas experiências com pessoas vivendo com HIV, são fragmentadas.

Dessa forma, cabe apontar, aqui, a necessidade de aumento e de melhoria das ações desenvolvidas visando à prevenção e ao controle do HIV/aids, ainda que existam e continuem a existir dificultadores para esse desenvolvimento. Neste estudo, foi possível reconhecer que os profissionais de saúde são essenciais na organização de ações de prevenção e controle do HIV/aids, e que suas práticas apoiam-se nas representações que compartilham. Isso exige mudanças na formação profissional, maior oferta de capacitações em serviço e organização de momentos de reflexão coletiva dos profissionais sobre seu trabalho. 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.

REFERÊNCIAS

1. Barreto LMS, Ribeiro CG, Coutinho MPL, Saldanha AAW. O atendimento no contexto da AIDS: em busca do enfoque psicossocial. Jornada Internacional e Conferência Brasileira sobre Representações Sociais, 5, 3. Brasília: UnB; 2007.
2. Acioli S, Heringer A, Oliveira DC, Gomes AMT, Formozo GA, Costa TLC, et al. HIV/AIDS e enfermagem nas teses e dissertações – 1980 a 2005. Online Brazilian Journal of Nursing [serial on the Internet]. [Cited 2009 Apr 27]. Available from: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/577/135>.
3. Giami A, Veil C. Enfermeiras frente a aids: representações e condutas, permanências e mudanças. Canoas: Ulbra; 1997.
4. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. 2ª ed. Petrópolis: Vozes; 2004.
5. Laville C, Dionne J. A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Belo Horizonte: UFMG; 1999.
6. Maia C, Guilhem D, Freitas D. Vulnerabilidade ao HIV/Aids de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. Rev Saúde Pública. 2008; 42(2):242-8.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Manual operacional para comitês de ética em pesquisa. Brasília; 2002.
8. Demazière D, Dubar C. Analyser les entretiens biographiques, l'exemple de récits d'insertion. Paris: Nathan, Coll. Essais & Recherches; 1997.
9. Greco M, Oliveira El, Andrade JC, Lignani Jr L, Jeronymo JC, Andrade I, et al. Diferenças nas situações de risco para HIV de homens bissexuais em suas relações com homens e mulheres. Rev Saúde Pública. 2007; 41(2):109-17.
10. Brasileiro M, Freitas MIF. Representações sociais sobre aids de pessoas acima de 50 anos de idade, infectadas pelo HIV. Revista Latinoam Enferm. 2006; 14(5):789-95.
11. Parker R, Galvão J. A aids no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1994.
12. Reis RK, Gir E. Dificuldades enfrentadas pelos parceiros sorodiscordantes ao HIV na manutenção do sexo seguro. Rev Latinoam Enferm. 2005;13(1):32-7.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília; 2006.
14. Berger PL, Luckmann T. A Construção social da realidade. Petrópolis: Vozes; 1973.
15. Camilleri C, Kastarsztejn J, Lipiansky EM, Malewska-Peyre H, Taboada-Leonetti. Stratégies Identitaires. Paris: Presses Universitaires de France; 1990.
16. Goffman E. A representação do Eu na vida cotidiana. Petrópolis: Vozes; 1975.
17. Giami A. Misère, répression et libération sexuelles. Sommaire de la revue Mouvements. 2002; 2(20):23-9.
18. Reis RK, Gir E. Vulnerabilidade ao HIV/AIDS e a prevenção da transmissão sexual entre casais sorodiscordantes. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43(3):662-9.
19. Araújo EC. Adoption of safer sex practices among male youngsters - an abstract. Online Brazilian Journal of Nursing [serial on the Internet]. 2006 April 22; [Cited 2009 April 27]; 5(1): [about ## p.]. Available from: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/202>.
20. Freitas MIF, Moreira OG. A experiência de mães soropositivas para o HIV no período de espera de confirmação do diagnóstico do filho. REME Rev Min Enferm. 2007; 11(2):126-31.

Data de submissão: 24/9/2009

Data de aprovação: 11/12/2009