



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Márcia Maria da Costa Matos

**Mudanças e retornos no contexto do cuidado de enfermagem: um
estudo de representações sociais de enfermeiros hospitalares**

Rio de Janeiro

2010

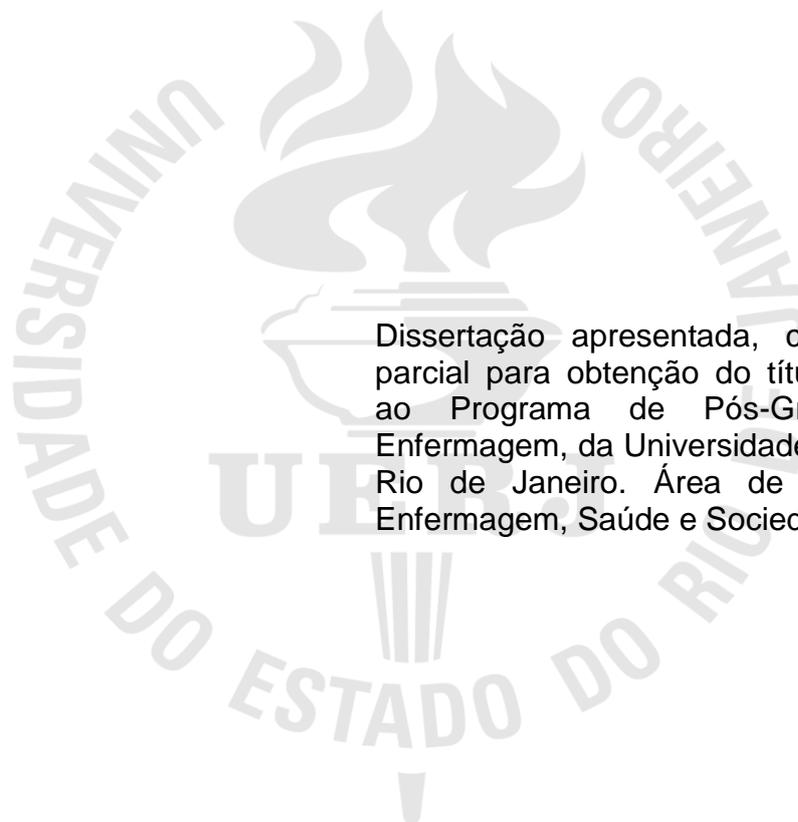
Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Márcia Maria da Costa Matos

Mudanças e retornos no contexto do cuidado de enfermagem: um estudo de representações sociais de enfermeiros hospitalares



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Antonio Marcos Tosoli Gomes

Rio de Janeiro

2010

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

M433 Matos, Márcia Maria da Costa.
Mudanças e retornos no contexto do cuidado de enfermagem:
um estudo de representações sociais de enfermeiros hospitalares /
Márcia Maria da Costa Matos. - 2008.
159 f.

Orientador: Antonio Marcos Tosoli Gomes.
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de
Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Cuidados em enfermagem. 2. Representações sociais. 3.
AIDS (Doença) – Enfermagem. 4. Infecções por HIV – Enfermagem.
5. Humanização na saúde. I. Gomes, Antonio Marcos Tosoli. II.
Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de
Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação.

Assinatura

Data

Márcia Maria da Costa Matos

Mudanças e retornos no contexto do cuidado de enfermagem: um estudo de representações sociais de enfermeiros hospitalares

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em: 24 de fevereiro de 2010.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Antônio Marcos Tosoli Gomes
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Prof^a. Dr^a. Teresa Tonini
Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da UNIRIO

Prof. Dr. Mauro Leonardo Salvador Caldeira dos Santos
Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da UFF

Rio de Janeiro

2010

DEDICATÓRIA

A minha mãe que cumpre, majestosamente, a difícil tarefa de educar. Ensinou-me que só precisamos de amor e fé para vivermos, pacientemente, os dias difíceis. Obrigada mamãe por me mostrar o significado da vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus que capacitou os escolhidos. A Ele toda honra e toda glória!

Ao Douglas Maranhão um homem de luz. Um filho de Deus determinado a ser meu guia, em minhas travessias pelos desertos, e minha companhia no paraíso.

A Paula Saldanha, minha irmã escolhida. Obrigada por me amar como sou, por me proporcionar gargalhadas, por confiar em mim, perdoar minha ausência e nunca me abandonar. Você é uma grande amiga!!!

Às cuidadoras de minha mãe, a quem tranquilamente confio meu maior tesouro. Obrigada pela paz que me proporcionam.

Às pessoas que vivem com HIV/Aids que me dão a oportunidade de seguir aprendendo a ser uma pessoa melhor cuidando de suas vidas.

Aos colegas enfermeiros, que me deram entrevistas, pelo acolhimento, reconhecimento e ajuda na conquista de um sonho.

A Lucimar pelo seu inestimável carinho e apoio que facilitaram a concretização das entrevistas.

Ao Marcos Tosoli aquele que, com toda serenidade que lhe é peculiar, consegue associar um douto saber a uma impressionante simplicidade de viver.

A Erika Machado, minha companheira de mestrado e mais nova amiga. Obrigada por me escutar e sempre ter palavras de apoio e superação.

A Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza quem sempre me incentivou e orientou nas conquistas profissionais. Obrigada por investir em mim, pelas oportunidades e pela amizade.

A Alcione Linhares, por me inspirar com sua indignação pelas loucuras do mundo e sua insistência em melhorar sempre. Adoro a sua impermanência!

A Vânia Cavalcanti que foi minha voz quando estava muda e que me mostrou que é possível ser feliz mesmo com muitas dificuldades na vida, simplesmente porque somos filhas de Deus. Você é um exemplo de superação e fé!

A Equipe do 9º andar do INCL que nunca me abandonou e sempre confiou na minha capacidade profissional, aparando minhas arestas e me incentivando a melhorar sempre. Aprendo com as histórias de vida de cada um e me sinto sempre fortalecida a cada oração de vocês.

Aos amigos Renato Barreiro e Karinne Cunha que, sem me conhecerem, decidiram me ajudar. Vocês são prova viva de que fazer o bem é o caminho para o melhor, independente do que isso signifique para cada indivíduo. Muito obrigada mesmo!!!

A Divisão de enfermagem do Instituto de Cardiologia Laranjeiras, que com uma visão bastante contemporânea, incentiva e investe no aperfeiçoamento profissional de seus funcionários.

A Kalina Silva que, com altruísmo, se dispõe a ajudar os mestrandos de enfermagem.

É o amor, e não a vida, o contrário da morte.

Roberto Freire

RESUMO

MATOS, Márcia Maria da Costa. *Mudanças e retornos no contexto do cuidado de enfermagem*: um estudo de representações sociais de enfermeiros hospitalares. 2010. 159 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

O cuidado de enfermagem no contexto do HIV/Aids tem acompanhado as várias mudanças sócio-científicas do conhecimento e do desenvolvimento desta síndrome marcada pela discriminação e pela estigmatização. Assim, surge esta pesquisa, cujo objeto foi a representação social do enfermeiro hospitalar acerca do cuidado de enfermagem a adultos que vivem com HIV/Aids. O aprofundamento dessa temática teve como objetivos: descrever o cuidado de enfermagem a pessoas que vivem com HIV/Aids referido por enfermeiros hospitalares, correlacionando-o aos conhecimentos técnico-científicos utilizados por este profissional na concretização desta atividade; identificar o campo representacional, dentro do qual o cuidado de enfermagem está inserido e analisar as representações sociais de enfermeiros hospitalares acerca do cuidado de enfermagem em sua interface com o papel próprio do enfermeiro. Trata-se de uma pesquisa descritiva, de cunho qualitativo. Os sujeitos foram 30 enfermeiros e o cenário foi um hospital municipal no Rio de Janeiro, referência para o tratamento do HIV/Aids. A coleta de dados foi realizada através de entrevistas e o seu *corpus* analisado de acordo com a análise de conteúdo de Bardin, sistematizada por Oliveira. Da análise emergiram cinco categorias descritas a seguir: As múltiplas dimensões do processo de cuidar das pessoas que vivem com HIV/Aids, que engloba os significados do cuidado de enfermagem, do cuidado humanizado e do cuidado ideal, onde o ponto de convergência está na representação da humanização da assistência; O processo de trabalho do enfermeiro e da equipe de enfermagem no contexto da internação de pessoas que vivem com HIV/Aids, que discorre sobre as competências e as ações do enfermeiro no cuidado dessa clientela, evidenciando o cuidado relacional como um diferencial e a divisão do trabalho de enfermagem entre as categorias profissionais; As bases para o cuidar: uma exploração de infra-estrutura e dos aspectos tecnológicos e relacionais, que abarca a influência da infra-estrutura no cuidado de enfermagem como proteção e oferta de um lugar qualificado, seguro e salubre de trabalho e como garantia de assistência mínima de saúde prevista em lei. Aborda também a utilização da tecnologia no contexto do HIV/Aids dando ênfase no cuidado de pacientes críticos e no cuidado relacional; Biossegurança: teorias e práticas sobre utilização de equipamentos de proteção individual e precauções, que contextualiza os significados desses artigos de segurança com as práticas de cuidado de enfermagem; e As teorias de enfermagem e os processos de conhecimento como fundamentos do cuidar, que identifica o saber e o uso das teorias de cuidado de enfermagem, bem como sua representação e utilidade na prática dos enfermeiros. Concluiu-se que o cuidado de enfermagem às pessoas internadas que vivem com HIV/Aids é representada por enfermeiros como um conjunto de ações centradas no processo humanização-desumanização da assistência que se diferencia pela necessidade do cuidado relacional. Este foi consistentemente abordado nos discursos dos sujeitos, mas sua execução apresenta-se dependente de uma ancoragem ainda incompleta que determina uma prática em fase de estruturação. Conclui-se, ainda, que a representação do cuidado de enfermagem caracteriza-se por ser paradoxal e que o cuidado ideal configura-se como o núcleo figurativo desta mesma representação.

Palavras-chave: Cuidado de Enfermagem. Representação social. HIV/AIDS. Humanização.

ABSTRACT

The nursing care in the context of HIV/AIDS has been accompanied with the various social-scientific changes in the knowledge and development about this disease marked of discrimination and stigmatization. This research has the purpose to demonstrate the social representation of the hospital nurse in the care to adult clients who have and live with HIV/AIDS, describing the nursing care to these clients referred by a hospital nurses, correlating this care to the technical-scientific knowledge used by these professionals; identified the domain representation that the nursing care is inserted and analyzing the nursing care with its interface with the nurse function itself. This is a descriptive and qualitative research. It was realized in a reference HIV/AIDS hospital which is the Municipal Hospital of Rio de Janeiro. The subject of this study was 30 nurses. The collect of datas was realized through interviews and analyzed according Bardin Content Analyses systemized by Oliveira. From the analysis we conclude five categories. (1) The multiples dimensions of the process to take care of clients who live with HIV/AIDS which include the meanings of nursing care, the humanizing care and the ideal care which the convergence point is in the representation of the humanizing care; (2) The works' process by the nurse and the nursing team in the admission context of the clients which live with HIV/AIDS which discourse about the competency and the nurses actions pointing the relational care as a differential and the work division among the nursing categories; (3) The bases to take care: a exploration of the infrastructure and the technical and relational aspects which enclose the influence by the infrastructure in the nursing care with protection and the offering of a qualified place, secure and healthy in the work and a minimum assurance assistance as required by law; (4) Biosecurity: theory and practice about the use of individual protect equipment and precautions which contextualize the meaning of this security equipments with the nursing practice; (5) The nursing theories and the knowledge process as fundamental of the care as well as its representation and value in the nursing practice. This research induced us to conclude that the nursing care to the hospitalized clients who live with HIV/AIDS is represented by nurses as a conjunt of actions centered in the humanizing-dehumanize of assistance which differ throught he necessity of the relational care. This is highly mentioned in the subject speeches but its execution is dependent of an anchorage already incomplete which determine a practice in a step of organization. It's also concluded that the representation of the nursing care characterize for being paradoxal and the ideal care is configurate as the figurative center of this same representation.

Keywords: Nursing care. Social representation. HIV/AIDS. Humanizing of the assistance.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição dos sujeitos estudados de acordo com o sexo. Rio de Janeiro, 2009.....	58
Tabela 2 -	Distribuição dos sujeitos estudados de acordo com a idade. Rio de Janeiro, 2009.....	58
Tabela 3 -	Distribuição dos sujeitos estudados de acordo com o local de residência. Rio de Janeiro, 2009.....	59
Tabela 4 -	Distribuição dos sujeitos estudados de acordo com a situação de moradia. Rio de Janeiro, 2009.....	60
Tabela 5 -	Distribuição dos sujeitos estudados de acordo com situação marital. Rio de Janeiro, 2009.....	60
Tabela 6 -	Distribuição dos sujeitos estudados de acordo com a opção religiosa. Rio de Janeiro, 2009.....	61
Tabela 7 -	Distribuição dos sujeitos estudados de acordo com o numero de filhos. Rio de Janeiro, 2009.....	61
Tabela 8 -	Distribuição dos sujeitos estudados de acordo com a renda pessoal mensal. Rio de Janeiro, 2009.....	62
Tabela 9 -	Distribuição dos sujeitos estudados de acordo com a renda familiar mensal. Rio de Janeiro, 2009.....	62
Tabela 10 -	Distribuição dos sujeitos estudados de acordo com a maior titulação. Rio de Janeiro, 2009.....	63
Tabela 11 -	Distribuição dos sujeitos com especialização de acordo com a quantidade de cursos de especialização concluídos. Rio de Janeiro, 2009.....	63
Tabela 12 -	Distribuição dos sujeitos estudados de acordo com o tempo de graduação. Rio de Janeiro, 2009.....	64
Tabela 13 -	Distribuição dos sujeitos estudados de acordo com o tempo de atuação na instituição. Rio de Janeiro, 2009.....	65
Tabela 14 -	Distribuição dos sujeitos estudados de acordo com o tempo de atuação como enfermeiro. Rio de Janeiro, 2009.....	66
Tabela 15 -	Distribuição dos sujeitos estudados de acordo com o tempo de atuação com pessoas soropositivas ao HIV/Aids. Rio de Janeiro, 2009.....	66

Tabela 16 -	Distribuição dos sujeitos estudados de acordo com o setor onde trabalham. Rio de Janeiro, 2009.....	67
Tabela 17 -	Distribuição dos sujeitos estudados de acordo com o turno de trabalho. Rio de Janeiro, 2009.....	67
Tabela 18 -	Distribuição dos sujeitos estudados de acordo com a quantidade de emprego que possuem. Rio de Janeiro, 2009.....	68
Tabela 19 -	Distribuição dos sujeitos estudados de acordo com as principais fontes de informação sobre HIV/AIDS utilizadas. Rio de Janeiro, 2009.....	68
Tabela 20 -	Distribuição dos sujeitos estudados de acordo com a participação em cursos sobre HIV/Aids. Rio de Janeiro, 2009.....	69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Aids	<i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>
ARC	Complexo relacionado à Aids
ARV	Antiretrovirais
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DCNs	Diretrizes Curriculares Nacionais
DNA	Ácido Desoxirribonucleico
EPI	Equipamentos de proteção individual
EUA	Estados Unidos da América
FDA	<i>Food and Drugs Administration</i>
HAART	<i>High Active Antiretroviral Therapy</i>
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
IP	Inibidores de proteases
ITRN	Inibidores de transcriptase reversa análogos a nucleosídeos
ITRNN	Inibidores de transcriptase reversa não análogos a nucleosídeos
MRSA	<i>Staphylococcus aureus</i> resistente a metilina
MS	Ministério da Saúde
REFORSUS	Reforço à reorganização do Sistema Único de Saúde
RNA	Ácido ribonucleico
RS	Representações Sociais
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Humana
TARV	Terapia anti-retroviral

TRS	Teoria das Representações Sociais
UR	Unidades de registro
US	Unidades de significação
VRE	<i>Enterococcus sp</i> resistente a vancomicina
AZT	Zidovudina

SUMÁRIO

	CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	16
1	REFERENCIAL TEÓRICO.....	25
1.1	Panorâmica Mundial do HIV/Aids.....	25
1.2	HIV/Aids: aspectos clínicos.....	30
1.3	Cuidado de enfermagem.....	34
1.4	Teoria das Representações Sociais.....	44
2	ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	51
2.1	Desenho do estudo.....	51
2.2	Campo de estudo.....	52
2.3	Sujeitos do estudo.....	53
2.4	Coleta de dados.....	53
2.5	Análise dos dados.....	55
2.6	Aspectos éticos.....	56
3	DESCRIÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	57
3.1	Caracterização dos sujeitos.....	57
3.2	As múltiplas dimensões do processo de cuidar das pessoas que vivem com HIV/Aids.....	69
3.2.1	<u>O cuidado de enfermagem.....</u>	70
3.2.2	<u>O cuidado humanizado.....</u>	74
3.2.3	<u>O cuidado idealizado.....</u>	78
3.3	O processo de trabalho do enfermeiro e da equipe de enfermagem no contexto da internação de pessoas que vivem com HIV/Aids.....	82
3.3.1	<u>As competências do enfermeiro na atenção à clientela que vive com HIV/Aids.....</u>	82
3.3.2	<u>As ações dos técnicos e dos auxiliares de enfermagem.....</u>	95
3.4	Biossegurança: teorias e práticas sobre utilização de equipamentos de proteção individual e precauções.....	98
3.5	As bases para o cuidar: uma exploração de infra-estrutura e dos aspectos tecnológicos e relacionais.....	107

3.5.1	<u>Aspectos infra-estruturais do cuidado de enfermagem a pessoas que vivem com HIV/Aids.....</u>	107
3.5.2	<u>Aspectos tecnológicos no cuidado a pessoa que vive com HIV/Aids....</u>	112
3.6	As teorias de enfermagem e os processos de conhecimento como fundamentos do cuidar.....	118
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	122
	REFERÊNCIAS.....	129
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	146
	APÊNDICE B - Roteiro de entrevista com profissionais.....	147
	APÊNDICE C - Questionário de Caracterização dos Sujeitos.....	148
	APÊNDICE D - Quadros de temas.....	151
	ANEXO - Parecer do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde.....	159

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Há 27 anos a humanidade tem enfrentado o desafio de entender e viver com a contaminação pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), patógeno causador da síndrome da imunodeficiência humana (SIDA), em inglês *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (Aids). Esta síndrome caracterizou-se como uma doença inicialmente assustadora sob o aspecto científico e social, pois levava à morte em um curto espaço de tempo, não tinha tratamento adequado e podia ser transmitido através das relações sexuais, um dos maiores tabus da sociedade mundial.

Os primeiros a serem acometidos por tal patologia foram homossexuais masculinos, de bom nível social, moradores de centros urbanos e é deste fato que surge a associação homossexualidade e Aids, uma vez que as primeiras explicações para este fenômeno não tinham ainda sustentação científica e biomédica esclarecida pela comunidade científica (BARBARÁ; SACHETTI; CREPALDI, 2005). Construiu-se então a primeira representação social sobre a Aids direcionando a sua origem à homossexualidade.

A visão da sociedade sobre os portadores dessa doença era baseada no senso comum que estava impregnado de preconceito e de discriminação contra os denominados grupos de risco (RIBEIRO et al., 2006a). Estes eram compostos, principalmente, por marginalizados sociais como usuários de drogas, profissionais do sexo e homossexuais masculinos. Enfim, grupos que transgrediam os padrões morais da época, pois viviam na promiscuidade, na imoralidade e no vício (BARBARÁ; SACHETTI; CREPALDI, 2005). Esta elaboração social faz dessa a doença mais estigmatizante da sociedade (SONTAG, 2007) e esta visão acompanha as pessoas que vivem com HIV/Aids até os dias atuais.

O perfil epidemiológico do HIV/Aids sofreu inúmeras alterações ao longo dessas duas décadas e meia de existência. A abordagem mais atual sobre o contágio e a transmissão procura caracterizar a suscetibilidade dos indivíduos em geral, utilizando-se o conceito de vulnerabilidade e não mais de grupos de risco. Para Galvão (2002), há o reconhecimento de que a infecção pelo HIV não depende apenas do individual, mas de uma série de fatores estruturais, como as desigualdades econômicas, culturais e sociais que afetam os indivíduos,

independentemente de sua vontade. Ayres et al. (2003, p. 122) explicam esse novo conceito como sendo:

[...] o movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos.

Atualmente, para se discutir a expansão do HIV/Aids no mundo não basta considerar apenas seu caráter biológico, mas também o social (ALTMAN, 1995). O agente da Aids passou a atingir homens, mulheres, crianças e idosos, ricos e pobres, tanto moradores de grandes centros urbanos como pessoas que vivem em regiões interioranas. Segundo Barbará, Sachetti e Crepaldi (2005), observa-se o aumento da infecção entre os heterossexuais, o crescimento da população feminina infectada, a baixa escolaridade da população contaminada e a interiorização da doença para municípios de pequeno e médio porte, correspondendo, respectivamente, aos fenômenos denominados heterossexualização, feminização, pauperização e interiorização da Aids.

O aumento da incidência dos casos de Aids é um dos responsáveis por seu impacto social. De acordo com o boletim epidemiológico DST/Aids (BRASIL, 2009), de 1980 a junho de 2009 são 544.846 casos de Aids notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Contribuíram para essa disseminação fatores como evolução científica que trouxe diversos benefícios, como a descoberta das várias classes de antiretrovirais (ARV); determinados aspectos políticos legais, como a gratuidade do tratamento para a infecção pelo HIV e de suas conseqüências, prevista na lei 9313/96 no Brasil (PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS, 2004a; BARBARÁ; SACHETTI; CREPALDI, 2005; SALADA; MARQUES, 2006; MARQUES; TYRREL; OLIVEIRA, 2006); e fatores ligados ao seu próprio modo de transmissão sexual e através de sangue contaminado.

Faz-se necessário destacar um divisor da linha do tempo na história do HIV/Aids: a terapia antiretroviral (TARV) de alta potência, conhecida como High Active Antiretroviral Therapy (HAART). Esta nova proposta terapêutica, implementada em 1996, reduziu a morbi-mortalidade e diminuiu o número de internações hospitalares (SALADA; MARQUES, 2006; RIBEIRO et al., 2006b). Como conseqüência de tamanha evolução científica adveio um aumento na sobrevida das

peças contaminadas pelo vírus, possibilitando assim a inclusão da Aids no grupo de doenças crônicas (RIBEIRO et al., 2006b).

Jodelet (2001) afirma que a Aids foi a primeira doença que desenvolveu, concomitantemente, uma trajetória biomédica e um construto social que a determinam e qualificam. Sua concepção sobrepõe-se ao conceito tradicional de doença, pois ela é um fenômeno social complexo e multifacetado, envolvendo questões que perpassam dados epidemiológicos e abrangendo dados subjetivos da sociedade que originam crises sociais próprias do mundo pós-moderno (RIBEIRO et al., 2006a). Parker, Chequer e Castilho (1994) corroboram essa idéia quando abordam a relevância das representações sobre a Aids na história da doença, pois esse pensamento social surge primeiramente como fenômeno da mídia e só depois se torna um fato médico-científico.

Segundo Guimarães (1994), a trajetória social da Aids foi construída sobre três alicerces: o modo de transmissão do HIV através do sexo e do sangue, envolvendo, assim, comportamentos e atitudes; a imagem que a sociedade tinha sobre a doença, construída em função do aparecimento dos primeiros doentes homossexuais masculinos e, desta forma, denominada “câncer gay”; na veiculação da doença pelos meios de comunicação que se baseavam em informações sem fundamentação científica e apontavam o indivíduo como único responsável pela disseminação da doença e na sua correlação com a morte inevitável. Desta forma, surgiram duas concepções sobre a transmissão dessa patologia e de seus doentes: uma moral/social e outra biológica, sendo que ambas influenciaram mudanças de comportamento nas relações íntimas e para com as pessoas afetadas por este mal (BARBARÁ; SACHETTI; CREPALDI, 2005).

A idéia de uma doença punitiva foi desenvolvida como uma condenação pelos pecados advindos da liberdade sexual e de condutas consideradas degeneradas. Assim, a preocupação maior era com os doentes e seus motivos para desenvolver a doença e não com a doença propriamente dita. Os portadores, identificados como “aidéticos” eram considerados pessoas anormais, que burlavam os códigos morais pré-estabelecidos (BARBARÁ; SACHETTI; CREPALDI, 2005). Esta visão discriminatória e segregária dividia o grupo dos infectados entre algozes, composto por homossexuais, usuários de drogas e profissionais do sexo, e vítimas, hemofílicos, crianças e demais pessoas que possuem comportamentos socialmente recomendados e que são contaminadas por terceiros (BASTOS, 2006).

Além dessas elaborações sociais de Aids como morte, punição, culpabilização ou vitimização, Sontag (2007) aponta outras metáforas que transitaram pelo imaginário social: Aids como horror - pelo medo da relação com os doentes; Aids como vergonha - pois expunha a vida íntima do indivíduo e a degradação de sua saúde; Aids como guerra - justificando qualquer atitude de enfrentamento por parte do coletivo ou do individual; Aids como poluição - pois é transmitido por via sexual, modo semelhante ao de outra doença igualmente estigmatizante, a sífilis; Aids como o outro - correlaciona a origem da doença a outros grupos diferentes do qual o indivíduo em questão faça parte.

A nova concepção da Aids embasada na vulnerabilidade social veio modificar a noção de risco individual (PARKER, 2000). Hoje, a exposição e/ou transmissão do vírus é determinada por conceitos que abarcam diversas dimensões como a social, a política, a econômica e a cultural. Apesar deste novo entendimento, das conquistas e dos avanços no campo biomédico e conceitual sobre o HIV/Aids, os diversos significados dados à doença e a existência de preconceito para com seus portadores persistem como questões a serem enfrentadas (PARKER; AGGLETON, 2006).

As transformações no universo HIV/Aids repercutiram também na área da saúde. O impacto da cronicidade da doença no Brasil provocou progressivas mudanças na maneira como a sociedade e os profissionais da saúde lidam com as pessoas que vivem com o HIV/Aids (SALADA; MARQUES, 2006). Ribeiro et al. (2006b) afirmam que esta condição patológica coloca os serviços de saúde, representados por seus profissionais que lidam diretamente com a doença e os doentes, numa posição extremamente importante, pois são o elo entre o paciente, a doença e o tratamento e, nessa relação, estará a base para uma boa adesão à terapêutica. No mesmo artigo, a autora aborda que, pela existência de tal vínculo, fica clara uma demanda psicossocial no atendimento a esses clientes, requerendo dos profissionais o desenvolvimento do aspecto afetivo das relações de cuidado, antes colocadas em segundo plano. E é neste momento que os profissionais tendem a demonstrar suas próprias limitações diante desta realidade, revelando assim seu imaginário a respeito da polemica HIV/Aids.

Avi (2000) contextualiza as representações sociais de profissionais da saúde identificando que as representações desses trabalhadores acerca da Aids eram semelhantes ao do início do aparecimento da patologia, inclusive após os

conhecimentos específicos sobre o vírus e suas formas de transmissão. Mesmo para os profissionais qualificados e capacitados a trabalhar com os portadores do HIV, as relações Aids-morte e Aids-grupo de risco mantêm-se presentes no bojo das representações.

Após a exposição deste contexto destaco que, emergiu de minhas vivências profissionais em âmbito hospitalar, o desejo de construção desta pesquisa. Em 2005, fui selecionada para ser professora substituta de uma universidade pública do Rio de Janeiro e atuei na enfermaria de doenças infecto-parasitárias de um hospital universitário. Nesse mesmo ano, fui aprovada em concurso e convocada para contrato temporário pelo Ministério da Saúde (MS), atuando como enfermeira assistencial em um setor que era um misto de urgência/emergência e enfermaria e, por tal perfil, recebia pacientes portadores de múltiplas patologias, desde crônico-degenerativas a infecto-contagiosas, excetuando politraumatizados.

Atuar nesses dois universos exigiu de mim dedicação e estudo. Conhecimentos especializados eram fundamentais para que a assistência fosse de qualidade. Em ambos os setores, eu, alunos e equipe de enfermagem cuidávamos de pacientes entubados, traqueostomizados, em uso de antibioticoterapias de última geração e com necessidade de precauções, cuidados estes que exigiam o saber em várias áreas de atuação do enfermeiro. Mesmo sem especializações, todos tentavam atuar com desenvoltura, responsabilidade, comprometimento e competência. Porém, um fato me chamou a atenção: quando o paciente era portador do HIV/Aids, o cuidado ficava comprometido em alguma fase do seu processo. Quer pelo estigma da doença e o conseqüente preconceito velado de muitos, revelando suas construções sociais e imaginárias sobre a doença, ou nem tanto por isso e mais pelo desconhecimento dos profissionais sobre a patologia e suas especificidades.

Presenciei, por muitas vezes, medicações ARV não administradas porque o profissional não sabia que droga era aquela; as mesmas eram acondicionadas fora do padrão de suas exigências; aprazadas em horário indevido – não respeitavam a rotina do paciente, não consideravam as reações adversas e nem a necessidade de alguma alimentação específica; algumas drogas para o tratamento de infecções oportunistas que necessitam de capela de fluxo laminar para seu preparo eram diluídas na própria enfermaria; diluição de droga específica em solvente inadequado com risco de precipitação; preparos que antecedem medicações altamente

vesicantes eram ignorados; e muitos outros descuidos que só contribuía para a lentificação da recuperação do paciente e, até mesmo, para a ocorrência de situações de iatrogenias.

Una-se a todas as considerações expostas, o problema da adesão ao tratamento. Inúmeros foram os relatos dos pacientes internados acerca de suas dificuldades de adaptação, de aceitação, de conscientização e de entendimento sobre a dinâmica da patologia e de suas terapias medicamentosas, o que gerava constante abandono dos tratamentos. E, assim, após tantas desistências, soterravam-se as alternativas de ARV para aquela pessoa, pois a resistência viral se fazia presente.

Ressalta-se que o tratamento desses sujeitos é contínuo e ininterrupto. Desta forma, quando chega à hospitalização, exige-se um atendimento com alto grau de complexidade e prioridade nas ações para a recuperação da saúde. Porém, as ações dos profissionais, objetivando melhor adesão a terapia anti-retroviral, não podem ser abandonadas. Ao contrário, devem ser intensificadas, pois é possível que tenha havido falha no processo anterior.

Minha inquietação perpassa pela dúvida sobre a existência do conhecimento técnico - científico específico para o atendimento desta clientela, mas ela agudiza quando penso no âmago da questão: o que para os profissionais de saúde, mais especificamente, para a minha classe de enfermeiros, significa esse conhecimento, considerando que os valores atribuídos a tal temática estabelecem relações com suas práticas?

Torna-se ainda necessário ressaltar que o enfermeiro hospitalar está imerso em um universo que abriga vários significados: o significado do HIV/Aids para esses sujeitos que são, simultaneamente, pessoas pertencentes a uma sociedade e, por isso, portadoras de representações e atitudes hegemônicas em seus contextos sociais, e são profissionais da saúde, que se caracterizam por possuírem conhecimentos científicos e acadêmicos. Essas duas percepções de mundo se entrelaçam determinando assim comportamentos, motivações e tomadas de atitude por parte dessa classe profissional.

Barbará, Sachetti e Crepaldi (2005) utilizam em seu artigo a definição de atitudes como experiências subjetivas que incluem necessariamente uma dimensão avaliativa ao fazer referência a um objeto, fato ou pessoa. Essas atitudes

“impregnam as representações sociais e estas últimas determinam as condutas desejáveis ou permitidas” (BARBARÁ; SACHETTI; CREPALDI, 2005, p. 133).

Os levantamentos bibliográficos de Oliveira et al. (2006), Acioli et al. (2006) e Marques, Tyrrel e Oliveira (2006) evidenciam a importância do estudo das relações profissionais de enfermagem e as questões relativas ao HIV/Aids. Nesses estudos, destaca-se também a utilização dos referenciais teóricos e metodológicos da teoria das representações sociais (TRS), visto que permite a apreensão de processos e mecanismos pelos quais os sujeitos constroem o sentido da epidemia em suas realidades cotidianas ((BARBARÁ; SACHETTI; CREPALDI, 2005).

A TRS foi proposta por Serge Moscovici (1981) que a define como um

conjunto de conceitos, proposições e explicações originado da vida cotidiana no curso de comunicações interpessoais. [...] são o equivalente, em nossa sociedade, dos mitos e sistemas de crença das sociedades tradicionais; podem também ser vistas como a versão contemporânea do senso comum.

Marques, Oliveira e Gomes (2004) relacionam a TRS com um método que possibilita a pesquisa de fenômenos que são problemas sociais, podendo identificá-los, interpretá-los ou compreendê-los, investigando como grupos, culturas e sociedades se apropriam deles e estabelecem suas condutas. Os autores ainda afirmam que esses comportamentos têm estreita relação com os conhecimentos, as imagens, as metáforas, as crenças e os valores dentro de um contexto histórico e social.

Os estudos desenvolvidos à luz da TRS contribuem para a identificação de uma “teoria do senso comum” da qual fazem parte diversas dimensões associativas ao HIV/Aids, permitindo compreender as diferentes formas dos grupos sociais lidarem com este fenômeno, em contexto e momentos distintos (COSTA, 2007).

A partir destas afirmações pode-se fazer uma reflexão acerca do trabalho do enfermeiro hospitalar e sua relação com o HIV/Aids. Este profissional lida com a vida e a morte dessas pessoas que vivem com esse vírus, acompanhando as várias fases do seu adoecimento. Vivencia os significados e os sentimentos trazidos com o HIV/Aids: o medo, a culpa, o abandono, os julgamentos, o preconceito, a discriminação, a exclusão, a estigmatização, a morte social e, inclusive, a morte física. Convive com o risco de contágio em função da predisposição a acidentes com materiais perfuro-cortantes. Além disso, traz consigo seus próprios conceitos sobre a epidemia.

Em meio a tantas informações, conceitos, subjetividades e representações, o enfermeiro executa o cuidar em enfermagem que implica em unir a realização de procedimentos técnicos à expressão de atitudes condizentes com princípios humanísticos como respeito, dignidade e responsabilidade entre os seres envolvidos na relação de cuidado, abarcando, assim, dimensões científicas, éticas, estéticas e pessoais (NEVES, 2002). Esse cuidado não pode ser reduzido ao simples ato prático, mas deve englobar também a relação com o outro (WALDOW, 1999).

Alguns obstáculos se interpõem na dinâmica de trabalho desses profissionais e contribuem para o distanciamento dos indivíduos envolvidos na relação de cuidado. O primeiro é a expansão tecnológica que, erroneamente, é interpretada como substitutiva do poder crítico avaliativo das mãos, dos ouvidos e dos olhos humanos. O segundo é a visão reducionista do ser que está doente, mas que possui toda uma história de vida independente do momento em que se encontra adoentado. E um terceiro atribuído às representações sociais dos enfermeiros acerca do HIV/Aids e da pessoa contaminada. Sontag (2007) se refere a isso quando afirma que todas as epidemias de rápida expansão originam exclusão e distanciamento. Isto pode se refletir nas relações de cuidado enfermeiro/cliente vivendo com HIV/Aids, evidenciando preconceitos e/ou um despreparo em lidar com a problemática, o que de uma forma ou de outra leva a atitudes de descuido.

A repercussão das representações sociais no trabalho da enfermagem é o que anseio explorar. A Teoria das Representações Sociais vem fundamentar essa investigação já que, além de definir a identidade de um grupo, guia seus comportamentos e justifica suas ações. As representações sociais são as reconstruções da realidade com a qual o indivíduo ou grupo se depara e para a qual imprime um significado específico. Elas são determinadas, ao mesmo tempo, pelo próprio sujeito, pelo sistema social e ideológico no qual está inserido e pela natureza dos vínculos que mantém com tal sistema (ABRIC, 2001).

Assim surge a proposta de pesquisa cujo objeto é a representação social do enfermeiro hospitalar acerca do cuidado de enfermagem a adultos que vivem com HIV/Aids.

Desta forma, os objetivos serão:

- descrever o cuidado de enfermagem às pessoas que vivem com HIV/Aids referido por enfermeiros hospitalares, correlacionando-

o aos conhecimentos técnico-científicos utilizados por este profissional na concretização desta atividade;

- identificar o campo representacional, dentro do qual o cuidado de enfermagem esta inserido;
- analisar as representações sociais de enfermeiros hospitalares acerca do cuidado de enfermagem em sua interface com o papel próprio do enfermeiro.

Espera-se que este estudo contribua na produção do conhecimento sobre as elaborações acerca da interação enfermeiro e pessoas que vivem com HIV/Aids. Acreditando que essas representações sociais geram práticas (ABRIC, 2000) e que estas, simultaneamente, transformam e conformam representações, almeja-se também que este conteúdo investigativo forneça subsídios para possíveis intervenções no processo de aperfeiçoamento do cuidar em enfermagem.

1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 Panorâmica mundial do HIV/Aids

O fenômeno Aids foi identificado nos Estados Unidos da América (EUA) em meados de 1981 (PARKER; CHEQUER; CASTILHO 1994). A descoberta se deu pela constatação de pneumonia por *Pneumocystis carinii* (hoje denominado *Pneumocystis jirovecii*) associada a comprometimento do sistema imune em cinco jovens homossexuais masculinos, que não tinham precedentes patológicos (PARKER; CHEQUER; CASTILHO, 1994; RACHID; SCHECHTER, 2008; NASCIMENTO, 2005).

No Brasil, os primeiros relatos ocorreram em 1982 no estado de São Paulo. Entretanto, supõe-se que a entrada do vírus no país se deu na década de 70, considerando a existência de um período de tempo que pode ser variável entre a contaminação pelo vírus e o real desenvolvimento da Aids.

Este agravo atraiu a atenção de toda a comunidade científica mundial e dos meios de comunicação pelo alto grau de letalidade da doença. O governo americano, através do Centers for Disease Control and Prevention (CDC), divulgou a aparição desta nova entidade mórbida sugerindo uma associação entre a homossexualidade, a imunodepressão e essa pneumonia incomum. Surgem, assim, os primórdios das representações sociais acerca desse mal, sendo nomeado com vários termos restritivos, como síndrome da ira de Deus, pneumonia gay, câncer gay, síndrome gay e imunodeficiência ligada aos gays (NASCIMENTO, 2005).

O HIV foi identificado como agente etiológico da AIDS em 1983 (GALVÃO, 2002; NASCIMENTO, 2005; RACHID; SCHECHTER, 2008). Ele foi isolado pelos cientistas franceses Françoise Barré-Sinoussi e Luc Montagnier, que por essa descoberta ganharam o prêmio Nobel de medicina de 2008. O patógeno causador da Aids foi denominado HIV pelo comitê internacional de taxonomia viral (PRATT, 1987).

Durante a década de 80 surgiram casos da doença em hemofílicos, usuários de drogas injetáveis, pessoas que receberam transfusões sanguíneas e profissionais do sexo (PRATT, 1987). O primeiro relato em crianças veio dos EUA em 1982.

Nascimento (2005) descreve esta patologia como doença “estranha” que acomete pessoas “estranhas”, cujo conjunto rapidamente englobou prostitutas, usuários de drogas e travestis. Surgiu, assim, a delimitação dos contaminados pelo vírus a grupos de risco. A construção do pensamento social sobre esta terminologia dividia as pessoas contaminadas em vítimas e culpados. Nesta última classe estavam os marginalizados sociais, ou seja, o conjunto de pessoas “estranhas” descrito anteriormente. As vítimas eram as crianças e as pessoas de comportamento socialmente aceitável (BASTOS, 2006), normalmente contaminadas por terceiros.

A restrição da Aids aos limites de grupos de risco deixou a sociedade com uma falsa noção de que as pessoas que não pertencessem a esses grupos jamais desenvolveriam tal doença e, por isso, não precisariam de qualquer tipo de proteção (MANN; TARANTOLA; NETTER, 1993). Porém, a expansão da Aids à grupos anteriormente “intocáveis” fez repensar nos verdadeiros conceitos e fundamentos que pré-determinam a sua disseminação.

O vírus que, na década de 80, pertencia exclusivamente à classe de homossexuais e de bissexuais masculinos, brancos, de classe média ou alta, moradores de grandes cidades, possibilitou o surgimento, inicialmente, de uma falsa idéia da necessidade de determinação de grupos de risco, que já atinge a todos, sem restrição (RACHID; SCHECHTER, 2008).

O primeiro conceito substitutivo da noção de grupos de risco foi comportamento de risco. Seriam, assim, susceptíveis à infecção pelo HIV, pessoas que adotassem hábitos de vida que as expunham ao vírus, como por exemplo, atividades sexuais sem proteção e compartilhamento de agulhas e seringas (SANTOS, V. L.; SANTOS, C. E. , 1999). O grande problema do comportamento de risco é que sua idéia está centrada numa escolha individual. De acordo com Deslandes et al. (2002), no paradigma individualista, a base está firmada na racionalidade individual que, por sua vez, orienta as decisões de prevenção. A pessoa informada pode escolher, dentre muitas opções, aquela que não lhe trará danos. Em contrapartida, dentro desta lógica, pode-se denominar irracional ou irresponsável a todos os desvios entre o saber e o bem agir. Os referidos autores (2002, p.143) contextualizam sua opinião contrária a esse pensamento afirmando que

[...] a vivência do risco e mesmo a sua percepção não se restringem ao universo individual. Ao contrário, o comportamento de risco é percebido e negociado na rede de relações sociais. Os comportamentos de risco são, em última instância, frutos das interações sociais e é neste campo que as estratégias de prevenção deveriam atuar.

Surge então o conceito de vulnerabilidade que aborda um conjunto de aspectos individuais e coletivos, que determinam uma maior ou menor exposição à infecção e a morbidade pelo HIV (AYRES, 2003; PARKER, 2000). Desta forma, o foco não se prende apenas ao modo de vida desses sujeitos, mas também ao seu acesso a um conjunto de recursos sociais que envolvem proteção, orientação, educação e prevenção da transmissão. A contaminação não é mais determinada apenas pelo caráter biológico da doença, mas também possui forte influência social e cultural (ALTMAN, 1995). Parker, Chequer e Castilho (1994) corroboram com a colocação quando afirma que o HIV/Aids deve ser entendido como uma construção social, moldada num contexto de sistemas sociais, culturais, políticos e econômicos altamente específicos, porém, interligados e sobrepostos.

As reformulações das concepções sobre contágio/transmissão influenciaram, bem como foram influenciadas pelas mudanças no perfil epidemiológico da doença. A partir da década de 90 constatam-se tendências de disseminação do vírus como a heterossexualização da Aids – constante crescimento do número de casos em pessoas exclusivamente heterossexuais. De 1980 a 1995, os casos notificados de Aids em heterossexuais, masculinos e femininos, somavam 37.889. Dessa época à junho de 2009 somam 223.913 casos (BRASIL, 2009).

A feminização da Aids é outro fenômeno em evolução. Em 1986 a razão entre homens e mulheres era de 15,1:1 e hoje a proporção é de 1,5:1 (BRASIL, 2009). Outros processos importantes em desenvolvimento são a pauperização da Aids, atingindo as camadas socialmente inferiores, a sua baixa escolarização, que se dá pela detecção do aumento dos casos em pessoas com escolaridade reconhecidamente baixa, analfabetos e com o ensino fundamental incompleto (BRASIL, 1999a) e a sua interiorização, que consiste na migração da doença das regiões litorâneas para municípios menores e regiões mais distantes dos grandes centros urbanos. O último boletim epidemiológico (BRASIL, 2009) mostra que, na região nordeste, de 1980 a 1995, foram registrados 8.668 casos de Aids, enquanto que, neste mesmo período, a região sudeste registrou 81.144 casos. Neste mesmo documento, só no ano de 2006, no nordeste, foram notificados 5.189 casos de Aids e, no sudeste, 16.306 casos.

A década de 90 foi também marcada pela evolução da TARV, principalmente após a instituição da terapia tríplice (utilização de três ARV – dois da classe de inibidores de transcriptase reversa análogos a nucleosídeos e um da classe de inibidores de transcriptase reversa não análogos a nucleosídeos ou inibidores de protease), que compõem a terapia medicamentosa denominada HAART. Houve melhora na qualidade de vida desse grupo e o conseqüente aumento da sobrevivência do mesmo (RACHID; SCHECHTER, 2008). Desta forma, se estabelece nova tendência: a cronificação da Aids.

Esse status de doença crônica é detectável pelas mudanças de exigências do tratamento da pessoa que vive com HIV/Aids. Graças aos avanços terapêuticos medicamentosos, essas pessoas vivem mais e melhor, necessitando de mais investimento nos cuidados a esses clientes, incluindo o desenvolvimento de melhorias nas redes de apoio e o acolhimento da demanda que trabalhará a favor do processo de adesão e o enfrentamento da doença. A cronificação vem também para causar transformações no modo da sociedade ver este indivíduo que vive com HIV/Aids, pois, antigamente, receber um diagnóstico positivo para esse vírus era associado, quase que instantaneamente, à morte iminente e, hoje, apesar de ainda não haver cura, já se pode pensar em um tratamento eficaz (POLEJACK; COSTA, 2002).

O processo de cronificação da Aids também teve influência de conquistas políticas efetivadas no Brasil. A lei nº. 9313/96 garante aos portadores do vírus a gratuidade do tratamento (PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS, 2004b). Tal lei dispõe sobre a responsabilidade do governo em disponibilizar o tratamento mais adequado aos pacientes infectados pelo HIV/Aids que tiverem indicação, ou seja, dentro dos parâmetros técnicos e científicos definidos pelo Ministério da Saúde e por intermédio do Programa Nacional de DST e AIDS. A gratuidade das medicações e a distribuição das mesmas pelos órgãos públicos ajuda na desconstrução da imagem de grupos de risco dos primórdios da história do HIV/Aids, pois tenta igualar o acesso e as oportunidades de tratamento à todas as pessoas, independente de raça, credo, nível social e nível de escolaridade.

De acordo com Rachid e Schechter (2008), os benefícios dos ARV foram evidenciados após 1998 quando em muitos centros da Europa, Estados Unidos e Brasil as causas de óbito de indivíduos infectados pelo HIV deixaram de ser infecções oportunistas e passaram a ser as mesmas relatadas em indivíduos

soronegativos, da mesma faixa etária. A autora também evidencia o contraponto desta evolução com o surgimento de casos de insuficiência hepática e problemas sérios associados aos para-efeitos dos ARV.

Embora haja benefícios na utilização dos ARV, não é permitida a utilização em todos os casos. A terapêutica com tais drogas deve ser criteriosa para não haver eliminação precoce dos esquemas disponíveis (PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS, 2004b). De acordo com o Programa Nacional de DST e Aids (2004b), a falha terapêutica está relacionada freqüentemente à adesão ao tratamento. Portanto, é fundamental que haja fidelidade no cumprimento do esquema terapêutico preconizado, ou seja, na adesão ao uso dessas medicações.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005, p.10), a adesão é:

Um processo dinâmico, multifatorial (aspectos comportamentais, psíquicos, sociais), que requer decisões compartilhadas e co-responsabilizadas entre usuário do serviço, a equipe de saúde e a rede social de apoio, e com abordagem que atenda às singularidades sócio-culturais e subjetivas, visando a uma melhor qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS.

A adesão ao tratamento exige das pessoas que vivem com o HIV/Aids uma repentina adaptação a um diagnóstico que afeta totalmente o seu projeto de vida e uma série de mudanças profundas e simultâneas que levam o indivíduo a alterar determinados comportamentos sociais, alimentares, hábitos, dependências, rotinas sociais e profissionais bem como a introdução em sua agenda, de idas regulares às consultas e o uso de medicações diárias que, por vezes, são difíceis de serem entendidas e podem causar efeitos colaterais devastadores. Ainda existem outros fatores limitativos ao processo de adesão desses sujeitos, são eles: fatores relacionados com o sujeito; relacionados à doença; relacionados à relação equipe de saúde/cliente; a distância geográfica entre o serviço de saúde e o local de habitação do doente; as dificuldades no acesso à consulta e o longo período de tempo entre as diferentes consultas. As características do serviço de saúde também são importantes, pois o acolhimento, o respeito às individualidades dos clientes, a garantia de confidencialidade e a resolutividade dos problemas irão influenciar diretamente no retorno desse indivíduo já tão desgastado pelo implacável julgamento social (COLOMBRINI; LOPES; FIGUEIREDO, 2006).

Guimarães e Ferraz (2002) enfatiza que a relação entre paciente e profissionais de saúde tem que ser segura, íntima, respeitosa, flexível e confiável. O

profissional deve trabalhar no intuito de adaptar, ao máximo, o plano de tratamento à rotina de vida da pessoa atendida. Adesão é sim responsabilidade do cliente, dos profissionais de saúde e do sistema de saúde. Dimensiona-se assim a profunda importância do enfermeiro e de seu cuidado especializado, visto que esse profissional é quem passa maior tempo ao lado do paciente, ao menos no âmbito hospitalar.

1.2 HIV/Aids: aspectos clínicos

O HIV é o vírus da imunodeficiência humana e pertence à família dos retrovirus, subfamília dos lentivirus, possuindo assim ácido ribonucleico (RNA) como genoma, além de uma enzima específica chamada transcriptase reversa. Existem dois tipos virais: HIV-1 e HIV-2, que possuem propriedades antigênicas, moleculares e biológicas distintas, sendo o primeiro mais comum no Brasil e o segundo pode ser encontrado na África ocidental e em alguns lugares na Europa. Na condição de vírus necessita de uma célula para a sua reprodução. Uma vez dentro dela, utilizando a transcriptase reversa, converte seu RNA em ácido desoxirribonucleico (DNA) que se integra ao DNA celular. Estabelecida a união, esta seqüência de DNA viral passará pelos processos naturais intracelulares produzindo assim proteínas virais que darão origem a novos vírus. O HIV tem predileção por células que expressam a molécula CD4+ em sua superfície, sendo seu principal alvo os linfócitos T que atuam na defesa imunológica orgânica modulando a resposta do sistema de defesa a um agente invasor (COLOMBRINI; MUCKE; FIGUEIREDO, 2000).

A doença causada pelo HIV é caracterizada por uma imunodepressão severa oriunda de uma deficiência quantitativa, qualitativa e progressiva dessas células de defesa, os linfócitos T auxiliares, expondo o indivíduo a doenças pouco comuns em pessoas saudáveis. Tal fato explica a atenção dispensada a questão quando, no início da década de 80, pessoas desenvolveram pneumonia por fungo, o *Pneumocysti jirovecci*, e neoplasia como sarcoma de Kaposi, que só se desenvolvia em clientes imunossuprimidos, como exemplo os submetidos a quimioterapias severas.

Segundo Rachid e Schechter (2008), a infecção pelo HIV pode ser dividida em três fases: a aguda, também chamada de soroconversão, a assintomática e a sintomática. Na primeira, a infecção pode ser subclínica, mas uma grande parte de pessoas apresenta sinais e sintomas que variam desde síndrome gripal até mononucleose, podendo desenvolver febre, astenia, faringite, mialgias, artralguas, cefaléias, dor retro-orbital, linfadenopatias e adenomegalias. Na segunda, os indivíduos são portadores do vírus, mas não apresentam manifestações clínicas. Na terceira, há uma subdivisão entre precoce e tardia. A precoce se caracteriza pela ocorrência de manifestações que são freqüentes em indivíduos imunodeficientes em fase inicial, mas também acontece em imunocompetentes. Na tardia, há infecções e/ou neoplasias que raramente afetam pessoas imunocompetentes.

O complexo relacionado à Aids (ARC) é um conjunto de sinais e sintomas associados à infecção, mas que não constituem critério para diagnóstico de Aids (RACHID; SCHECHTER, 2008). A progressão dessa sintomatologia pode levar ao desenvolvimento de uma síndrome consumptiva grave, conhecida pelo termo em inglês Slim Disease, acarretando o óbito do indivíduo sem nem mesmo ter desenvolvido uma infecção oportunista ou uma neoplasia, condições estas que definem a Aids. Vale ressaltar que, na ausência de qualquer intervenção terapêutica, o tempo mediano da progressão da fase aguda até a sintomática é de 10 anos (RACHID; SCHECHTER, 2008).

Aids é o estado de adoecimento mais grave relacionado à infecção pelo HIV. É o conjunto de complicações causadas pela imunodeficiência, com desenvolvimento de doenças oportunistas. Assim, infecção por HIV não é sinônimo de Aids (FLASKERUD, 1992). Este fato é bem visualizado nos dias atuais que entende a entidade HIV/Aids como doença crônica. As pessoas portadoras do vírus, a partir de uma boa adesão ao seu tratamento, têm um aumento na qualidade de vida, manutenção de suas atividades produtivas e aumento da sobrevida a tal ponto que morrem por outros motivos que não a imunodepressão, ou seja, a Aids. Hoje os serviços de saúde deparam-se com mudanças nas demandas dessa clientela que vive com HIV/Aids, pois estão desenvolvendo patologias típicas de envelhecimento populacional.

De acordo com o Programa Nacional de DSTe Aids (2004a), os critérios Rio de Janeiro/Caracas, CDC Adaptado e Excepcional Óbito definem os casos de AIDS para adultos (treze anos de idade ou mais). Esta síndrome foi incluída na relação de

doenças e agravos de notificação compulsória em 1986 por meio da portaria nº. 542 do Ministério da Saúde (RACHID; SCHECHTER, 2008).

O critério CDC Adaptado valida um caso de Aids quando existir dois testes sanguíneos de triagem reagentes ou um confirmatório para a detecção de anticorpo anti-HIV somado à evidência de imunodeficiência com pelo menos uma doença indicativa de Aids e/ou contagem de linfócitos TCD4 menor que 350 células/mm³ de sangue. Compõe a lista de doenças indicativas de Aids: Câncer cervical invasivo; Candidose de esôfago; Candidose de traquéia, brônquios ou pulmões; Citomegalovirose em qualquer outro local que não seja fígado, baço e linfonodos; como a retinite por citomegalovírus; Criptococose extrapulmonar; Criptosporidiose intestinal crônica (período superior a um mês); Herpes simples mucocutâneo, por um período superior a um mês; Histoplasmose disseminada (localizada em quaisquer órgãos que não exclusivamente em pulmão ou linfonodos cervicais/hilares); Isosporidiose intestinal crônica (período superior a um mês); Leucoencefalopatia multifocal progressiva (vírus JC, um poliomavírus); Linfoma não-Hodgkin de células B (fenótipo imunológico desconhecido) e outros linfomas dos seguintes tipos histológicos: Linfoma maligno de células grandes ou pequenas não clivadas (tipo Burkitt ou não-Burkitt) e Linfoma maligno imunoblástico sem outra especificação (termos equivalentes: sarcoma imunoblástico, linfoma maligno de células grandes ou linfoma imunoblástico); Linfoma primário do cérebro; Pneumonia por *Pneumocystis carinii*; Qualquer micobacteriose disseminada em órgãos outros que não sejam o pulmão pele ou linfonodos cervicais/hilares (exceto tuberculose ou hanseníase); Reativação de doença de Chagas (meningoencefalite e/ou miocardite); Sepses recorrente por bactérias do gênero *Salmonella* (não tifóide); Toxoplasmose cerebral.

O critério Rio de Janeiro/Caracas também considera os testes sanguíneos, porém abrange um somatório de pelo menos dez pontos de acordo com uma escala de sinais, sintomas ou doenças como se vê a seguir: Anemia e/ou Linfopenia e/ou Trombocitopenia – 2 pontos; astenia – 2 pontos; caquexia – 2 pontos; Dermatite persistente – 2 pontos; diarreia – 2 pontos; febre – 2 pontos; Linfadenopatia – 2 pontos; tosse – 2 pontos; Candidose oral ou leucoplasia pilosa – 5 pontos; Disfunção do sistema nervoso central – 5 pontos; Herpes zoster em indivíduo com até 60 anos de idade – 5 pontos; Tuberculose pulmonar, pleural ou de linfonodos localizados numa única região – 5 pontos; Outras formas de tuberculose – 10 pontos; Sarcoma de Kaposi – 10 pontos.

As principais formas de transmissão do HIV são através de relações sexuais, por inoculação de sangue e derivados contaminados (inclui-se aqui os acidentes de trabalho) e da mãe contaminada para filho, através da transmissão vertical, na gestação, na vida intra-uterina e durante a amamentação (RACHID; SCHECHTER, 2008). No Brasil, a principal forma de infecção em crianças menores de 13 anos, é pela transmissão vertical, realidade que caminha paralelamente à feminização da Aids.

O tratamento da infecção pelo HIV é feito com medicações anti-retrovirais. A primeira droga ativa contra o HIV, liberada para uso clínico pelo Food and Drugs Administration (FDA), em 1987, foi a zidovudina, o AZT. Ao longo dos anos muito se tem investido no desenvolvimento de medicamentos mais eficazes, com posologias flexíveis e que provoquem menos reações adversas, já que o indivíduo terá que fazer uso dessas drogas por toda vida.

Neste contexto faz-se mister destacar a introdução da terapia anti-retroviral altamente ativa, tradução do inglês HAART, em 1996. Na época, existiam três classes de ARV: os inibidores de transcriptase reversa análogos a nucleosídeos (ITRN), os inibidores de transcriptase reversa não análogos a nucleosídeos (ITRNN) e os inibidores de proteases (IP). As classes existentes atuam em diferentes pontos no ciclo de reprodução do vírus. No Brasil a distribuição universal e gratuita dessas drogas foi estabelecida pela lei 9313/96, como já abordado no capítulo anterior.

Em 2003, surgiram os inibidores de fusão, sendo a enfuvirtida a primeira droga liberada para uso. Em 2007, o FDA liberou a utilização clínica do maraviroc e o raltegravir, ambos componentes de novas classes, os inibidores do co-receptor CCR5 e os inibidores de integrase, respectivamente. O mercado aguarda a aprovação da etravirina, um novo antiretroviral inibidor de transcriptase reversa não análogo de nucleosídeos de 2ª geração com atividade em sepas virais resistentes (RACHID; SCHECHTER, 2008).

Os objetivos da TARV são de retardar o processo da imunodeficiência e restaurar a imunidade, aumentando a expectativa e a qualidade de vida, já que a doença, até o momento, não tem cura. As barreiras para o sucesso da terapia com tais medicações são: a resistência viral, a toxicidade das drogas e a adesão ao tratamento (PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS, 2004b).

O início da TARV vai depender de fatores sorológicos, da avaliação clínica do médico e da convivência do paciente. Ela é recomendada a todos os clientes que

apresentem sintomatologia atribuível à infecção pelo HIV (RACHID; SCHECHTER, 2008). Os casos assintomáticos devem ser rigorosamente avaliados, utilizando a linfometria CD4 como parâmetro. A contagem destas células sanguíneas é o melhor marcador prognóstico do risco de desenvolvimento de infecções oportunistas que são incomuns em clientes com CD4 maior que 200 células por mm³ de sangue e raras quando o CD4 for maior que 350 células por mm³ de sangue (PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS , 2004a; RACHID; SCHECHTER, 2008).

1.3 Cuidado de enfermagem

O cuidado é inerente aos animais, em particular à espécie humana que, dotada de raciocínio, utiliza-o naturalmente para a sobrevivência e a perpetuação da espécie (BAULDINO; MONTAVANI; LACERDA, 2007). Os primeiros comportamentos de cuidado na espécie humana abarcam tanto a dimensão do ser singular, ontológica, como no âmbito comunitário, na elaboração da família onde a mulher era a cuidadora da casa e o homem era o provedor e protetor desta instituição (COLLIERE, 1999; GIRONDI; HAMES, 2007). Esta idéia é confirmada por Waldow (1999) que considera o cuidar como ação sempre esteve presente na historia humana tanto na forma de viver quanto de se relacionar.

A respeito dos primórdios do cuidado a pessoas doentes, pode-se dizer que as primeiras a praticarem tal ação foram as mulheres, as mães de família (DANIEL, 1981; WALDOW, 1999). A medicina mais rudimentar era praticada por essas cuidadoras que realizavam partos e experimentavam plantas, frutos, raízes e sementes como medicamentos caseiros (WALDOW, 1999; COLLIERE, 1999).

Ao longo dos tempos o cuidado passou a responsabilidade dos homens, dos sacerdotes, dos feiticeiros, dos mágicos e dos médicos antigos. Tais personagens faziam uso dos mais variados métodos de tratamento passando pelos naturais e místicos, até o abandono dos doentes fora dos muros que limitavam as cidades (DANIEL,1981). Após o cristianismo, tanto homens como mulheres, imbuídos de sentimentos como altruísmo e compaixão, prestavam o cuidado às pessoas adoentadas e este passou a ser conhecido como atividade cristã. Religiosos, viúvas

e virgens, que faziam votos de castidade, cuidavam do corpo e do espírito dos necessitados (WALDOW, 1999).

A origem da enfermagem como profissão prestadora de cuidado à pessoa doente, acontece no século XIX concomitante às descobertas nas ciências que embasam a medicina: fisiologia, anatomia, patologia e biologia. Neste momento, há também o desenvolvimento da estrutura hospitalar e, a partir daí, a divisão social da saúde. O médico que antes atuava em todo o processo de trabalho da recuperação do corpo doente, por ser o agente do desenvolvimento do conhecimento científico, passa a gerir o diagnóstico e a determinar a terapêutica, enquanto outros trabalhadores ficam responsáveis pela execução dessas determinações.

Pode-se verificar tal história no discurso de Almeida e Rocha (1997, p. 20):

E como no trabalho em geral a concepção se separa do momento da execução (em agentes e tempos que podem ser diferentes), também na saúde haverá esta divisão nos momentos mais intelectuais e mais manuais. Caberá ao médico a apropriação do momento mais intelectual do trabalho (diagnóstico e terapêutico), tornando-se o agente hegemônico desse processo. A enfermagem, portanto, neste modelo clínico de saúde, é parte deste processo, é parte do trabalho médico; sua ação é um instrumento que cuidará ou fará cuidar do corpo doente.

De acordo com a mesma autora, esta divisão foi social e historicamente determinada pelas necessidades do sistema capitalista, que precisava de uma força de trabalho sã e viva para a produção em larga escala, conceito fundamental da Revolução Industrial. Neste contexto, pode-se afirmar que a precursora da enfermagem foi Florence Nightingale que, durante a guerra da Criméia, prestou cuidados aos combatentes feridos que eram enviados a um hospital em Scutari e conseguiu uma redução considerável da mortalidade. Florence contribuiu grandemente para que a enfermagem iniciasse tentativas de um progresso científico (DANIEL, 1981; NEVES, 2002).

Florence vivenciou guerras, epidemias e mortes e, por tal experiência, acreditava que somente com higiene, aquecimento, iluminação, ventilação e silêncio se poderia criar um ambiente ideal que permitiria a natureza cumprir sua função de curar e recuperar a pessoa doente. Assim, surge a teoria ambientalista que enfatiza o cuidado ao ambiente físico em detrimento do psicológico e do social. O foco era a interação do ser humano com o meio ambiente, já que para a teórica era este que determinava a saúde ou doença.

George (1993) aborda tal teoria afirmando que o ambiente é visto como todas as condições e influências externas que determinam a vida e o desenvolvimento de um organismo, sendo capaz de prevenir, suprimir ou contribuir para a doença ou a morte. O pioneirismo de Florence provou a possibilidade da sistematização do cuidado de enfermagem e a cientificidade da profissão, embora seus estudos não tenham sido direcionados para o conceito de cuidar e, sim, para os conceitos de saúde e de ambiente (NEVES, 2002).

A partir de então, surgem as teorias de enfermagem cujas bases são sustentadas por princípios éticos e ideológicos. Seus conteúdos refletem diferentes realidades, considerando as vivências, experiências e contexto histórico, social e cultural de suas respectivas teoristas. Meleis (1985) divide as teorias por linhas de pensamento e propõe três escolas: necessidade, interação e efeito da enfermagem. A primeira hierarquiza as necessidades dos pacientes de acordo com sua importância para a saúde. Nesta há a preocupação com o papel das enfermeiras que atuam conforme a insatisfação dessas necessidades. Fazem parte dessa escola as teorias de Abdellah, Henderson e Dorothea Orem.

Na escola interacionista, o foco está na relação paciente-enfermeira e sua fundamentação teórica encontra-se na fenomenologia e filosofia existencial. A pioneira nesta proposição foi Hildegard E. Peplau, seguindo por Imogene King, Orlando e Josephine E. Paterson e Loretta T. Zderad. Peplau, na década de cinquenta, desenvolveu uma teoria de enfermagem cujo núcleo repousa no processo interpessoal. Esse processo consiste em quatro fases que se sobrepõem e se interrelacionam quais sejam: orientação, identificação, exploração e solução de problemas. Estes são determinados conjuntamente pelo enfermeiro e paciente que também estipulam metas e abordam suas expectativas (GEORGE, 1993).

Nos anos sessenta, Paterson e Zderad apresentaram a Teoria da Enfermagem Humanística. Nesta teoria, a enfermagem considera o paciente como um todo e não um ser fragmentado em partes e, desta forma, é responsável pelo cuidado a esta pessoa por um período em que ela desenvolveu necessidade de ajuda pela debilidade de seu corpo e mudanças que refletiram em seu mundo (LEOPARDI, 1999b).

A terceira escola agrupa teoristas que se preocupam com os efeitos do cuidado de enfermagem. Este age como regulador externo que pode promover equilíbrio, estabilidade, preservação de energia e harmonia entre indivíduo e o

ambiente. Dorothy Johnson, Martha Rogers, Sister Callista Roy e Myra Levine constituem um grupo de teóricos que uniram as concepções da escola das necessidades a influência do meio ambiente, equilíbrio energético e homeostase.

Neves (2002) considera como marco no desenvolvimento teórico da enfermagem os estudos de Madelaine Leininger que desde a década de 50 entende cuidado como necessidade humana essencial e cuidar como a essência da enfermagem, que a faz com arte e ciência.

A *Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural de Cuidado* foi publicada, em 1978 por Madelaine Leininger. A teórica propõe que, diferentes culturas, possuem diferentes percepções e formas de praticar o cuidado, apesar de haver interseções entre elas. Neste sentido, enfatiza que, neste modelo de cuidado, a enfermagem, para atingir a transculturalidade, deve prover um cuidado que tenha origem nas necessidades do indivíduo considerando e respeitando o contexto cultural no qual estão inseridos. Enfatiza ainda que o cuidado torna-se essencial para desenvolvimento e manutenção da saúde e sobrevivência de todos os seres humanos que formam o foco central da enfermagem (GEORGE, 1993; MONTICELLI; ALONSO; LEOPARDI, 1999).

Neves (2002) em seu artigo agrupa teorias de autoras brasileiras e americanas em perspectivas, quais sejam: cultural, estética, organizacional, existencialista e transdimensional. A primeira baseia-se nas diversidades das culturas em que os seres humanos estão inseridos e é preciso considerá-las quando se presta o cuidado. A enfermagem deve ser multicultural, com uma perspectiva holística. Leininger foi a principal teórica dessa visão como visto em parágrafos anteriores.

A segunda diz respeito ao conhecimento adquirido pela enfermeira a partir de sua prática, quando ela usa intuição e criatividade para a concretização do cuidado, habilidades estas que vão além dos limites científicos tradicionais. “É a arte de cuidar que está imersa em significados pessoais, culturais e em compromissos mútuos” (NEVES, 2002, p 83).

Na organizacional, a dinâmica do cuidado é vista sob a ótica das complexas instituições como unidades hospitalares, por exemplo. Nesta perspectiva, Neves (2002) considera o hospital uma ser burocrático e que tal característica confere autoridade e poder para dirigir a humanidade dentro daquele espaço.

A perspectiva existencialista foca a experiência humana na singularidade do ser humano que, por ser único, tem suas peculiaridades e limitações, considerando-se aí tanto a pessoa-paciente, que está com necessidades em sua qualidade de vida na saúde, como a pessoa-enfermeira que, por sua vez, está comprometida com a expressão do seu significado humanístico. Estes conceitos estão também presentes nos estudos teóricos de Paterson, Zderad e Jean Watson, como também já vimos em parágrafos anteriores.

Finalmente, na perspectiva transdimensional, o cuidado surge da interação participativa e reflexiva dos seres envolvidos. Este momento ímpar, quando ambos trocam experiências e energias, transcende o processo saúde-doença, ampliando as formas de expressões conscienciais e possibilitando uma nova ordem de cuidado cuja natureza é metafísica (NEVES, 2002).

Watson aprofunda-se nesta proposição em sua *Teoria Transpessoal do Cuidado Humano* e afirma que a enfermagem preocupa-se com a promoção da saúde, a prevenção da doença, o cuidado aos doentes e a restauração da saúde. Assim como na Transculturalidade, nesta teoria o ser humano também é o foco de todas as ações de enfermagem, que considera o corpo, a mente e o espírito em um processo transpessoal (MATHIAS; ZAGONEL; LACERDA, 2006). Inicialmente tal teoria era composta por dois conceitos básicos: os pressupostos do cuidado e os elementos essenciais para o cuidado (fatores cuidativos). Com a evolução houve a substituição dos fatores cuidativos pelo processo *clinical caritas* que abarca a relação entre cuidado e amor como “uma nova cosmologia”, que é ao mesmo tempo metafísica e transcendente, significando que a natureza e o universo em geral participam do processo de reconstituição (healing) interior (WATSON, 1988). Neves (2003) afirma que o processo *clinical caritas* engloba arte, ciência e espiritualidade, o que implica em uma constante avaliação do estado pessoal e profissional do enfermeiro, que terá que empregar todo seu conhecimento teórico, prático, talento e dons para a reconstituição não só de quem esta cuidando mas também de si mesmo e de todo universo ao seu redor.

Uma das questões mais atuais acerca do cuidado é a manutenção de seus valores ontológicos neste mundo capitalista e globalizado, que prioriza a tecnologia e onde a saúde objetiva tratamento e cura de doenças (NEVES, 2002). Pires (2005) aprofunda tal temática trazendo à discussão a maneira como a organização do

cuidado se encontra diretamente ligada a política de saúde em um determinado lugar e que este seja inserido no modo de produção capitalista.

Pires (2005, p733) corrobora com Neves afirmando que o “modelo assistencial à saúde hegemônico, curativo e hospitalocêntrico, envolve pesada indústria farmacêutica, de equipamentos e de insumos tecnológicos para o setor, portanto, lucros e acumulação do capital”. Ela refere, como consequência disto, a exigência da formação de profissionais especializados, com conhecimento e técnicas aprimoradas, mas que perderam a noção da profundidade do cuidar que, para Pires (2005, p. 733), é

Mais que um ato mecanizado, rotinizado e alienado de sentido, fazendo parte de uma atividade criativa dos seres, compondo-lhes a estrutura de ser e vir a ser no mundo, sendo atitude humana inscrita na esfera vital, subjetiva e cultural das relações sociais.

Esta fragmentação do cuidado torna-o mecânico e Pires (2005) propõe a libertação das autonomias subjetivas presentes nesta relação, tanto do enfermeiro, como de quem o recebe, tanto do cuidado no seu modo de ser como no seu modo de vir a ser, “característica que o torna dinâmico, permeado de volúpia e tensão dialética”. Neste sentido, a autora articula o conceito de cuidado tomando como foco a politicidade da ajuda que, em última análise, significa a eterna busca da emancipação dos seres envolvidos no cuidado que, com participação crítica, reelaboram e reconstróem ações e pensamentos para cuidar melhor objetivando a autonomia dos sujeitos.

Pires explica que ajuda é um tipo de poder que pode dominar ou libertar. Este poder pode acontecer de maneira silenciosa, utilizando-se de subterfúgios tão convincentes que seus subjugados negam sua existência e ainda acreditam em suas falsas liberdades que, no caso da saúde, se desenvolve da seguinte forma (PIRES, 2005, p. 732):

Aparece, em sua face mais velada, seja porque a enfermidade nos fragiliza diante da iminência da morte, seja porque a ajuda no campo da saúde historicamente sempre se aproximou do poder do sacerdócio e da benevolência legitimando hegemonias seculares

Gironi e Hames (2007, p. 369) enfatizam que, para cuidar, não significa trazer para o “contexto do cuidado a abnegação e a submissão do profissional e/ou do ser cuidado”. É necessário apenas humanizar a enfermagem, deixando o

profissional ser sua essência humana e compreendendo as multidimensões desta relação, da liberdade e da dialética aí presente.

A reapropriação do cuidado em seu sentido mais amplo é o que também aborda os escritos de Waldow (1999; 2001). A autora pontua que o cuidado extrapola a idéia de simples execução de tarefas ou técnicas promotoras de algum benefício à saúde, pois, para que haja cuidado, há necessidade não só do corpo, mas também da mente e do espírito do profissional que o oferece, caso contrário ele estará executando tarefas e não cuidando. Este envolvimento deve ser permeado de princípios humanísticos como respeito, dignidade e responsabilidade (NEVES, 2002).

Ceccato e Van der Sand (2001) corroboram com a idéia afirmando que

cuidar não comporta somente a excelência na execução das intervenções em enfermagem, mas também a condição de que a cuidadora deverá, em suas ações, expressar a sua sensibilidade, fazendo com que o ser cuidado perceba seu interesse e respeito, transmitindo-lhe segurança.

Assim como Ceccato e Van der Sand (2001) afirmam que o cuidar deve considerar não só sinais e sintomas clínicos da doença, mas também todas as modificações na estrutura do ser humano que abala a sua totalidade. Mayeroff (1971) expressa que, para haver cuidado, são necessárias ações e atitudes individuais que proporcionem mudanças evolutivas no outro, ajudando-o a crescer e a criar sentimento de confiança entre ambos.

Radünz (1999, p. 15) descreve o cuidar em enfermagem da seguinte forma:

Cuidar profissionalmente ou cuidar em enfermagem é: olhar, enxergando o outro; é ouvir, escutando o outro; observar, percebendo o outro; sentir, empatizando com o outro; estando disponível para fazer com ou para o outro aqueles procedimentos técnicos que ele não aprendeu a executar ou não consegue executar, procurando compartilhar o saber com o cliente e/ou familiares a respeito, sempre que houver interesse e/ou condições para tal. Ao cuidar procurar-se-á estabelecer também uma política assistencial de saúde e de enfermagem, garantindo acesso ao tratamento, à medicação [...] o que, certamente, garantirá uma qualidade da assistência.

Pinheiro et al. (2005), em seu artigo, enfatizam que, no cuidar do outro, se aprende a respeitá-lo em sua individualidade, sendo necessários, para isso, princípios éticos e morais que vão propiciar uma nova razão, instrumental, emocional e espiritual. Aborda também a ética no cuidado, afirmando que o desafio atual é trabalhar formas que façam os homens viverem na dimensão coletiva, preservando valores universais humanos e seus contextos históricos, preservando

também a biodiversidade e respeitando as diferenças de gênero, raça, religião e outras mais. Boff (2003) também concorda com a íntima relação do cuidado com a ética afirmando ser o cuidado a primeira atividade fundamental que sustenta a vida da terra, protegendo-a e garantindo os direitos dos seres humanos e de todas as criaturas que equilibram-se em solidariedade, compreensão, compaixão e amor.

No resgate do contato humano, a interação é a progenitora do cuidado (CECCATO; VAN DER SAND, 2001). Lunardi (1999) considera que, para que exista a interação e, conseqüentemente, o cuidado efetivo, o profissional tem que ter atitude ética reconhecendo seus clientes como pessoas iguais à ele que precisam ser ouvidas e compreendidas (NEVES, 2002). Os valores éticos devem impregnar a interação, pois eles guiam as relações de seres humanos em sociedade e só os verdadeiros sentimentos humanos permitem um indivíduo enxergar as necessidades do outro, mesmo que esse tenha uma doença estigmatizada como a Aids, por exemplo (PINHEIRO et al., 2005).

Assim, faz-se necessário também considerar e compreender a individualidade desse profissional que cuida. Suas experiências, crenças e culturas determinam sua formação e personalidade que são refletidas na sua maneira de cuidar (MENDES; CASTRO; FERREIRA, 2003). Formozo (2007) aponta ainda que o processo de cuidar é caracterizado por ações, atitudes e comportamentos guiados por embasamento científico, experiência, intuição e pensamento crítico.

Quando este ser humano é um profissional de saúde, particularmente o enfermeiro, algumas considerações devem ser fundamentadas. A primeira é evidenciada por Waldow (1999) quando aborda sobre as angústias, frustrações e conflitos que os profissionais de enfermagem vivenciam em ocasiões estressantes, que requerem envolvimento e responsabilidade. A autora ainda completa o pensamento afirmando ser ainda mais estressante ao se prestar cuidado a pacientes terminais e portadores de HIV/Aids, do qual este estudo se interessa.

A outra se aprofunda nos significados que esses seres humanos, profissionais enfermeiros, têm sobre o cuidado às pessoas que vivem com tais agravos. Formozo (2007), em sua dissertação, especifica dois processos simbólicos distintos e interligados: um abrange a própria doença e o vírus HIV/Aids e o outro se trata da própria ação do cuidar profissional.

A apresentação dos pacientes soropositivos ao HIV a enfermeiros se deu repentinamente e de maneira desestruturada. Além do despreparo desses

profissionais, não existia consistência científica nas informações sobre a essa nova doença, que rapidamente tornou-se uma epidemia. Assim, essa classe de trabalhadores deparou-se com a necessidade de cuidar de algo desconhecido, cujas primeiras representações vieram da sociedade e eram marcadas por medo e preconceito. Esta visão se refletiu no cuidar em enfermagem distanciando o enfermeiro desses pacientes, o que resultou em cuidar mais técnico e impessoal (GALVÃO et al., 2006).

Desta forma, a representação do cuidado de enfermagem prestado às pessoas com HIV/Aids surge apoiada na representação social da doença. Essa inter-relação é chamada de não-autônoma, pois a sua subsistência depende da correlação a outra representação social (FORMOZO; OLIVEIRA, 2009; FLAMENT, 2001).

Observa-se, então, que as representações sociais determinam comportamentos e se relacionam com conhecimentos, imagens, crenças e valores dentro de um contexto social, histórico ou, direcionando para o presente estudo, o ambiente de trabalho que aborda o processo de cuidar de pacientes HIV/Aids.

Marques, Oliveira e Gomes (2004) em um estudo sobre representações sociais da Aids entre subgrupos de trabalhadores de um hospital universitário, mostram que morte, sofrimento, medo, preconceito e prevenção são palavras que sustentam o significado da Aids para os técnico-administrativos e profissionais de enfermagem, sujeitos desta pesquisa.

Outro estudo que trata da perspectiva de profissionais da saúde sobre a assistência a pessoas que vivem com HIV/Aids no Brasil (SALADA; MARQUES, 2006), mostra a evolução dos diversos pensamentos que se reproduzem no cuidado a esta clientela. Os resultados evidenciam que, no início da epidemia, os profissionais faziam associações do HIV/Aids a doenças como hanseníase e sífilis, doenças igualmente discriminatórias. O total desconhecimento sobre o vírus e a síndrome trazia consigo o pavor pelo contágio. Os sujeitos do estudo percebem a criação do Programa Nacional de DST/Aids como um marco na tentativa de um tratamento mais humanizado a clientela proposta, considerando a criação de serviços especializados à esses indivíduos como na capacitação dos profissionais. Porém, fora dos serviços específicos para HIV/Aids, não havia efetivo acolhimento destes pacientes e o atendimento de sua complexidade. O estudo revelou também a continuidade do preconceito e da discriminação, porém em menor intensidade.

Angústia, impotência e ansiedade foram sentimentos descritos pelos profissionais de cuidam de pessoas que vivem com HIV/Aids.

Assim, fica evidente que pensamentos e sentimentos sobre HIV/Aids e sobre o cuidado às pessoas que vivem com esse vírus determinam práticas e saberes profissionais. Afinal, a enfermagem é uma profissão que requer conhecimento da natureza física, social, psicológica e espiritual, para lidar com o ser humano e com ele interagir (WALDOW, 1999).

Não obstante, o conhecimento científico acerca do HIV/Aids sempre será relevante e indispensável para desenvolver um cuidado de qualidade. Cuidar deste grupo exige também do enfermeiro conhecimentos como alterações no estado de saúde determinadas pela doença, formas de prevenção, precauções, transmissão do HIV, praticas sexuais seguras, aspectos psicossociais da Aids e da infecção pelo HIV, principalmente porque lidam com a depressão que acompanha as doenças terminais e terapias de suporte para lidar com a morte e o morrer (Flaskerud, 1992),

Durante minha experiência profissional fui acumulando conhecimentos acerca dos aspectos que possuem relevância para a integralidade do cuidado desses pacientes internados. São eles de origem fisiológica, fisiopatológica, farmacocinética, farmacodinâmica, educacional, nutricional, psico-sócio-emocional e espiritual. Igualmente relevantes são conhecimentos sobre a infecção propriamente dita e o seu desenvolvimento, os critérios de diagnóstico da patologia, as recomendações para a TARV, os cuidados com os ARV, doenças oportunistas – o desenvolvimento, suas precauções e seus tratamentos medicamentosos, legislações que regem a dinâmica processual HIV/Aids e os dados epidemiológicos. Colombini, Mucke e Figueiredo (2000) fazem referência ao conhecimento de cuidados específicos de acordo com as infecções decorrentes da infecção pelo HIV.

Considerando o paciente internado, ainda há o obstáculo da hospitalização. Lopez e Cruz (1998, p.9) afirma que

Quando um indivíduo está hospitalizado, existe uma ruptura com o seu ambiente habitual, que modifica seus costumes, os seus hábitos e em geral a sua capacidade de auto-realização e de cuidado pessoal. Vê-se imerso num ambiente desconhecido, sentindo insegurança [...] estes pacientes transformam-se em doentes difíceis de tratar, já que sua esperança de cura e a sensação de incapacidade podem modificar suas reações gerando atitudes de rebeldia ou de abandono ou ambas.

Desta forma, os pacientes hospitalizados têm uma relação complexa com o enfermeiro que deve assim prestar um cuidado personalizado, nunca generalizando

(LOPEZ; CRUZ, 1998). Segundo Ribeiro et al. (2006a), os profissionais da saúde e, para Colombrini, Mucke e Figueiredo (2000), em especial o enfermeiro, são o elo importante entre o paciente, a família, a instituição e o tratamento, pois podem trabalhar para uma melhor aceitação da doença e adesão ao tratamento. É importante salientar que o enfermeiro mantém contato com os portadores de HIV/Aids e seus familiares mais que qualquer outro na área de saúde (FLASKERUD, 1992).

A caracterização da Aids como doença crônica trouxe consigo a necessidade de atender melhor e holisticamente este indivíduo. Emergem então demandas psicossociais que exigem dos profissionais melhor preparo para lidar com questões afetivas e sociais, tão esquecidas nos primórdios dos cuidados dessas pessoas (RIBEIRO et al., 2006a).

Atualmente, o foco do tratamento das pessoas que vivem com HIV/Aids é a adesão. Desta forma, trabalhar para promover a adesão é desenvolver um cuidado baseado no respeito, na confiança, na responsabilidade e no comprometimento do ser cuidado e do ser enfermeiro. Todos esses valores são determinantes de atitudes e é esta relação que este estudo pretende investigar conhecendo melhor o cuidado de enfermagem dirigido a esses atores sociais.

1.4 Teoria das Representações Sociais

O conceito de Representações Sociais (RS) foi introduzido na psicologia social por Serge Moscovici, na década de 70. Para este autor interessava saber a apropriação da psicanálise por alguns seguimentos da sociedade francesa e como ocorreu a penetração e a integração desse conhecimento nesses mesmos grupos (MOSCOVICI, 1978).

O estudo proposto por Moscovici surge como refutação das análises de Durkheim e une os estudos das representações individuais sob os domínios da psicologia aos estudos das representações coletivas sob os domínios da sociologia. Neste contexto, Durkheim acreditava que a sociologia era independente da psicologia. Ele partia do pressuposto que as duas realidades, individual e a coletiva, coexistiam, que a primeira poderia interferir na ordem social, mas a natureza coletiva

era a determinante das representações na sociedade. Moscovici considera que essa abordagem não contempla a diversidade de modos de organização de pensamento, ainda que sejam todos sociais, pois as RS estão no meio de uma série de conceitos sociológicos e psicológicos. Para Moscovici (1978), mente e mundo não andam dissociados e, conseqüentemente, não existe separação entre o universo interno e o universo externo do indivíduo.

Moscovici (1978) juntou à teoria de Durkheim os conceitos dos estudos de Piaget sobre o desenvolvimento de crianças, as origens da consciência proposta por Vygotsky e a concepção de cultura proposta por Lévy-Bruhl. Assim, ele chega à proposta da coexistência de dois universos de pensamento: o consensual e o reificado. O primeiro é um conhecimento espontâneo e ingênuo que se forma nas vivências das pessoas, no seu meio cultural onde se recebe e se transmite saberes pelas tradições, educação e comunicação social. Não há vínculos com padrões e nem com o que é certo ou errado. Não tem limite específico, sua lógica é natural sendo menos objetivo e mais emocional (SÁ, 1998). O segundo está ligado ao conhecimento científico pautado em limites rigorosos, determinados por metodologias e teorias consistentes, marcadas por objetividade e lógica.

Assim, a TRS vai além das relações interpessoais ou da percepção social, confrontando com uma mistura de conhecimentos e crenças – ideologias, senso comum, religiões, dentre outros (SÁ, 2002). Ela é um conhecimento particular que não é o coletivo, nem o individual, e sim a ação que surge da interação entre pessoas. A partir desta troca são estabelecidos conceitos comuns que elaboram e determinam condutas, comportamentos e comunicação (MOSCOVICI, 1978).

De acordo com Jodelet (2001, p.22), as RS são “uma forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada, com um objeto prático e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”. A autora mostra a relação das RS com a vida cotidiana quando afirma que o indivíduo precisa se manter no mundo à sua volta e, para isso, precisa se juntar à esse mundo, delimitar seus comportamentos à partir dele, compreendê-lo física e intelectualmente, para, então, ser capaz de vivenciar os problemas que se apresentam. As RS circulam, cruzam-se e se cristalizam incessantemente através da fala, de um gesto e de um comportamento em nossa realidade cotidiana, marcando assim as relações sociais estabelecidas, os objetos produzidos e as comunicações entre os indivíduos. É um sistema de interpretação da realidade, um guia que orienta as ações e as relações

sociais e determina um conjunto de antecipações e expectativas (MOREIRA, OLIVEIRA, 1998).

Sá (1998) explica que após a criação da TRS existiram desdobramentos em estudos que se apresentaram como teorias complementares. São três vertentes divididas em: abordagem processual, desenvolvida por Denise Jodelet, a sociológica de Willem Doise e a estrutural de Jean Claude Abric.

A abordagem processual das Representações Sociais é a mais próxima da proposta original de Moscovici enfatizando processo de constituição das representações, embora não descarte a importância do produto das RS. Privilegia o aspecto constituinte ao aspecto constituído das RS, valorizando e orientando estudos etnográficos ou de campo (SÁ, 2002). A abordagem relacional de Willem Doise articula-se com a perspectiva sociológica de P. Bourdieu e se ocupa das relações sociais que estão na origem das representações e suas condições de produção e circulação, embasadas em seu contexto sociológico. Já a abordagem estrutural das Representações Sociais é marcada pela ênfase na estrutura dos conteúdos cognitivos das representações, embora se ocupe também do processo de sua transformação a partir das práticas sociais. Contrariamente à primeira abordagem mencionada, preocupa-se mais com aspecto constituído que o aspecto constituinte das RS o que abre caminhos para estudos quase-experimentais (SÁ, 2002).

De acordo com Moreira e Oliveira (1998), a compreensão da dinâmica das interações sociais e dos determinantes das práticas sociais é feita através da identificação da visão de mundo que os indivíduos ou os grupos têm e utilizam para agir e tomar uma decisão. Assim, toda representação é sempre a representação de um sujeito sobre um objeto. Não existe representação sem objeto. Essa representação não é só um processo de interpretação individual, mas também produzida nas interações e nas comunicações sociais. A representação mostra a relação entre o sujeito e o sistema, o sujeito e o objeto. Cada um deste possui suas especificidades, porém um não existe sem o outro.

Sá (1998) confirma dizendo que o par sujeito-objeto é ligado pela representação de um saber efetivamente praticado, que não se deve ser apenas suposto, mas sim detectado em comportamentos e comunicações que, de fato, ocorram. Este autor explica que, para um objeto gerar representação social, ele deverá ter “relevância cultural” ou “espessura social”. Esta acontece quando um

objeto em questão se encontra implicado de forma consistente, em alguma prática de grupo. As RS emergem das práticas e da cultura que orientam uma sociedade.

Uma RS de um objeto existe quando passa por fases dentro de um grupo social, são elas: dispersão da informação, a focalização e a pressão à inferência (SÁ, 1998). A realidade, para ser representada, precisa ser reapropriada pelo grupo, reconstruída no seu sistema cognitivo e integrada ao seu sistema de valores, dependente de sua história e do contexto social que a cerca (MOREIRA; OLIVEIRA, 1998).

De acordo com Moscovici, o propósito de toda representação é o de transformar algo não familiar em familiar. O estranho de alguma forma interfere no cotidiano das pessoas provocando um abalo nas referenciais habituais, no senso de continuidade e de compreensão mútua. Uma realidade social é criada quando o novo ou o não familiar vem a ser incorporado aos universos consensuais. Assim, operam os processos pelos quais ele passa a ser familiar, tornando-se socialmente conhecido (SÁ, 1998).

A formação das RS passa então por dois processos centrais e fundamentais: a ancoragem e a objetivação. A ancoragem é um trabalho mental de classificar e relacionar o não-familiar. Assim, uma vez que exista um objeto já conhecido pelo indivíduo, este incorpora o novo e o não familiar à uma categoria mais familiar já estabelecidas em suas significações, fornecendo-lhe um sentido. A objetivação complementa a ancoragem quando permite a passagem de uma visão abstrata do objeto ao nível concreto, sendo agora fisicamente reconhecível (LEOPARDI et al., 2001; OLTRAMARI, 2003; BARBARÁ; SACHETTI; CREPALDI, 2005). Estudar as RS é desvendar, dentre outras coisas, a ancoragem das atitudes nas relações sociais produzidas por um grupo (DOISE, 2001).

Nas RS, estão inseridas três dimensões: a cognitiva, a afetiva e a social. A cognitiva está relacionada com a construção de saberes sociais, quais sejam, os processos de ancoragem e objetivação; a afetiva implica no caráter simbólico e imaginativo desses saberes, que afloram afetos porque, quando os sujeitos sociais concentram-se em entender e dar sentido ao mundo, o fazem com emoção, sentimento e paixão. A construção da significação simbólica é, ao mesmo tempo, um ato de conhecimento e um ato afetivo. Desta maneira, tanto a cognição quanto os afetos que estão presentes nas representações sociais, encontram sua base na realidade social. A dimensão social engloba o universo social no qual o indivíduo

está inserido, as experiências vivenciadas, as informações que dele recebe e a influência de sua individualidade nesse coletivo.

Ibañez apud Sá (1998, p. 46) se posiciona quanto à questão sobre quais objetos podem ser representados:

O fato de que as RS sejam estruturadas nos indica [...] que não há porque existir uma RS para cada objeto em que possamos pensar. Pode ser que um determinado objeto dê lugar tão somente a uma série de opiniões e de imagens relativamente desconexas. Isto nos indica também que nem todos os grupos ou categorias sócias tenham que participar de uma RS [...]. É possível, por exemplo, que um grupo tenha uma RS de certo objeto e que outro grupo se caracterize tão somente pelo fato de dispor de um conjunto de opiniões, de informações ou de imagens a cerca desse mesmo objeto, sem isso suponha a existência de uma Representação Social.

O pesquisador parte da suposição de que um objeto de representação social exista, mas não pode afirmar que seja verdade. Um determinado grupo considerado para estudo pode não ter nunca considerado tal objeto que o pesquisador achava tão importante na sua vida cotidiana. Ou, o inverso, outros objetos podem ser representados pelo grupo em questão, sem que o pesquisador alcance esse raciocínio. Ainda pode acontecer de o objeto estudo ser socialmente representado, porém por outros conjuntos sociais. As pesquisas onde não se extrai representações por inexistência das mesmas, também são consideradas um resultado positivo (SÁ, 1998).

Para Sá (1998), as representações sociais correspondem às próprias definições de objetos sociais e as relações que se formam entre este e um determinado grupo de indivíduos, através do conteúdo presente nas informações, nas imagens, nas opiniões e nas atitudes, em função do contexto cultural e social. Assim, para este autor, os fenômenos de representação social estão na cultura, nos processos de comunicação e nas práticas sociais e são difusos, multifacetados e estão em constante movimento e interação social. As opiniões verbalizadas, as atitudes e os julgamentos individuais e coletivos são os materiais de estudo das representações sociais, ou seja, fazem parte de uma ótica consensual da realidade.

Segundo Moreira e Oliveira (1998), as representações sociais respondem a quatro funções essenciais: permitem compreender e explicar a realidade; definem a identidade, permitindo a proteção da especificidade dos grupos; guiam os comportamentos e as práticas; e permitem justificar as tomadas de posição e os comportamentos. Assim, a representação social é um referencial que ajuda a enfermagem a dar respostas aos complexos problemas enfrentados no seu

cotidiano, principalmente por enfatizar a necessidade de contextualização do objeto representativo. Marques, Oliveira e Gomes (2004, p. 93) afirmam a interação sujeito, contexto social e representação social afirmando que:

Há uma estreita relação entre as representações sociais e o contexto de vida dos sujeitos. O aspecto histórico, social, ideológico, as características individuais e todos os fatores que influenciam o comportamento e o pensar dos grupos estão diretamente relacionado à produção, circulação e estabilidade das representações sociais. Assim, as representações sociais têm como fundamento o indivíduo e os grupos sociais e só podem ser construídas a partir dos mesmos, enquanto vivenciam a tensão entre sua objetividade e subjetividade, vivência esta contextualizada num determinado meio histórico e social.

A Enfermagem no Brasil vem desenvolvendo estudos com base na Teoria das representação social na perspectiva da psicologia social. Marques, Tyrrel e Oliveira (2006) mostram que as produções científicas têm se constituído em objeto de investigação para vários pesquisadores da área da saúde e ressaltam o fato de que essas pesquisas vêm se desenvolvendo principalmente no campo da enfermagem, voltando-se aos problemas e objetos oriundos da prática profissional cotidiana do enfermeiro.

Em minha proposta investigativa, as elaborações sociais que acompanham os enfermeiros ao longo desses anos de experiência no cuidado ao cliente HIV/Aids são de fundamental importância visto que se refletem em sua assistência profissional. O trajeto do construto social do enfermeiro sobre tal temática está diretamente relacionado às representações sociais da Aids no panorama mundial, às evoluções e atualizações científicas sobre o próprio fenômeno, suas formas de tratamento e ainda à disseminação da doença.

Esta idéia relacional entre diferentes representações sociais sobre o mesmo objeto de estudo foi introduzida por Flament (2001). Ele parte do “postulado cognitivista”, segundo qual o conjunto de práticas e discursos sobre um dado objeto é coerente quando tomado em sua totalidade. Flament sugere distinção entre representações “autônomas” - onde o lugar de coerência da representação de um dado objeto se encontra ao mesmo nível desse objeto- e “não autônomas” - o lugar de coerência se encontra nas representações de outros objetos mais ou menos ligados à ele (SÁ, 2002). Neste contexto, pode-se observar que as representações sociais da Aids, em um primeiro momento, apresentarem-se como não autônomas, adquirindo sentido daquelas relacionadas ao câncer gay, castigo divino, entre outras (JODELET, 2001; FORMOZO, 2007).

Na década de 80, o enfermeiro se depara com a responsabilidade de cuidar de pessoas que desenvolveram uma doença grave, que levava rapidamente à morte e cujo primeiro pensamento social foi ancorado em termos negativos, preconceituosos e segregários. Esse profissional forma a base de seu conhecimento a partir de suas vivências nas relações com esses pacientes e das informações que a mídia oferece. Com as descobertas científicas e a segurança de informações mais concretas, inicia-se um processo de reconstrução das representações sociais desse trabalhador, que reconstrói seu universo elaborativo, composto agora por significações do senso comum e significações acadêmico-científicas sobre a dinâmica HIV/Aids. Hoje, após quase três décadas convivendo com a síndrome, o conceito de vulnerabilidade social e a cronicidade da doença exigiram progressivas mudanças no modo como a sociedade e os profissionais de saúde lidam com a Aids e se relacionam com as pessoas que vivem neste contexto. Desta forma, o enfermeiro torna-se peça importante no combate às pressões psicológicas e sociais sofridas por esses indivíduos, bem como na defesa e garantia de seus direitos, trabalhando com foco na melhoria da qualidade de vida para o enfrentamento da doença e promoção da adesão ao tratamento individual.

Assim, surgiu a idéia de um estudo que se propõe a investigar o universo psicosocial que guiam enfermeiros em suas práticas diárias. Por isso a TRS é pertinente para o alcance dos objetivos propostos. A TRS suporta a contextualização do enfermeiro em seu ambiente de trabalho e seu significado a respeito do cuidado de enfermagem a uma clientela específica que são as pessoas que vivem com HIV/Aids. A TRS também é flexível como instrumento de análise de um fenômeno respeitando com máxima nitidez e fidelidade seu quadro teórico e postura metodológica.

2 ABORDAGEM METODOLOGIA

Demo (1985) afirma que pesquisa é a atividade científica pela qual descobrimos a realidade. Tudo o que levanta dúvidas pode vir a ser objeto da ciência, pois ela se interessa em explicar os acontecimentos da vida e as relações entre fatos (LEOPARDI et al., 2001).

Para que um objeto de pesquisa se torne um conhecimento científico é necessário explicar os pensamentos do pesquisador e identificar as técnicas que possibilitam a sua verificação, ou seja, precisa-se determinar um método que possibilite chegar a esse conhecimento. Minayo (2003) descreve a metodologia como sendo o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade, incluindo concepções teóricas e conjunto de técnicas destinadas à construção dessa realidade e à potencialização da criatividade do pesquisador.

2.1 Desenho do estudo

Este estudo é de caráter descritivo por objetivar a fiel descrição de características de um grupo, levantando suas opiniões, suas atitudes e suas crenças (GIL, 1999). O direcionamento dos estudos descritivos, segundo Triviños (1987), reside no desejo de conhecer a comunidade, seus traços característicos, seus problemas e seus valores. Baseada nesta visão, busco conhecer o fenômeno proposto e os elementos da realidade dos sujeitos dessa pesquisa, considerando-os relevantes e descrevendo-os com exatidão para que os resultados possam expor a realidade com maior precisão.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, pois buscou-se conhecer o problema sob a ótica dos sujeitos que o vivenciam, levando em consideração o contexto social onde o evento ocorre. O objetivo não foi quantificar um fenômeno e sim compreender e explicar fatos sociais e suas relações, considerando que a linguagem, as práticas e as coisas em si são inseparáveis (MINAYO, 2003).

Minayo (2003) afirma que, se um objeto de pesquisa for um fato pertencente às ciências sociais, ele é essencialmente qualitativo. A autora também explica que a

realidade social é o próprio dinamismo da vida individual e coletiva, com toda riqueza de significados que dela emergem. Pollit, Back e Hungler (2004) ratificam tal pensamento, afirmando que a verdade constitui-se de um agregado de realidades e, por isso, as investigações qualitativas buscam a compreensão da experiência humana como de fato é vivida em sua complexidade. Para isso coleta e analisa materiais subjetivos. Assim, essas realidades não podem ser medidas precisamente e nem quantificadas, pois trabalham com significados, motivos, aspirações, crenças, valores, atitudes e vivências.

Consoante a subjetividade do estudo, a teoria das representações sociais fundamentou a pesquisa, posto que enfoca a reconstrução cognitiva do objeto estudado pelos sujeitos e sua relação com comportamentos, práticas, afetividade, imagens, conhecimentos, conceitos e atitudes desenvolvidas no cotidiano. Neste contexto, buscou-se a Representação Social de enfermeiros hospitalares sobre cuidado de enfermagem à pessoas que vivem com HIV/AIDS, como já pontuado anteriormente.

2.2 Campo de estudo

O campo de pesquisa foi um hospital público, da esfera municipal, na cidade do Rio de Janeiro. Este hospital é de referência no tratamento de tuberculose e de HIV/Aids, sendo este o perfil ideal para o estudo em questão. A coerência na escolha do cenário se deu pela íntima relação dos sujeitos com o objeto proposto nesta investigação, o que sugere a existência de sua representação social.

Tal nosocômio foi inaugurado em 1952, como um conjunto sanatorial sob o patrocínio do Ministério da Saúde. Seu projeto arquitetônico foi feito na forma de sistema pavilhonar, com planta física horizontal que se mantém até os dias atuais. Em 1986, foi inaugurada a maternidade do hospital, que passou por uma reinauguração em 1994 quando recebeu um novo nome, mas foi desativada no ano de 2005. Em janeiro de 2002, foi objeto de municipalização e passou a ter outra denominação. Atualmente tem um perfil assistencial de internação e de tratamento ambulatorial, com ações de promoção, prevenção e tratamento para, entre outras, a clientela que vive com HIV/Aids.

Seu segmento hospitalar é composto por seis setores, dentre os quais apenas dois são cirúrgicos. As demais enfermarias internam para acompanhamento e tratamento de doenças infecto-contagiosas. Podem-se encontrar alguns casos de clínica médica, mas são minoria. É importante salientar que em todos eles há atendimento e presta-se cuidados de enfermagem às pessoas que vivem com HIV/Aids.

2.3 Sujeitos do estudo

Os sujeitos do estudo foram 30 enfermeiros que atuam em hospitais especializados em atendimento de doenças infecto-parasitárias por um tempo mínimo de seis meses. Todos eram funcionários públicos efetivos. Considerando a dinâmica de trabalho própria do hospital que, com freqüência, faz remanejamento de profissionais entre os pavilhões, não houve necessidade de delimitação de setores, já que todos os enfermeiros hospitalares, atuantes em enfermarias, em algum momento de suas atividades laborais, cuidaram ou ainda cuidam de pacientes que vivem com HIV/Aids.

De acordo com Sá (1998), a representação que liga o par sujeito-objeto é um saber praticado, que não deve ser apenas suposto, mas sim detectado em comportamentos e comunicações que, de fato, ocorram sistematicamente. Desta forma, a escolha de enfermeiros que atuam em infectologia vem ao encontro do que se pretende estudar, já que estes sujeitos têm mais oportunidades de cuidar de pessoas com HIV ou Aids que enfermeiros que trabalham com outras especialidades.

2.4 Coleta de dados

A técnica para coleta de dados utilizada foi a entrevista semi-estruturada. Segundo Minayo (2003) entrevista é uma técnica de coleta de dados que favorece o conhecimento do universo subjetivo dos entrevistados, mostrando o contexto social

que os circundam e evidenciando, assim, as suas representações na formação de suas práticas. Para Gil (1999), a entrevista se presta a averiguar os fatos e as opiniões sobre os fatos, compreender a conduta de alguém e descobrir os fatores que podem influenciar opiniões, sentimentos e condutas.

O recurso da entrevista permite tratar de temas complexos que dificilmente poderiam ser investigados adequadamente através de questionários, explorando-os em profundidade. O pesquisador está interessado em compreender o significado atribuído pelos sujeitos a eventos, situações, processos ou personagens que fazem parte de sua vida cotidiana (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZAJDER, 1998).

As entrevistas aconteceram dentro do próprio hospital, sem lugar certo para sua realização, fato que não influenciou na coleta dos dados. Geralmente eram realizadas na sala de supervisão de enfermagem, mas quando esta não estava disponível, procurávamos qualquer lugar solitário e calmo. Um detalhe importante foi a necessidade de agendamento prévio das entrevistas. Como estas demandavam um tempo mínimo de uma hora, foi importante deixar que o próprio entrevistado escolhesse o melhor dia e o melhor horário para que o encontro acontecesse e o material não fosse coletado às pressas. Todos os participantes foram extremamente acolhedores, receptivos e aceitaram prontamente participar do estudo.

Foram utilizados dois instrumentos, quais sejam: um questionário de caracterização dos sujeitos (ANPÊNDICE C) e um roteiro de entrevista (APÊNDICE B). No primeiro instrumento havia questões acerca dos dados sociais, econômicos e profissionais, que podem influenciar na construção das representações sociais sobre o objeto em questão. O segundo foi construído baseado em temas que foram explorados no sentido de obter respostas para os objetivos propostos pelo estudo.

O primeiro instrumento foi preenchido pela pesquisadora e o segundo foi gravado parte em fita cassete e outra parte em gravador digital. Não havia limite de tempo, já que era permitido ao entrevistado falar livremente, dissertando sobre suas vivências, de acordo com o assunto proposto.

2.5 Análise dos dados

A análise dos dados foi de acordo com análise de conteúdo, técnica descrita por Bardin (2000) que afirma ser

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Oliveira (2008) explica que se trata de uma descrição analítica, segundo procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens. A referida autora operacionalizou a técnica sintetizando nove passos que sistematizaram a análise de conteúdo e é a partir deste referencial que os dados desta pesquisa foram analisados.

Bardin (2000) pontua que a análise de conteúdo pode ser por categoria, avaliação, enunciação, de expressão, das relações ou associações e discurso. Oliveira (2008) complementa com uma segunda classificação dessas técnicas de análise, sendo elas: temática/categorial, lexical ou sintática, transversal ou longitudinal, do geral para o particular, do particular para o geral, segundo o tipo de relação mantida com o objeto e dupla categorização em quadro de dupla entrada.

Assim, neste estudo foi utilizada a análise de conteúdo temática/categorial que Bardin (2000) descreve como sendo a contagem de um ou vários temas ou itens de significação numa unidade de codificação previamente determinada (ex: frase) e na construção de categorias a partir do desmembramento dos temas em unidades menores.

A trajetória analítica foi iniciada com a escuta ativa de todas as entrevistas e suas transcrições. De posse do *corpus* de análise, foram realizadas leituras flutuantes com o simples intuito de se familiarizar com o documento. Em seguida, procedeu-se com a leitura e concomitante marcação das unidades de registro (UR) que neste estudo foram delimitadas por frase. Em seguida, as UR afins foram agrupadas unidades de significação (US), que são os temas. Da quantificação dos temas e das UR neles contidas surgiram as cinco categorias que serão descritas e analisadas no próximo capítulo.

2.6 Aspectos éticos

Em respeito aos aspectos éticos e atendendo à Resolução 196 de 10 de Outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde/MS, que aponta as diretrizes e normas da pesquisa envolvendo seres humanos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996), a pesquisa foi submetida ao devido Comitê de Ética do Município do Rio de Janeiro e à avaliação do gestor da instituição onde foi realizada. Obteve a aprovação de ambos e a liberação do comitê sob o protocolo nº 200/08.

Antes dos depoimentos houve apresentação do termo de consentimento livre e esclarecido aos sujeitos (APÊNDICE A) que, após a leitura, assinaram-nos sem maiores questionamentos. No termo constava o objeto de estudo, os objetivos da pesquisa, informações quanto ao sigilo e a privacidade do entrevistado, a liberdade que o sujeito tinha de recusar ou retirar seu consentimento de participação em qualquer etapa do estudo, sem penalidades ou prejuízos. Abordava também informação que configurava a ausência de custos aos participantes e solicitava permissão para o uso de gravador, a fim de facilitar o registro integral das falas e posterior transcrição e fornecia formas de contato com o pesquisador para qualquer outro esclarecimento.

3 DESCRIÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O propósito deste capítulo é apresentar os resultados das análises realizadas. Primeiramente serão descritos os dados da caracterização dos sujeitos do estudo coletados através de questionário (APÊNDICE C). Em seguida, serão descritas as categorias que emergiram da análise de conteúdo e a discussão das mesmas com base no referencial teórico.

3.1 Caracterização dos sujeitos

Neste estudo, houve a participação de 30 enfermeiros, todos atuantes no cenário de escolha. Apesar de existir uma escala pré-determinada, os remanejamentos são freqüentes, o que confere a todos os entrevistados a experiência de exercer suas atividades laborais em todas as enfermarias de internação e no cuidado à clientela soropositiva. Neste sentido, destaca-se que, em todas as clínicas de atuação dos sujeitos, há o atendimento às pessoas que vivem com HIV/Aids.

Entre os entrevistados há a prevalência de pessoas do sexo feminino que representam 90% do total, ficando, assim, apenas 10% de participação de indivíduos do sexo masculino, como evidenciado na tabela 1. Esta realidade não se mostra diferente da característica histórica da profissão, bem como dos primórdios do cuidado, descrito no referencial teórico, onde a mulher era a responsável pelos cuidados da casa, das pessoas da família e das pessoas adoentadas nos domicílios, em princípio, e, *a posteriori*, nas instituições de saúde (COLLIÈRE, 1999; WALDOW, 1999; GIRONDI; HAMES, 2007).

Sob o aspecto da epidemia há de se considerar a preocupação nos dias atuais com o número crescente de casos de Aids entre mulheres, confirmando, assim, o fenômeno de feminização da Aids. A primeira preliminar do boletim epidemiológico de 2009 mostra que, em 1998, eram 1,9 casos comprovados de homens com HIV para cada mulher e, em 2008, este número caiu para 1,5 (BRASIL, 2009).

Tabela 1 – Distribuição dos sujeitos estudados de acordo com o sexo. Rio de Janeiro, 2009.

Sexo	Enfermeiros	
	F	%
Feminino	27	90
Masculino	3	10
Total	30	100

Esta referência pode causar tensões entre as mulheres, especialmente as profissionais de saúde, e repercutir em suas representações acerca do vírus e das doenças por ele causadas. Destaca-se, por exemplo, que, se antes as enfermarias que atendiam os soropositivos estavam cheias de homens, transgêneros e/ou transexuais, atualmente, encontram-se repletas de mulheres heterossexuais, casadas e que referem a fidelidade conjugal como meio de proteção ao vírus. Este fato pode interferir no processo representacional e, em algumas situações, no próprio cotidiano pessoal e afetivo dessas profissionais, sujeitos do estudo.

Em relação à idade, a faixa etária predominante é a de 40 a 50 anos com 40% do total de entrevistados. Em seguida, vem a faixa de 30 a 40 anos, determinando 33,4% dos sujeitos. Entre 50 e 60 anos, encontram-se 6 entrevistados e menor que 30 e maior que 60 identifica-se 1 participante por faixa, conforme tabela 2. O grupo estudado é predominantemente adulto, o que se pode concluir que a maioria era adolescente ou adulto jovem na década de 80, quando a Aids surgiu no Brasil e no mundo, iniciando sua história de medo, preconceitos e morte.

Tabela 2 – Distribuição dos sujeitos estudados de acordo com a idade. Rio de Janeiro, 2009.

Idade	Enfermeiros	
	f	%
< 30 anos	1	3,3
30 a 40 anos	10	33,4
40 a 50 anos	12	40
50 a 60 anos	6	20
> 60 anos	1	3,3
Total	30	100

Os dados etários também são importantes no contexto da síndrome, pois o estudo de suas variações demonstra os fenômenos sociais da doença. A

progressiva elevação do número de casos de Aids em pessoas de 40 a 50 anos que, entre 1980 e 1996 acumulou um total de 17258 casos e em 2009 apresenta, até o terceiro trimestre deste ano 75.902 casos acumulados (BRASIL, 2009), pode gerar apreensão dos indivíduos pertencentes a essa faixa etária que, por sua vez, tem o maior contingente dos entrevistados desta pesquisa.

A Aids e o envelhecimento populacional merecem uma atenção já que 7 depoentes são maiores de 50 anos. A vida sexual das pessoas mais velhas sofreu influência do aumento da expectativa de vida dos brasileiros (MOTTA, 2003) e de medicamentos que promovem melhorias no desempenho sexual. Assim, a Aids gradativamente se incorpora às relações das pessoas com essa idade. Segundo o boletim epidemiológico de 2009, de 1997 a 2008, o número de indivíduos de 50 a 59 anos contaminados pelo HIV é aproximadamente quatro vezes maior em relação ao período de 1980 a 1996.

Quanto aos dados residenciais evidencia-se que a grande maioria, 83,4%, são moradores da zona oeste, onde também está localizado o hospital do estudo. Dos entrevistados, somente 13,3% moram na zona norte e 3,3% mora em um município da baixada fluminense (tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição dos sujeitos estudados de acordo com o local de residência. Rio de Janeiro, 2009.

Bairros	Enfermeiros	
	f	%
Zona oeste	25	83,4
Zona norte	4	13,3
Outro município	1	3,3
Total	30	100

Além disso, na tabela 4, pode-se constatar que 96,7% dos participantes informaram morar com suas famílias e apenas 3,3% mora com amigos. O instrumento de coleta de dados comportava, ainda, as opções de morar sozinho e em habitações coletivas, categorias estas que não foram selecionadas pelos depoentes.

Tabela 4 – Distribuição dos sujeitos estudados de acordo com a situação de moradia. Rio de Janeiro, 2009.

Situação de moradia	Enfermeiros	
	f	%
Mora com a família	29	96,7
Mora com amigos	1	3,3
Total	30	100

Quando questionados sobre sua situação marital (tabela 5), metade dos enfermeiros respondeu ser casado e/ou ter união estável. Os que se declararam solteiros e/ou sem namorado contemplam 26,7% dos entrevistados, enquanto 23,3% afirmaram possuir companheiro fixo, mas não viver com ele.

Tabela 5 – Distribuição dos sujeitos estudados de acordo com situação marital. Rio de Janeiro, 2009.

Situação marital	Enfermeiros	
	f	%
Solteira/não possui namorado	8	26,7
Casada/ vive com companheiro	15	50
Possui companheiro fixo, mas não mora com ele	7	23,3
Total	30	100

Em relação à religião (tabela 6), o catolicismo mostra-se predominante, sendo a opção de 43,3% dos sujeitos do estudo. As religiões kardecista e evangélica coincidiram em termos percentuais, ficando cada uma com 20% do total de respostas. Dentre as restantes, 6,7% disseram não ter religião, 6,7% declararam-se umbandistas e apenas um participante não se encaixou nas opções apresentadas e denominou-se cristão.

Os conteúdos teóricos de cada religião abarcam questões sobre comportamentos e crenças acerca da vida e da morte. As religiões ajudam as pessoas no enfrentamento de dificuldades, bem como servem de guia para tomadas de atitudes. Faria e Seidl (2006) afirmam que a ausência de cura para o HIV/Aids leva as pessoas que vivem com ele a recorrerem à ajuda religiosa, que pode influenciar sobre um bem estar subjetivo. Da mesma forma, os enfermeiros podem ter suas representações sociais sobre o cuidado das pessoas com tal patologia influenciadas por seus construtos religiosos, especialmente quando associam esta

síndrome a grupos e/ou comportamentos de risco, bem como a noções de pecado, castigo divino e/ou resgate de dívidas contraídas em vidas passadas. Neste contexto, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) constatou que as religiões de matrizes africanas são as que apresentam um comportamento mais compreensivo com os portadores do vírus, inclusive no estímulo ao processo de adesão ao tratamento e aos medicamentos.

Tabela 6 – Distribuição dos sujeitos estudados de acordo com a opção religiosa. Rio de Janeiro, 2009.

Religião	Enfermeiros	
	f	%
Sem religião	2	6,7
Católico	13	43,3
Kardecista	6	20
Umbandista	2	6,7
Evangélico	6	20
Outras	1	3,3
Total	30	100

Na variável sobre filhos (tabela 7), 5 revelaram não ter filhos, 12 responderam ter apenas 1, 9 declararam ter 2 e 4 possuem 3 filhos.

Tabela 7 – Distribuição dos sujeitos estudados de acordo com o número de filhos. Rio de Janeiro, 2009.

Número de filhos	Enfermeiros	
	f	%
Nenhum	5	16,7
1	12	40
2	9	30
3	4	13,3
Total	30	100

No que concerne à renda pessoal (tabela 8), constatou-se que 43,3% ganham entre de R\$ 2.000,01 a R\$ 4.000,00 mensais, outros 43,3% recebem entre R\$ 4000,01 e R\$ 6.000,00, 10% ganham acima de R\$ 6.000,01 e apenas 1 enfermeiro tem proventos abaixo de R\$ 2.000,00.

Tabela 8 – Distribuição dos sujeitos estudados de acordo com a renda pessoal mensal. Rio de Janeiro, 2009.

Renda pessoal mensal	Enfermeiros	
	f	%
Até R\$ 2.000,00	1	3,4
R\$ 2.000,01 a R\$ 4.000,00	13	43,3
R\$ 4.000,01 a R\$ 6.000,00	13	43,3
> 6.000,01	3	10
Total	30	100

Dando continuidade à investigação sobre renda, mas agora em termos familiares (tabela 9), identificou-se que 23,4% possuem renda familiar até R\$ 4.000,00, o maior quantitativo de entrevistado, configurando 43,3% do total, acumulam de R\$ 4.001,00 a R\$ 6.000,00, 20% juntam de R\$ 6.000,01 a R\$ 8.000,00 e 13,3% declaram um montante familiar acima de R\$ 8.000,01.

Tabela 9 – Distribuição dos sujeitos estudados de acordo com a renda familiar mensal. Rio de Janeiro, 2009.

Renda familiar mensal	Enfermeiros	
	f	%
Até 4.000,00	7	23,4
R\$ 4.000,01 a R\$ 6.000,00	13	43,3
R\$ 6.000,01 a R\$ 8.000,00	6	20
> 8.000,01	4	13,3
Total	30	100

A estrutura social de uma pessoa e/ou de um grupo influencia nas suas condições de saúde. Seu nível socioeconômico, de instrução, de renda e sua ocupação são indicadores de seu contexto social (FONSECA et al., 2000) e este tem forte influência sobre suas representações sociais. Quanto maior a renda de um cidadão, maiores são as possibilidades de acesso à informação de qualidade, à construção de um espírito crítico e a bons padrões educacionais e de saúde, já que facilita, entre outras coisas, o acesso a bens materiais públicos e privados (FONSECA et al., 2000).

Questionando-se sobre a formação profissional dos entrevistados, foi verificado que 4 enfermeiros possuem só a graduação e os demais, ou seja, 26

indivíduos, possuem especializações, sendo apenas um destes detentor do título de mestre, conforme tabela 10.

Tabela 10 – Distribuição dos sujeitos estudados de acordo com a maior titulação. Rio de Janeiro, 2009.

Formação profissional	Enfermeiros	
	F	%
Graduação	4	13,3
Especialização	25	83,4
Mestrado	1	3,3
Doutorado	0	0
outros	0	0
Total	30	100

Considerando somente os enfermeiros que declaram ter pós-graduação, 7,6% afirmaram ter quatro cursos, 15,4% três, 30,7% duas e a grande maioria, que comporta 46,3% da amostra, possui uma especialização como mostra a tabela 11.

Tabela 11 – Distribuição dos sujeitos com especialização de acordo com a quantidade de cursos de especialização concluídos. Rio de Janeiro, 2009.

Quantidade de cursos de especialização concluídos	Enfermeiros	
	f	%
1	2	7,7
2	4	15,4
3	8	30,8
4	12	46,1
Total	26	100

O nível educacional indica facilidades à informação e constante atualização sobre novos conhecimentos e comportamentos. Além disso, reduz a vulnerabilidade dos indivíduos ao próprio HIV/Aids. No estudo de Fonseca et al. (2000), que analisou a evolução temporal de casos de Aids de 1986 a 1996 segundo o grau de escolaridade, foi demonstrado que a Aids no Brasil se iniciou nos grupos de maior escolaridade e posteriormente atingiu os indivíduos de menor escolaridade. Hoje, a epidemia vem progressivamente atingindo populações em desvantagem socioeconômica, confirmando a pauperização e a baixa-escolarização da Aids.

Na análise das respostas sobre o tempo de graduação dos enfermeiros (tabela 12), evidenciou-se que a maioria tem entre 10 e 20 anos de formado. O segundo maior percentual agrupa enfermeiros formados entre 20 e 30. Além disto, os que têm menos de 10 anos de formado ou mais de 30 anos compõem 10% do total, para cada faixa analisada. Esse dado leva a reflexão de que a maioria dos entrevistados vivenciou, seja trabalhando como enfermeiro ou como cidadão, quase a metade ou mais da metade da trajetória histórica do HIV/Aids. Os sujeitos presenciaram tempos de dispersão da informação, a focalização e a pressão à inferência sobre a Aids e a pessoa soropositiva para o HIV. Testemunhou também as mudanças dos perfis epidemiológico da síndrome, bem como seus fenômenos sociais. Assim, é possível considerar que seu processo elaborativo sobre o assunto pode ter partido dessas vivências que estruturaram suas construções consensuais e reificadas.

Tabela 12 – Distribuição dos sujeitos estudados de acordo com o tempo de graduação. Rio de Janeiro, 2009.

Tempo de graduação	Enfermeiros	
	f	%
< 10 anos	3	10
10 a 20 anos	15	50
20 a 30 anos	9	30
> 30 anos	3	10
Total	30	100

Em relação ao tempo de atuação na instituição, os dados mostraram que a maior parte dos enfermeiros trabalha de 5 a 10 anos no hospital. Os profissionais participantes que tem de 10 a 15 anos no mesmo cenário compõem 20% do total dos dados. Em igual percentual, apresenta-se o grupo de profissionais com mais de 15 anos de atuação. Sobram assim, 13,3% que abarcam enfermeiros que possuem menos de 5 anos neste local de estudo.

O cenário do estudo é referência no atendimento de pessoas que vivem com HIV/Aids. Esta característica oferece aos seus funcionários maiores oportunidades de conviver com a epidemia e seus portadores, em seus momentos mais graves ou mais leves. Esta especificidade também confere ao local à necessidade de oferecer todas as garantias previstas em lei para os profissionais, o que pode influenciar na

sua segurança e na sua sensação de confiança em dar resolutividade aos problemas trazidos pela clientela assistida.

Além disso, um estudo sobre as perspectivas de profissionais de saúde sobre assistência a pessoas que vivem com HIV/Aids evidenciou que há diferenças entre o atendimento dessa clientela nos hospitais gerais e naqueles que são considerados de referência pelo Programa Nacional de DST/Aids (SALADA; MARQUES, 2006). Os depoentes deste estudo revelaram que os profissionais dos campos especializados são mais bem preparados que os trabalhadores de hospitais gerais, por exemplo.

Tabela 13 – Distribuição dos sujeitos estudados de acordo com o tempo de atuação na instituição. Rio de Janeiro, 2009.

Tempo de atuação no hospital	Enfermeiros	
	f	%
< 5 anos	4	13,3
5 a 10 anos	14	46,7
10 a 15 anos	6	20
> 15 anos	6	20
Total	30	100

A tabela 14 mostra que, em relação ao tempo de atuação como enfermeiros, 53,3% encaixam-se na faixa de 10 a 20 anos, sendo este o maior percentual. Os enfermeiros que tem de 20 a 30 anos de trabalho em tal profissão agrupam-se formando um percentual de 30% e os que declaram ter menos de 10 anos ou mais de 30 formam, respectivamente, 10 e 6,7%.

O tempo de atuação com pessoas soropositivas ao HIV/Aids também foi assunto de grande importância. Os dados mostraram que, desse grupo avaliado, 11 enfermeiros têm de 5 a 10 anos de experiência com essa clientela, 16 têm de 10 a 19 anos e 3 têm mais de 20 anos. Esta característica indica uma especificidade das representações sociais desse grupo, uma vez que suas vivências são de longo tempo e passam pelos múltiplos momentos de mudanças, descobertas e conquistas (tabela 15) no contexto histórico do HIV/Aids ou do cotidiano da enfermagem.

Tabela 14 – Distribuição dos sujeitos estudados de acordo com o tempo de atuação como enfermeiro. Rio de Janeiro, 2009.

Tempo de atuação como enfermeiro	Enfermeiros	
	f	%
< 10 anos	3	10
10 a 20 anos	16	53,3
20 a 30 anos	9	30
> 30 anos	2	6,7
Total	30	100

Tabela 15 – Distribuição dos sujeitos estudados de acordo com o tempo de atuação com pessoas soropositivas ao HIV/Aids. Rio de Janeiro, 2009.

Tempo de atuação com pacientes soropositivos para HIV/Aids	Enfermeiros	
	f	%
< 10 anos	11	36,7
10 a 20 anos	16	53,3
≥ 20 anos	3	10
Total	30	100

Todos os depoentes, ou seja, 100% dos sujeitos, afirmaram ter contato físico e verbal, quando questionados acerca dos tipos de contato estabelecidos com as pessoas que vivem com HIV/Aids tratadas no hospital. Esta proximidade com essa clientela sustenta a condição de serem os sujeitos mais aptos a falarem sobre as dimensões subjetivas e objetivas do cuidado que, por sua vez, abarcam atitudes, fazeres e emoções impregnadas de representações sociais.

No levantamento sobre os setores de atuação dos entrevistados, é possível afirmar que 1 atuava na educação permanente, 5 na enfermagem de pacientes com tuberculose multi-resistente, 2 na enfermagem de pessoas com tuberculose, 11 na enfermagem de doenças infecto-parasitária/clínica médica, 3 na de pediatria, 3 na cirúrgica e 5 na supervisão.

Levando em consideração o turno de trabalho desses profissionais, 9 são diaristas, 11 plantonistas diurnos e 10 noturnos. Ainda neste foco, todos os plantonistas afirmaram trabalhar em escala de 12 horas de trabalho por 60 de descanso. Da mesma forma, 100% dos depoentes afirmaram atuar como enfermeiros assistenciais, bem como assumir chefia e supervisão.

Tabela 16 – Distribuição dos sujeitos estudados de acordo com o setor onde trabalham. Rio de Janeiro, 2009.

Setor onde trabalham	Enfermeiros	
	f	%
Educação permanente	1	3,3
Enfermaria de pacientes com tuberculose multiresistente	5	16,7
Enfermaria de pacientes com tuberculose	2	6,7
Enfermaria de doenças infecto-parasitária/clínica médica	11	36,6
Pediatria	3	10
Enfermaria cirúrgica	3	10
Supervisão	5	16,7
Total	30	100

No que concerne às fontes de acesso às informações sobre HIV/Aids, as conversas cotidianas tem lugar de destaque, abarcando 18,2% do total das opções escolhidas pelos participantes da pesquisa. Tal importância também deve ser dada aos manuais, uma vez que apresentaram o mesmo percentual da opção descrita anteriormente, sendo, conseqüentemente, a fonte didática escrita mais consultada. Em seguida, com iguais percentuais de 10,9% foram escolhidos os *sites* e os cursos sobre o vírus e a síndrome. Em terceiro lugar, a revista se mostra como um versátil instrumento de informação, contemplando 8,1% do total, seguido dos livros em geral e dos livros científicos, cujos percentuais alcançam 7,3% cada um. Logo após encontram-se os artigos científicos com 6,4% das escolhas e depois os jornais e televisão com 5,4% cada um. Finalmente aparece o rádio com um discreto percentual de 1,8%, sendo então a fonte menos apresentada como acesso de informações sobre tal patologia e sua polêmica história de formação.

Tabela 17 – Distribuição dos sujeitos estudados de acordo com o turno de trabalho. Rio de Janeiro, 2009.

Turno de trabalho	Enfermeiros	
	f	%
Diarista	9	30
Plantonista diurno	11	36,7
Plantonista noturno	10	33,3
Total	30	100

Tabela 18 – Distribuição dos sujeitos estudados de acordo com a quantidade de emprego que possuem. Rio de Janeiro, 2009.

Quantidade de empregos	Enfermeiros	
	f	%
1	6	20
2	15	50
3	7	23,3
4	2	6,7
Total	30	100

Tabela 19 – Distribuição dos sujeitos estudados de acordo com as principais fontes de informação sobre HIV/AIDS utilizadas. Rio de Janeiro, 2009.

Principais fontes de acesso a informações sobre HIV/Aids	Enfermeiros	
	f	%
Televisão	6	5,4
Jornal	6	5,4
Revistas em geral	9	8,2
Cursos	12	10,9
Rádio	2	1,8
Livros em geral	8	7,3
Sites	12	10,9
Conversas no cotidiano profissional	20	18,2
Artigos científicos	7	6,4
Livros científicos	8	7,3
Manuais	20	18,2
Total	110	100

Faz-se mister destacar que os entrevistados escolhiam suas fontes de consulta sobre o assunto em questão, o que significa a opção de um ou mais itens dentre os apresentados durante a coleta de dados. Por esta razão aparece um total de 110 opções, o equivale ao número de respostas dadas pelos depoentes segundo a sua livre escolha.

A caracterização dos sujeitos deste estudo foi concluída com a investigação sobre a participação dos enfermeiros em cursos sobre HIV/Aids. A tabela 20 mostra que 50% afirmaram já ter feito algum curso sobre tal assunto e outros 50% disseram ainda não ter realizado esse investimento.

Tabela 20 – Distribuição dos sujeitos estudados de acordo com a participação em cursos sobre HIV/Aids. Rio de Janeiro, 2009.

Participação em curso sobre HIV/Aids	Enfermeiros	
	F	%
Sim	15	50
Não	15	50
Total	30	100

O conhecimento mais aprofundado sobre um determinado assunto pode levar a uma prática mais adequada e qualificada, reduzindo as possibilidades de erros e descuidos, bem como ao exercício desavisado de preconceitos. Apesar disso, a prática executada por longo tempo pode formar profissionais especializados, se primar pelo fazer correto embasado em conceitos teóricos consolidados cientificamente. No contexto do HIV/aids o saber de especificidades da patologia interfere na determinação de uma terapêutica mais adequada, reconhecimento precoce de sinais e sintomas de doenças, intervenção na adesão aos antiretrovirais, medicações tão importante para o aumento da sobrevida das pessoas infectadas pelo vírus.

3.2 As múltiplas dimensões do processo de cuidar das pessoas que vivem com HIV/Aids

Esta categoria emergiu da identificação de 1395 unidades de representação, agrupadas em 84 temas, o que compõe 34% do *corpus* analisado. A partir deste conteúdo foram elucidadas três subcategorias, quais sejam: o cuidado de enfermagem, o cuidado humanizado e o cuidado idealizado, que compõem, respectivamente, 27%, 33% e 40% do total da categoria e serão descritas a seguir.

3.2.1 O cuidado de enfermagem

Nesta categoria encontramos o universo representacional do cuidado de enfermagem para os profissionais enfermeiros. Estes sujeitos descrevem-no como um objeto multifacetado que abarca dimensões físicas, biológicas, técnicas, psicossociais, culturais, espirituais, emocionais e relacionais. Percorrem um longo caminho entre a concretude de um procedimento tecnicamente perfeito e a abstração do cuidar com amor. Podemos perceber tais proposições nas seguintes falas:

O cuidado de enfermagem é aquele planejamento diário de atividades que você está desenvolvendo para aquele paciente no turno, né. Desde o início do dia até o final do dia, né. Que vai ter observação daquela pessoa, como ela está, cuidados com a higiene, cuidados propriamente ditos, um acompanhamento de tipo de dieta, se está tendo aceitação, se não está tendo aceitação. A troca, né. Tipo um apoio psicológico também. (M12)

Cuidado de enfermagem é o cuidado integral. É dedicação, assistência psicológica, é tudo. Isso é cuidado de enfermagem (M26)

O cuidado é, o enfermeiro ele tem que ser capacitado para os cuidados técnicos, mas você tem a questão do atendimento humanizado, que é atendimento de uso conversado, dialogado, de atenção. Isso é o papel do enfermeiro. Não adianta eu ser um robô ali, porque eu vou ter muito mais resultado quando engloba a assistência como um todo né, É a questão da humanização mesmo. Então eu não entendo que deva ser maior que o procedimento técnico. Pode ser excelente tecnicamente, se o resto eu não faço o cuidado vai ficar pela metade. (M023)

Em numerosas citações, os entrevistados deixam claro que um cuidado profissional baseado apenas em procedimentos técnicos apresenta-se incompleto e, por vezes, inoperante, visto que são direcionados à pessoas que necessitam serem vistas e atendidas em sua totalidade. Tais pensamentos conduzem à importância da interação na plenitude do cuidado de enfermagem. A interação, a conversa, o contato, a dedicação e a atenção são palavras definidoras que dão sustentação à relação destes dois seres humanos: o profissional e o cliente.

Então eu sou muito mais da interação, do contato, porque às vezes a pessoa não quer nada demais, ela só quer conversar com você. É claro que a assistência, o cuidado, você fazer uma medicação, fazer alguma coisa, é claro que isso é importante. Mas de repente a questão da conversa já resolve 90% dos problemas. (M21)

Nesta subcategoria, incluem-se também as representações dos enfermeiros acerca das próprias representações que os pacientes possuem sobre o cuidado de enfermagem. Na opinião da maioria dos entrevistados, este cuidado, na

representação dos pacientes ainda está relacionado a afazeres técnicos e ao cumprimento de prescrições médicas. Isto propõe a idéia de que a importante dimensão inter-relacional do cuidado de enfermagem ainda não se reflete no seu beneficiário final que é o paciente.

Pra eles significa falar de cuidado de enfermagem pra ele, ele vai achar que é tomar banho, dar remédio. Eu acho que ele não tem uma noção da importância não. (M03)

Para o paciente o cuidado de enfermagem é fazer a medicação no horário certo é trocar, por exemplo, que ele esta dependente, né, independente parcial, trocar fralda, é dar comida para ele (M16)

Na minha opinião é trocar a roupa de cama é dar a medicação , levar para o banho , também.(M09)

A relação conhecimento teórico - prática e sua influência no cuidado de enfermagem são descritas pelos sujeitos como vertentes interativas e interdependentes. Os enfermeiros fazem conexão direta entre mais conhecimento, melhor prática e cuidado de enfermagem mais capacitado. Seus exemplos pontuam mais o enfoque técnico dos múltiplos conhecimentos necessários para o cuidado de enfermagem como podemos verificar nas falas a seguir:

Tipo, o paciente está fazendo uso de anfotericina B, que é uma medicação pra fungos, né. Então esse paciente está com uma série de medicações antes, utilizando essa droga e vai estar nisso, esse paciente curto pra correr, porque a medicação é de 6 horas, e tem que avaliar sempre, porque esse paciente começa a fazer febre, temperatura, você não pode estar correndo com a medicação, tem que interromper. Você tem que fazer certos tipos de medicações após, né. Interromper e está chamando, reavaliando. Então eu acho que aí a teoria mais a prática, né. Você tem conhecimento que está sendo feito pra você na prática estar ali intervindo, né (M12)

Você pode executar um cuidado mais, completo não é, sabendo o que você está fazendo, claro, com conhecimento, com princípio, valorizar mais o seu cuidado. (M027)

Você conhecendo a parte teórica da medicação você vai medicar corretamente, nos horários certos e tem umas variações. Você tendo a parte prática da biosegurança você vai utilizar os equipamentos corretamente. Você tendo a parte teórica de como manipular, manipular mesmo o paciente você vai fazer da melhor maneira.(M09)

Quanto mais conhecimento você tiver, melhor vai ser o cuidado. Então vai refletir diretamente no cuidado. (M023)

Outro aspecto relacionado ao cuidado de enfermagem retratado pelos entrevistados é a utilização de tecnologia como fator facilitador, de ajuda, mas não limitante ou sem o qual o cuidado não possa ser realizado. Sua importância é ratificada, mas não se apresenta como um fator imprescindível.

Assim, de tecnologia é aquilo que eu estou falando, às vezes a gente precisa de mais recurso e esse recurso aqui a gente não tem. Mas porque não tem você não deixa de cuidar também. (M023)

Muitos autores abordam esta visão de que o cuidado de enfermagem é constituído por duas faces distintas, mas complementares: a objetiva, que agrega técnicas e procedimentos, e outra subjetiva, que contempla afetividade, sentimentos, sensibilidade e outras sensações (FERREIRA et al., 2002; SOUZA et al., 2005; WALDOW; LOPES; MEYER, 1995; WALDOW, 1997).

As ações do enfermeiro se aglomeram ao redor do conceito e da prática do cuidado e este não se constitui apenas de atividades técnicas. Como ciência humana, a enfermagem abarca a totalidade do indivíduo, implicando, assim, o desenvolvimento de habilidades que extrapolam explicações científicas, pois envolvem características pessoais como sensibilidade, intuição, empatia e outras (FERREIRA, 2006).

Cuidar requer valores éticos para que se possa “invadir” a vida, o corpo e o espírito de outrem de modo a conferir-lhe algum benefício, sem tirar ou diminuir a sua dignidade. Permitir desnudar-se a ponto de contar em confiança suas maiores dores, ansiedades e receios é tarefa difícil para as pessoas que vivem com HIV/Aids, uma vez que poderão expor, a julgamentos, suas opções e/ou tendências de vida. A ética, então, serve como guia de atitudes, dando direcionamento ao cuidado de enfermagem para que o profissional não caia no viés do preconceito e impossibilite suas ações.

A interação assume a responsabilidade de ser uma das mais importantes vertentes do cuidado de enfermagem. A partir dela, o cuidado de enfermagem diferenciado se apresenta. Quando o enfermeiro elimina a barreira do desconhecido, dando o primeiro passo para o contato físico e emocional, ele se permite conhecer um universo absolutamente novo e particular que é a subjetividade do ser cuidado. Assim, dependendo de habilidades comunicativas próprias, ele talvez consiga, de fato, saber as demandas daquela pessoa e prestar-lhe um cuidado verdadeiramente integral e holístico.

A respeito da clientela que vive com HIV/Aids, o cuidado relacional mostra-se fundamental. Estas pessoas já tão estigmatizadas, discriminadas e excluídas, muitas vezes até pelo próprio seio familiar, necessitam de acolhimento, de sentimento de pertença e de aceitação de seus cuidadores. A hospitalização, geralmente por longo

tempo e de modo contínuo, atua sinergicamente neste processo de exclusão, impondo a um isolamento social que, para muitos autores (GOMES, 2005; COSTA, 2007), é motivo de depressão e baixa auto-estima.

Assim, a demonstração de aceite do enfermeiro é concretizada através de atitudes de aproximação, de contato físico, de conversa, de postura corporal, de expressões faciais, de atenção, de interesse e de respeito, entre outros. Segundo Jovchelovich (1998), é o desejo que permite que relações humanas construam saberes e sentidos que formarão as identidades, os sentimentos de pertença e o sentido de comunidade das sociedades que a compõem. Assim também acontece para os enfermeiros. O desejo do cuidado relacional abrirá o espaço intersubjetivo com o cliente, permitindo a troca de conhecimentos e possibilitando que ambos entendam suas diferenças e limitações (FERREIRA et al., 2002).

Contrário a isso, o distanciamento, o silêncio da ausência e/ou o discurso tecnicamente correto, mas por vezes incompreensível ou até mesmo insensível, são impactantes geradores de tensão, o que fatalmente gerará uma assistência incompleta e, às vezes, comprometedor (SANTOS, V. L.; SANTOS, C. E. , 1999).

O reflexo do cuidado de enfermagem se dá nas respostas dos clientes que também se expressam por atitudes, opiniões e gestos (FERREIRA, 2006). Imaginar que eles interpretem o cuidado de enfermagem como procedimentos técnicos é confirmar a manutenção do cuidado bio-mecanicista. No que concerne a conhecimentos teóricos, sua importância reside no desenvolvimento de uma prática segura, de um pensamento clínico e crítico capacitado para argumentações e determinações de ações voltadas à recuperação do paciente (VIEIRA, 1999).

A utilização adequada da tecnologia também está inserida na complexidade do cuidado de enfermagem. Entende-se por tecnologia, conhecimentos e habilidades que atuam conjuntamente fundamentando modos de saber fazer o cuidado humano (PRADO; MARTINS, 2002). Equipamentos e maquinários são saberes que se tornam concretos e palpáveis, sendo este o entendimento de tecnologia para os sujeitos deste estudo. Eles não fazem correlação com habilidades interpessoais ou elaboração e aplicação de um modelo de cuidado, por exemplo.

Merhy (2002a) define tecnologia leve como criações não palpáveis, mas que nascem através das relações entre seres, que fogem dos saberes tecnológicos estruturados. Na concepção de Nietzsche e Leopardi (2000), essa tecnologia é a concretização e o desenvolvimento de atividades pensadas, produzidas e

controladas pelos seres humanos. Rocha et al. (2008) descrevem tecnologia como o resultado de um trabalho que envolve um conjunto de ações abstratas com certa finalidade, como o cuidado em saúde.

Pode-se dizer, então, que o cuidado relacional é uma tecnologia subjetiva que ganha vida e forma no momento em que o enfermeiro tem a intenção de realizá-lo, estabelece a interação e controla seus limites tomando como guia a ética humana e profissional. A relação profissional-cliente, considerada como tecnologia leve, deve ser alicerçada por bases produtoras de interação, que se constitui como uma ação fundamental para o cuidado. Desta forma, neste estudo, utilizou-se o cuidado interacional como sinônimo de cuidado relacional, já que, para a existência de uma relação terapêutica, deve haver interação.

3.2.2 O cuidado humanizado

Os relatos que formam esta subcategoria vêm ratificar a complementação do paradigma tecnicista do cuidado de enfermagem com a dimensão inter-relacional fortemente abordada na subcategoria anterior. As referências sobre cuidado de enfermagem são por vezes repetidas quando os entrevistados definem cuidado humanizado. O cuidado humanizado, assim como o de enfermagem, tem seu universo constituído de uma visão holística do ser humano, agrupando aspectos técnicos, relacionais, sociais, psicológicos e éticos.

Cuidado de enfermagem é você fazer exatamente isso. Ser humanitário, você sempre se colocar na posição do outro, você tentar ser o mais humano possível naquilo que você está fazendo, no seu cuidado. Então eu sempre coloco isso, não é você fazer uma coisa de uma forma mecânica. (M21)

Então, esses progressos assim, que eu vejo, na minha visão do humanizado né, esse cuidado. É você estar se preocupando com o teu paciente como um todo, como uma pessoa e não como um paciente que está com um pedaço que está ruim, né, que está machucado, vamos supor. Ele interna porque ele está com uma diarreia. Então eu vou me preocupar só com a diarreia dele? Não. Eu vou me preocupar como é que ele está. Fazer aquele trabalho no todo. Como é que está a cabeça dele. Então vamos trabalhar. Então é quando você começa a se preocupar não só onde está doente, mas com tudo. Entendeu? (M03)

Cuidado humanizado, cuidado humanizado é quando você vê o paciente como pessoa, né. Ele não é só uma pessoa que está doente, a gente tem que dar assistência total a ele, né. A gente não é mecânico, né. A gente é ser humano também, tem que interagir com o paciente. (M16)

É aquele que você faz com atenção e carinho. Porque as vezes você cuida, você dá o banho, você troca e faz o curativo. Mas você faz como se aquilo ali fosse uma cadeira, uma mesa. E humanitário é você fazer aquilo com carinho, você trocar com o paciente, interagir, né. (M12)

Humanizado? É quando você se envolve com o paciente, você não faz aquilo mecanicamente, você sente que há um sentimento, um respeito à dor ali, eu penso que é uma exceção, respeitar o sofrimento, compreender. Procurar ver o ponto de vista dele. Você não tem que fazer ele entender o seu ponto de vista, aceitar a tua conduta, se colocar no lugar dele e assim, entender porque ele está agindo daquela forma e respeitar isso. (M27)

É você, é aproximar deste paciente demonstrar, que estar sendo atencioso com o paciente, não chegar aborrecido não fazer reclamações descabidas, ser atencioso. (M09)

Os sujeitos expressam sua representação sobre o cuidado humanizado dando ênfase ao lado humano do profissional em detrimento a mecanização de seus atos. A necessidade de ver o paciente também como ser humano é referência importante nos depoimentos, incluindo nesta postura o respeito às dores humanas e suas condutas.

O olhar buscando o cuidado integral dos pacientes também foi abordado. A busca em cuidar do todo e não só do que se mostra doente é referida como significado de cuidado humanizado. Desta forma, a empatia, ato de colocar-se no lugar do outro, é visto como um guia para entender o outro e tentar cuidar de forma mais completa e humana.

Como podemos verificar nos relatos abaixo o cuidado humanizado para pessoas que vivem com HIV/Aids não é diferente do destinado aos outros pacientes. Porém, a interação é uma dimensão marcante para o trabalho com essa clientela a se basear por suas questões sociais de preconceito e de discriminação, sofridos desde o âmbito familiar até o meio social mais amplo.

Da mesma maneira, da mesma maneira eu acho que a gente tem que tratar o indivíduo com aquela visão, é, o paciente como um todo mesmo, né. Do lado psicológico e lado físico para doença, e prestar total assistência a ele em qualquer circunstância, tanto o que é soropositivo do que não é soro positivo. (M16)

A mesma maneira que para os outros, a mesma que os outros, e deve ser assim para todos. (M09)

Pode-se encontrar nos relatos uma pincelada de sentimentos do passado em relação a cuidados a clientela que vive com HIV/Aids. Porém, os discursos também demonstram a superação de barreiras e a conquista de uma visão igualitária para todos os pacientes.

Da mesma forma que acontece com outro paciente. É um paciente como outro qualquer. Na minha visão hoje é isso. Como eu te disse, no começo tinha aquela barreira, mas hoje não tem nenhum problema em relação a isso. Da mesma forma que eu vou tratar um paciente ali no cirúrgico eu vou tratar um paciente aqui na enfermaria. (M21)

Entender a pessoa hospitalizada como um ser humano que não se resume a necessidade biológica, mas um cidadão com direitos a serem respeitados, é o início para a humanização dos cuidados na saúde (BARBOSA, SILVA, 2007). Humanizar cuidados significa então reconhecer que o que se apresenta ao enfermeiro não é só um corpo doente, mas sim um ser humano, com uma história de vida, sensações, desejos e emoções; enfim, com sua totalidade bio-psico-sócio-espiritual, que temporariamente pode estar desequilibrada por uma doença em algumas de suas dimensões.

O respeito é um dos valores éticos fundamentais para o cuidado humano (WALDOW, 2007) e exercitá-lo dentro do cuidado de enfermagem é considerar a individualidade e a subjetividade do ser cuidado. Esse respeito também é abordado na tese de Formozo (2007) como conceito primordial para a prestação de cuidado de enfermagem. Waldow (1998b) ainda complementa, englobando necessidades a que o profissional precisa dispor, como, além do respeito, o interesse, a paciência, a solidariedade, o conhecimento, a competência, o comprometimento e a responsabilidade. Boff (2008) confirma a idéia quando diz que cuidar é uma atitude de respeito e responsabilidade.

A interação é confirmada como uma dimensão importante no processo de cuidar. Ela qualifica a relação enfermeiro-paciente como algo humano. Desta forma, os seres humanos aí presentes vivenciam sentimentos e emoções, sem os quais, um cuidado humanizado não pode existir. O envolver-se com o paciente leva o enfermeiro ao entendimento da pessoa paciente, ao respeito de suas dores e suas condutas.

A empatia é descrita por Stefanelli (2005) como o ato de colocar-se no lugar do outro para compreender melhor os sentimentos e as necessidades do ser cuidado. Esta posição é essencial para a assistência humanizada, personalizada e holística. A empatia torna o profissional mais sensível e maleável para entender e aceitar o outro, mesmo este sendo tão diferente.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), humanização é respeitar o outro como ser singular e digno. Desta forma, pode-se concluir que o

cuidado de enfermagem é cuidado humanizado uma vez que busca a contemplação holística do indivíduo. O holismo por sua vez não abarca apenas a esfera física do cuidado, mas também deve alcançar a mais ampla forma do ser humano que é o ser espiritual (WALDOW, 2007).

Hoga (2004) discorre em seu artigo sobre ações envolvidas na humanização da assistência. A autora fala sobre pontos como oportunidade aos trabalhadores de uma instituição de expor suas opiniões para uma gestão co-participativa, já que a atenção ao cliente deve ser multidisciplinar e apenas uma categoria profissional não contemplará a totalidade das necessidades humana. O conhecimento aprofundado das demandas dos clientes atendidos pela instituição, abrangendo dimensões sociais, culturais, biológicas e espirituais, a resolutividade dos problemas e a satisfação profissional como conseqüência de um trabalho justo, ético e bem feito. Ela aponta a importância dos relacionamentos interpessoais profissionais – clientes/pacientes e sua interdependência com a capacidade individual para este cuidado, que, por sua vez, está vinculado ao seu autoconhecimento.

Silva, Alvim e Figueiredo (2008) contextualizam a relação enfermeiro e cliente/paciente atentando para o fato de que não há estabilidade nas ações entre humanos, as pessoas não agem sempre da mesma forma e, portanto, o enfermeiro pode não corresponder às expectativas das pessoas que estão sendo cuidadas. As autoras afirmam também que o homem é produto histórico e não natural e que, por isso, a relação vai sendo construída, em seus aspectos positivos e negativos, e não pode ser pré-determinada.

Cabe, então, abordar que o humano comporta um lado “sombra”, que é complementar, inseparável e indivisível de seu outro lado que prima pelo respeito e pelo cuidado, como bem fundamentado em parágrafos anteriores. Este lado sombrio explica ações, intenções e sentimentos que vão de encontro a conceitos éticos e mostram o lado escondido de um profissional que deveria estar sempre preparado para ajudar. Porém, como repetidamente enfatizado, este profissional é um ser humano que não se desvincula de seu histórico de vida para exercer sua profissão. Ele é contexto dependente e por isso pode ter reações não tão apropriadas à humanização da assistência de enfermagem.

A despeito da humanização para as pessoas que vivem com HIV/Aids, Nemes (2001) afirma que há uma condição privilegiada para essa clientela baseado na gratuidade dos anti-retrovirais, acesso a exames específicos, garantia de

tratamento das doenças oportunistas nos serviços públicos de referência e outros benefícios. Após a consolidação do Programa Nacional de Aids, em 1986, várias estratégias de prevenção e tratamento foram pensadas e implantadas, repercutindo assim melhora na qualidade da assistência prestada nos serviços públicos. Couto (2002) pontua também as importantes vantagens advindas do investimento das políticas públicas de DST/Aids, transformando o Brasil em um exemplo para outros países.

Porém, deve-se questionar: e quanto aos aspectos do cuidado relacional entre profissional e clientela? Entender que o cuidado humanizado para uma pessoa que vive com HIV/Aids acontece da mesma forma como aconteceria para qualquer outra é dignificá-lo diante da humanidade, é respeitá-lo e considerá-lo como ser humano e não como uma doença que está fadada à morte. O reconhecimento do bom tratamento por parte dos pacientes hospitalizados está embasado na percepção deles acerca do cuidado igual para todos e qualquer paciente, independente da patologia, sem preconceitos (FORMOZO, 2007).

A evolução científica do HIV/Aids possibilitou um melhor entendimento da doença e o testemunho de terapias que não curam, mas prolongam e dão qualidade de vida aos seus portadores. Este desenvolvimento confere sustentabilidade à doença, que já tem seu lugar no *hall* de doenças crônicas. Junto a essas descobertas vem a transformação do cuidar das pessoas que vivem com HIV/Aids. O que no passado era amedrontador, hoje, nos depoimentos dos entrevistados, é representado com naturalidade acompanhado de um saber que evita e protege da contaminação, mas não distancia os seres, não impede a convivência e o toque. Contrariamente, exige do profissional uma qualificação para o cuidado relacional que alcance todas as demandas dos pacientes que vivem com HIV/Aids.

3.2.3 O cuidado idealizado

Em concordância às subcategorias anteriores, o cuidado ideal mostra a face humanizada do cuidado de enfermagem como ponto importante na relação enfermeiro – cliente/paciente.

A visão holística e integral reafirma-se como representação de cuidado de enfermagem, bem como a interação como vertente importante desse cuidado. A empatia como sentimento necessário para melhor entender o outro e a confiança como sentimento de união do ser enfermeiro com o ser paciente, dando vida para ao contexto do cuidado de enfermagem.

Bom, cuidado de enfermagem ideal. Bom, primeiro eu acho que é a questão, que eu vou sempre bater nessa tecla, que eu falo pras pessoas. Primeiro lugar você sempre se coloca na posição daquele cliente que está ali, daquele paciente. Então você vai fazer o cuidado como se tivesse cuidando de você. Você vai interagir com aquele paciente com se fosse uma pessoa que você conhece há muito tempo. (M21)

Ideal? Eu acho que é ver o paciente como um todo, não só o problema que ele tem, nem só a patologia que ele esteja apresentando, mas que você consiga assim ajuda-lo nesse cuidado como uma pessoa, como um todo. (M03)

Então, eu acho que é orientação, é informação ao paciente quanto as normas e rotinas do ambiente, é recebê-lo bem, é colocá-lo à vontade com você e com os demais componentes da equipe, é ele sentir confiança em você, no que você representa, no que você faz para ele. (M12)

Nesta subcategoria encontram-se também referências de um cuidado ideal baseado numa boa assistência, privilegiando procedimentos técnicos, na necessidade de profissionais bem treinados e com quantitativo adequado.

Os aspectos estéticos e tecnológicos da instituição aparecem também como representação de um ideal. A infra-estrutura é configurada ideal quando fornece conforto e segurança para seus usuários.

O ideal seria um hospital realmente com outra característica, enfermarias com características assim apresentáveis, porque a gente aqui, o nosso hospital é velho né, tem bastante tempo, o mobiliário antigo, necessitando fazer troca de tudo, aparelhagem são antigas, como os aspiradores, suportes de soro. (M12)

O cuidado de enfermagem ideal é o ideal. É vamos dizer, com condições de ambiente adequada, alimentação ideal, um pessoal preparado para a função adequada, medicação adequada, e os médicos adequados. Isso para mim, o ideal é isso. Agora chegar lá não tem problema, o ideal para mim é isso. (M26)

Profissionais bem treinados, motivados, em número suficiente, em um ambiente confortável, [...] paciente estivesse confortável, em uma tipo suíte com ar.. com ar-condicionado não, com boa ventilação, camas confortáveis, mas principalmente com o atendimento de um profissional bem motivado, bem treinado.(M09)

No universo representacional do cuidado ideal há a figura de um profissional competente e capacitado. De acordo com os entrevistados, os enfermeiros precisam de conhecimentos teóricos específicos para o atendimento das pessoas que vivem com HIV/Aids. Este profissional do cuidado precisa saber sobre os anti-retrovirais, sobre o vírus e suas mutações, sobre a totalidade do tratamento, seus riscos e

benefícios, sobre as doenças oportunistas, sobre utilização de equipamentos de proteção individual e precauções, formas de transmissão do vírus, de antibioticoterapias e, fundamentalmente, sobre a dinâmica do vírus e da síndrome, abrangendo o lado científico clínico, cultural e social, mantendo-se sempre atualizado.

É visível que o cuidado baseado em medicações se faz presente como forte necessidade de conhecimento.

Ah, teórico ele tem que saber, as patologias, quais são os sintomas. Pelo menos as mais comuns. Saber as medicações para aquela patologia, efeito colateral. E a questão dos anti-retrovirais. Se você não souber isso, como é que você vai tratar aquele cliente? Você tem que saber. Eu acho que tem que saber um pouquinho de tudo. As oportunistas, porque você pega o paciente internado com esse quadro, as oportunistas. Paciente internado com neurotoxoplasmose, com tuberculose, com criptococose. (M01)

A própria infecção do HIV, como se dá, as fases, a questão da reprodução do vírus, da replicação dele. Até pra você entender aquilo que vai explicar. Até porque tem anti-retrovirais que agem de várias formas no processo de replicação do vírus. A questão da infecção, a co infecção, as formas de transmissão. Isso tudo faz parte do tratamento, então ele tem que saber. Os anti-retrovirais, o que é usado, o que não é. Tem os cuidados com as medicações, porque tem medicações que não podem estar juntas com outra, com comida, que não pode ser dada a noite. Tudo isso ele tem que saber, porque como é que ele vai orientar? O próprio Fusion, que ele é injetável, e ele causa complicações. Tem os cuidados pra serem feitos. E aí se o enfermeiro não orientar, quem vai orientar se é o enfermeiro que aplica? (M23)

É, equipamento de proteção individual. Estar sabendo como utilizar o equipamento de proteção individual, Conhecimento sobre a própria doença. Conhecimento sobre a medicação, detalhes sobre a medicação deles, horários, melhores horários, se pode ou não tomar esta medicação, conhecimento sobre os anti-retrovirais, principalmente, e riscos que o paciente possa estar sujeito. (M09)

Eu acho que ele tem que estar atualizado, quanto ao tratamento, às novas formas de tratamento. Tem que estar orientado quanto a evolução da doença, as manifestações clínicas, possíveis alterações, é basicamente isso. (M27)

Então na verdade todas as principais doenças que ele tem que saber. O que é o HIV, como é que se trata qual o perfil desse paciente, principalmente do estigma que ele carrega, essa questão do preconceito. Isso é uma coisa que abrange. Como qualquer doença crônica. Você tem que lidar com esse paciente com doença crônica. É um paciente que requer atenção no dia a dia, ele tem altos e baixos de humor, de temperamento. (M10)

Considerando “gostar do que se faz” uma habilidade, este sentimento é relatado como indispensável para o enfermeiro trabalhar com a clientela que vive com HIV/Aids. Assim como equilíbrio emocional e entendimento de relações humanas devem fazer parte do perfil profissional destes profissionais idealizados, uma vez que lidam com o sofrimento bio-psico-socio-espiritual destes indivíduos.

Primeiro que ele vai lidar com público, ele precisa gostar de lidar com o público. Essa aí já é uma habilidade específica. Mesmo, porque é uma clientela diferenciada,

não é uma clientela fácil de lidar. Você se depara muito com a questão da rejeição, às vezes eles são agressivos. E aí, por conta da seqüela de co-infecção você tem pacientes que ficam mais debilitados. Tem déficit de cognitivo por conta disso. Então assim, ele tem que gostar do que está fazendo, porque não é um cliente fácil, é um cliente que te suga. (M23)

Eu acho que você tem que só gostar do que você faz, não é? e procurar fazer da melhor forma. Eu acho assim. (M27)

Estrutura emocional também. Porque eles chegam tristes, são os problemas deles que eles querem dividir com alguém e vai ser com a gente aqui, porque com a família eles não conseguem. (M10)

Ele precisa ter aquele funcionário que entenda de relações humanas. (M26)

É a parte emocional dele tem que ser, bem, bem segura. (M19)

Um aspecto que merece destaque nesta subcategoria é a relação direta entre o cuidado ideal e o quantitativo profissional. Na maior parte das colocações, esta relação apresenta-se como obstáculo para a efetivação de importantes partes do cuidado e, neste caso, a interação era a grande vítima da falta de tempo pela sobrecarga laboral proporcionada por insuficiente recurso humano.

E aumento do número de recursos humanos, porque é muito pequeno. Nós poderíamos fazer muito mais pelo paciente se a gente tivesse recurso humano. Até porque a enfermagem se doa muito ao paciente. Eu acho que a gente poderia estar cuidando mais se tivesse mais recursos humanos. Muitas das vezes você não pode ouvi-lo tanto quanto ele gostaria porque você tem que atender o próximo ao lado, né. Então recursos humanos são imprescindíveis. (M12)

O cuidado de enfermagem ideal seria se a gente tivesse uma boa quantidade de profissionais para estar prestando uma boa assistência. (M16)

A preocupação em humanizar a assistência em saúde, investindo principalmente na interação com os clientes, é assunto que se repete nas falas sobre cuidado idealizado. Porém, nesta subcategoria, os entrevistados indicam o caminho para a realização deste ideário ainda inexistente e/ou em vias de concretude.

Exatamente nesta posição encontra-se o núcleo figurativo do cuidado de enfermagem a pessoas que vivem com HIV/Aids para o grupo desse estudo. Os depoentes indicaram, anteriormente, que os cuidados são os mesmos para pacientes com ou sem HIV/Ais, correlacionam cuidado de enfermagem com cuidado humanizado e descrevem como este deveria ser, que se mostra diferente dos distanciamentos entre enfermeiros e clientes/pacientes com HIV/Aids em seus primórdios, provocados pela discriminação, julgamento e estigmatização da doença. Emergem, então, representações sociais em um processo de ancoragem, cuja

objetivação já bem estruturada, mas as ações e as atitudes ainda não estão estabelecidas. Ou seja, entende-se o cuidado humanizado como fundamental e baseado na relação e na interação, mas ainda não o insere no contexto de suas ações como um cuidado indispensável.

Faz-se, necessário, também o processo de humanização no trabalho da enfermagem, pois a maioria dos profissionais enfrenta situações difíceis em seu ambiente de trabalho, tais como baixas remunerações, pouca valorização da profissão e descaso frente aos problemas identificados pela equipe, especialmente quanto ao distanciamento entre o trabalho prescritivo, o preestabelecido institucionalmente e aquele realmente executado junto ao cliente (AMESTOY; SCHWART; THOFEHRN, 2006). A tese de Formozo (2007) adiciona, às dificuldades citadas acima, a falta de tempo que prioriza atividades técnicas em detrimento do cuidado relacional.

3.3 O processo de trabalho do enfermeiro e da equipe de enfermagem no contexto da internação de pessoas que vivem com HIV/Aids

Oriunda de 1077 unidades de registro, unidas em 58 temas, o que significa 26% do corpus analisado, surgiu a presente categoria que aborda, em duas subcategorias, a dinâmica de trabalho do enfermeiro e da equipe de enfermagem, quando cuidam de pessoas internadas que vivem com HIV/Aids. As duas subcategorias, como se seguem, são as seguintes: as competências do enfermeiro e As ações dos técnicos de enfermagem

3.3.1 As competências do enfermeiro na atenção à clientela que vive com HIV/Aids

Esta subcategoria abarca as ações de cuidado dos enfermeiros e suas responsabilidades. Aborda também as dimensões do cuidado contempladas por este grupo, bem como algumas divergências de conduta profissional. Neste sentido, o processo de trabalho dos enfermeiros é descrito, pela maioria dos sujeitos, como

ações pré-estabelecidas pela divisão de enfermagem local. Faz parte desta rotina: a passagem de plantão, a visita aos pacientes internados, a priorização das ações, a organização das prescrições médicas, os cuidados com as medicações, a organização da dinâmica de exames, a realização de curativos, as entrevistas admissionais, as evoluções e o atendimento de possíveis intercorrências.

Na supervisão a gente já tem uma escala pré determinada, né, que a gente remaneja, quando necessário. De imediato a gente já vê a escala de trabalho e faz remanejamento quando for necessário né. Se tiver faltando algum enfermeiro, algum setor, a gente assume o pavilhão e aí a gente vai devolvendo né, o trabalho do enfermeiro líder, né, que é a ministração da medicação, né. Tudo que é determinado pela chefia que um enfermeiro líder deve fazer, ainda a parte assistencial, até o final do plantão. (M16)

A passagem de plantão é pontuada como um momento de coleta de informações generalistas sobre os setores e as condições dos pacientes, dando ênfase aos casos graves. Esta reunião acontece na sala de supervisão e é neste momento que os enfermeiros ficam sabendo qual ou quais setores ficam sobre sua responsabilidade.

Bom, quando eu chego aqui, no plantão, eu recebo o plantão dos setores, pra ver o que está acontecendo, pra ver todas as informações que a gente tem no livro. (M21)

Bem eu assumo o plantão recebendo o plantão da colega. Ciente dos casos mais graves, vejo o quadro geral dos pacientes, depois vou me dirigir ao setor que eu pertença. (M27)

Bom, eu chego, a primeira coisa: recebo o plantão. Aqui, na sala de supervisão, recebo da plantonista ou da supervisora. (M10)

A visita aos pacientes internados, leito a leito, é tópico marcante nas falas dos entrevistados. Em seus relatos esta ação é fortemente representada como um momento diferenciado, pois une pontos importantes na determinação da assistência de enfermagem do dia: a ratificação e/ou retificação das informações da passagem de plantão, a captação das necessidades dos pacientes e o investimento no cuidado relacional. É neste momento que o esboço de um cuidado de enfermagem holístico é rascunhado, já que o enfermeiro se preocupa não só com aquilo que identifica pela sua visão, mas também pelo que não vê, mas sente e/ou apreende dos relatos dos pacientes. A disponibilidade interacional do profissional é demonstrada nesta fase dando chances aos pacientes de expressarem suas emoções, insatisfações e dúvidas.

Quando a gente chega no pavilhão, aí a gente vai fazer a visita. Passar leito a leito pra conversar, pra saber o que aconteceu. Passo, converso com eles, pergunto se eles se alimentaram, se estão se sentindo bem, se estão sentindo alguma dor, se a noite foi boa, o que aconteceu na noite, se conseguiram dormir, se não consegui dormir. E ali eles falam. Geralmente, tem muitos que ainda estão deitados, não tomaram café. “Vamos embora, vamos sentar, vamos tomar café. Está na hora de sentar”. Quem não pode a gente ajuda. “O café é importante, é a primeira refeição do dia. Tem que tomar o remédio. “Tem que estar com a barriga cheia”. A gente vai fazendo aquele, eu costumo fazer assim. (M03)

Faço visita a todos os pacientes. Você já avalia quem está precisando de mais cuidado, quem não está. Nesse momento você já vai entrevistando o paciente, pra saber que ele está precisando, a necessidade de cada um, quem está demandando mais cuidado, quem não está. (M23)

Na esfera relacional, os sujeitos fizeram colocações a respeito da necessidade de interação e da humanização do ser enfermeiro. A interação é vista como um cuidado necessário não só para com os pacientes, mas também no contato com familiares e no trabalho com outros profissionais. É pontuado que o enfermeiro é o profissional que faz assistência direta, que fica 24h cuidando dos pacientes, que faz orientação, que precisa adaptar-se à realidade de cada paciente, que deve fazer o melhor trabalho que consegue e independente deste acontecer em local público ou privado. A interação perpassa por todas essas atribuições e é determinante no sucesso e na qualidade de trabalho.

O paciente estava deprimido e aí eu liguei pra psicóloga, pra Linda, falei: -Olha Linda, o Jackson hoje não está bem. Vem conversar com ele. Está falando em morte aqui, não sei porquê. Vem.” Sempre procuro saber se estão tendo visita, se não estão tendo, “E aí, tem vindo alguém?”. Me preocupo também quando não tem visita. Então, vamos ver com a assistente social, pedir pra ela passar aqui pra ver o que está acontecendo. (M03)

A mentalidade que tem que ter é a seguinte: a gente é um só, um profissional, seja lá no hospital privado ou no hospital público. [...] Eu acho que o cuidado, seja em qualquer lugar, você tem que ser o profissional enfermeiro que vai tentar tratar bem, dentro das possibilidades, com todas as dificuldades que a gente tem no hospital, a gente vai tentar fazer o nosso melhor. (M21)

Quando você entra assim que você fala. Bichinho. Pô, você está usando um vocabulário muito esdrúxulo? Não, você tem que usar um vocabulário que ele entenda. (M10)

Embora a interação seja aspecto importante para o enfermeiro, os entrevistados não identificam a ação de educação de saúde nas enfermarias, o que pode levar a questionar a relação discurso e prática com uma possível zona de conflito entre elas.

A noite a gente não tem educação em saúde nas enfermarias. (M021)

Isso acontece lá no hospital dia. Nas enfermarias isso não existe. (M004)

Se tiver é lá no Hospital Dia. (M002)

Outro fato abordado pelos sujeitos foram os relatos de pouco contato entre os enfermeiros noturnos e pacientes. A justificativa para tal *déficit* foi a diferente rotina noturna que reserva pouco tempo disponível entre o início do plantão e o horário de descanso dos pacientes.

A gente atende mais os chamados, as trocas, mas não tem contato muito direto com os pacientes porque depois eles vão dormir, então é só mesmo troca se houver necessidade e distribuir as medicações nos horários prescritos. (M023)

O enfermeiro é citado como um profissional, mas que não é mecânico e sim um ser humano, que usa variados sentimentos no exercício de sua profissão, incluindo sua religiosidade, para conseguir realizar procedimentos difíceis no âmbito pessoal, mas necessários na dimensão profissional. Assim a integralidade do ser humano enfermeiro também está presente no processo de cuidar, podendo influenciá-lo.

Orientar a família por que o paciente não está sozinho, tem uma família por trás também, uma família que cobra que te pergunta, que está sempre buscando informação. Não, a gente não é mecânico, né. A gente é ser humano também. Tem que interagir com o paciente. (M016)

Na hora que você vai fazer curativo, ele tosse e aí sai secreção por aquele buraquinho lá. Espirra no ar. Só Deus! Tem que ter fé em Deus. E também a gente tenta, né? Eu pelo menos penso assim: -estou melhor do que ele que está passando por isso. Graças a Deus que sou eu que estou aqui, do lado de cá. Eu acho que tem que colocar muita fé religiosa, na maioria dos casos. (M009)

Faz-se referência à visão holística do enfermeiro e o identificam como “um profissional mais completo” que os demais da equipe de saúde. Dentro deste complexo, confundem-se suas competências, formando-se, assim, uma demanda espontânea de solicitações cujos conteúdos são alçadas de outras profissões de saúde, exigindo que o enfermeiro haja como psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, médico e outros, embora não este possua especificidade em seu saber/fazer profissional.

Porque pra mim, no meu ponto de vista, o enfermeiro, mais do que qualquer outro profissional, ele tem que ser completo, porque a gente acaba sendo o nutricionista, a gente acaba fazendo um pouquinho de psicólogo. (M003)

As colocações dos enfermeiros acerca dos cuidados prioritários giram em torno do grau de complexidade de cada paciente e/ou procedimento, além de focar o

que a maioria define como trabalhos só do enfermeiro. De acordo com os entrevistados, é restrito ao enfermeiro: a realização dos curativos, os procedimentos invasivos, com ressalvas à punção venosa, o acompanhamento, avaliação e cuidados diretos a pacientes graves e o ato de evoluir os pacientes. Há discordância em relação à punções venosas, sendo este um procedimento que pode ser também realizado por técnicos de enfermagem. Faz-se mister abordar que as colocações sobre evolução restringiam tal ação a relatos de pacientes graves e assuntos relevantes como admissões, intercorrências, realização de curativos, altas hospitalares e transferências de setores. Os relatos deixam claro que esses registros são feitos em prontuário embora o enfermeiro também possa escrevê-los em outros documentos como folha de prescrição de medicamentos, por exemplo. Quanto aos cuidados com as medicações estão aí inseridos ações desde a recepção das prescrições até a administração dos fármacos. O enfermeiro responsabiliza-se pelo encaminhamento das prescrições à farmácia, pela falta de algum medicamento no setor, pela separação e por sua diluição e administração. É também decisão do enfermeiro o aprazamento, escolhendo assim os melhores horários para a administração das drogas.

Preparo o material para os curativos, porque é o plantonista que faz os curativos e com apoio dos auxiliares nós damos banho. (M009)

Todo mundo não. A gente prioriza. Os pacientes mais graves são evoluídos. Não tem como evoluir todo mundo. Mas, assim, qualquer procedimento mais, realizou um cateterismo vesical, você tem que colocar. Puncionou, né, isso é anotado. Passou uma sonda enteral, tem que ser anotado. Mesmo que você não evolua o paciente como um todo, mas essas intercorrências, esses cuidados, esses procedimentos que são feitos por você, você tem que relatar. Então a gente prioriza. (M001)

Depois tem que encaminhar os exames para o laboratório, receber os exames que foram marcados, ou dentro do próprio hospital ou fora do hospital. Depois faz evolução de prontuários. Tem que evoluir. Eu, pelo menos, só evoluo os mais graves, só evoluo os mais graves. (M009)

Encaminhar para o laboratório e conferir psicotrópicos. Conferir se está errada e se alguns medicamentos que estão faltando. Porque o medicamento do paciente já está em uma cestinha na farmácia no dia anterior. Solicitar o que estiver faltando, porque às vezes vem faltando um na caixinha e aí na hora de preparar o medicamento está faltando a medicação, algumas medicações. Receber a medicação na farmácia, receber as folhinhas Colocar horário, encaminhar a cópia para a farmácia. (M009)

É, no caso assim: quando tem um paciente mais grave. Eu não evoluo todos os pacientes não. Quando tem um paciente mais grave, um paciente que tem alguma informação a mais que você queira colocar que você acha que aquilo é relevante, você coloca. Eu evoluo aquele paciente mais grave. (M021)

A gente apraza. Os auxiliares separam e preparam a medicação, vão pra higiene. Só que, por conta desse déficit de funcionários, quando dá a gente passa a medicação. Perdeu um acesso, quem pulsiona é o enfermeiro. O auxiliar até pulsiona, mas se o acesso for difícil eles pedem auxílio a gente. Sonda, cateterismo

vesical, sonda nasoenterica, tudo é competência do enfermeiro. Cuidado ao paciente grave também. (M004)

Eu evoluo pacientes graves até por conta do serviço. Porque às vezes não dá pra você evoluir 22, 10 doentes. Ai eu procuro evoluir sempre os graves. (M004)

O preparo das medicações aqui, o enfermeiro é que participa disso. A gente faz a medicação. Até é rotina do serviço. Quem prepara a medicação é o enfermeiro. Os técnicos também acabam fazendo, mas, assim, é função nossa preparar a medicação e a administração é deles. Mas como a gente trabalha muito junto, eu acabo ministrando a medicação. (M027)

Eu faço a admissão de todos quando chegam. Internou hoje, eu faço aquele admissão todo seu levantamento de caso. Amanhã você opera, quando você volta do centro cirúrgico eu evoluo como você voltou no pós-operatório. Tendo alguma complicação, que o enfermeiro que estiver à noite vai seguindo a evolução das complicações. Amanhã você vai embora eu descrevo, foi embora a tantas horas, de tal forma levando calça. Sempre no prontuário. (M002)

Gerenciar a dinâmica de exames é mais uma atribuição dos enfermeiros. Conforme os relatos, atentar para necessidades de preparos especiais, horários de encaminhamento para exames e recepção de resultados são responsabilidades desse profissional.

E nesse meio tempo a gente liga para saber se o paciente vai fazer algum exame, ultrassom [...] Depois tem que encaminhar os exames para o laboratório, receber os exames que foram marcados, ou dentro do próprio hospital ou fora do hospital. (M009)

Ela é responsável por ver exames, saída do paciente, resultado de exame. (M020)

O enfermeiro tem função gerencial administrativa. Nas entrevistas pode-se identificar a vertente administrativa do enfermeiro quando os profissionais pontuam suas responsabilidades com a provisão e a previsão de materiais de consumo e manutenção de utensílios permanentes, bem como o bom funcionamento da enfermaria. A responsabilidade sobre os psicotrópicos e o carro de parada cardio-respiratória é citada como sendo também deste profissional. Porém, verifica-se a insatisfação por tal determinação.

A diarista é responsável mais pela parte burocrática, pela organização do setor, pelo suprimento do setor em relação a insumos, o setor tem que estar em ordem, não pode faltar medicamento, não pode faltar material. (M020)

Agora, eu acho assim, que não é nenhum orgulho controlar psicotrópico, controlar carro de parada. Não deveria, mas aqui é assim. E eu acho que não é atividade privativa do enfermeiro. (M009)

Contrariamente à divisão de atribuições entre enfermeiros e técnicos descrita pelos sujeitos, em algumas entrevistas há confirmação direta da totalidade das

atribuições do enfermeiro que agrupa os afazeres dos técnicos de enfermagem adicionada de várias outras responsabilidades. Na realidade, esta representação está embutida em todos os relatos que, às vezes de uma forma ampla e outras de forma pontual, citam ações que enfermeiros e técnicos fazem e outras que apenas o enfermeiro tem competência para realizá-las. Ainda sobre este tópico, os sujeitos pontuam que apesar dos dois profissionais de enfermagem realizarem as mesmas ações, os “fazeres” são deferentes, sendo o do enfermeiro mais abrangente e diferenciado pela capacidade de raciocínio clínico e crítico, além da qualificação que o respalda para as decisões como líderes de equipe.

Por que o enfermeiro faz de tudo, pelo menos aqui. Não sei em outras instituições, O enfermeiro tem que ter atividades próprias, mas aqui ele faz de tudo. Ele leva a medicação, ele leva para o banho, ele faz o curativo, ele não tem uma atividade diferenciada dos outros, Ele faz o que o auxiliar de enfermagem faz e mais alguma coisa. (M009)

O nosso serviço ele é muito vasto. Assim, não é. Então eu acho que não tem, assim, o que só enfermeiro faça. Eu acho que não, porque eu posso fazer até de uma forma diferenciada, mais conhecimento, com mais técnica. (M027)

No entanto, esta diferenciação no cuidado não se torna evidente quando, os mesmos sujeitos, afirmam que os pacientes não conseguem diferenciar enfermeiros de técnicos de enfermagem. Para eles os dois profissionais são a mesma coisa, são enfermeiros. Cabe ressaltar que justificam isso a um fator cultural, historicamente determinado. Tanto assim que, quando os pacientes identificam que o enfermeiro é o que mais tem conhecimento e o que determina as ações dentro da equipe, eles o confundem com o médico.

eles até me confundem muito com médico, tem essa questão, não só aqui mais no [...] em qualquer lugar que eu vá de branco eles acham que sou médico. [...] Eles chamam o técnico de enfermeiro. (M006)

Então a mídia também ela passa muita coisa com a questão: - aquele enfermeiro. [...] então [...] da sociedade achando que todo mundo é enfermeiro. (M006)

Para ele todo mundo é igual, todo mundo é enfermeiro. (M016)
O enfermeiro é enfermeiro, o auxiliar é enfermeiro, o atendente é enfermeiro, o maqueiro é enfermeiro. Qualquer um que passe de branco que não é doutor dele, ele está chamando de enfermeiro. (M003)

Não, pra eles todo mundo é enfermeiro. (M014)

Aí eu não sei. Até porque eles acham que enfermeiro, auxiliar é tudo a mesma coisa. (M004)

Não. Isso é cultura. Assim, quando eles me vêem entrar na enfermaria, “ah doutor, médico”, não sei o que. Eles me chamam de tudo, menos de enfermeiro. Eles acham que enfermeiro é o técnico, o auxiliar de enfermagem. Isso é cultural. (M021)

Os dados coletados contemplam também os sentimentos de se trabalhar com esta clientela que vive com HIV/Aids. Eles representam esta vivencia com palavras como: gostar, ser bom, ser preferível e ser bacana. Confirmam a igualdade de cuidados em relação aos pacientes que desenvolveram outras patologias, quando a maioria afirma não precisar de habilidades específicas para o trabalho com pacientes HIV/Aids, já que todos os enfermeiros tem objetivo comum de cuidar, independente de quem seja ou o que apresentam. Os sujeitos abordam a boa relação com a clientela HIV/Aids e o sentimento de gratidão vindo destes.

Não. Acho que ele não tem que ter habilidade específica. É só querer. (M010)

Eu acho que não especificamente. Mas, eu acho que todo enfermeiro tem que ter habilidade pra cuidar, né. Mas não assim, não diferenciando né, o HIV, o portador e o não portador. (M015)

É normal, não tenho nenhum problema em relação a isso. E assim, como eu te disse, eu até prefiro trabalhar com essas pessoas que absorvem melhor essas informações que você vai passar, do que de repente com paciente que não vai ter contato nenhum contigo depois, posteriormente, como um paciente de hoje, que vai te ver hoje e amanhã vai embora. Então eu acho que é bom você ter contato com outros pacientes soropositivos, vamos dizer assim, você pode dar orientação, você pode tentar melhorar a qualidade de vida dele. Tudo com orientação. Eu acho que a orientação é básica. Mas assim, não tenho nenhum problema em relação a isso, trabalhar com paciente HIV. (M21)

Por que eu entendo que têm alguns ali que internam, né, que tem aquela questão mesmo psicológica tem a questão social, né. Têm pessoas de baixa renda com problemas de vida seríssimo, como tem pessoas também que não são de baixa renda mas que adquiriu uma doença estão aqui por que e referência, mas eu gosto de trabalhar esse lado social e questão psicológica a gente tá colocando a auto-estima dele lá em cima ajudando, orientando né. Eu gosto de trabalhar com eles por conta disso. (M016)

Por incrível que pareça é uma clientela, assim, que eu gosto de trabalhar. Eu fico muito satisfeita quando vejo paciente melhorar, quando eu vejo que eu consigo passar um pouco mais de esperança, de estímulo pra aquele paciente. Eu me sinto realizada, assim, de trabalhar com esse tipo de clientela. (M014)

Neste universo de bons sentimentos coexistem os relatos das dificuldades. Representa-se também o trabalho com essas pessoas como uma rotina pesada, cuidados a pacientes sempre debilitados e o constante enfrentamento de sofrimentos. O cuidar de pacientes que convivem com o HIV/Aids também foi visto como uma realidade sem escolha para o enfermeiro já que, atualmente, em qualquer setor, em qualquer hospital e em qualquer atendimento à saúde, encontram-se pessoas que vivem com este vírus e a síndrome.

É uma rotina muito pesada, muito pesada. Os pacientes normalmente que se internam não são pacientes, às vezes não são graves, mas trabalhosos. (M014)

Hoje trabalhar com HIV Aids é uma realidade como de qualquer pessoa, porque a gente não tem mais aquela coisa de escolher. Qualquer lugar que eu for, os hospitais como um todo, sempre tem um soro positivo internado. (M023)

Olha, assim, eu até gosto de trabalhar com essas pessoas. Eu acho que essas pessoas precisam da gente. Eu tenho muita pena, eu quero cuidar, eu quero tratar, eu quero que ele saia dali, eu quero que ele saia bem, eu quero encontrar ele lá fora, bem. Mas, como eu vejo que o número de óbito aqui é muito grande. Chega um ponto em que nada a gente pode fazer. A gente vê bastante. Ver o paciente morrendo na nossa frente e a gente não pode fazer nada. (M015)

Pra mim já faz parte da minha rotina. Não sei se é porque eu trabalho tanto tempo aqui, eu gosto. Embora a gente tenha tanto sofrimento, eu gosto. (M004)

Precisa ser uma pessoa emocionalmente estável, porque você ver o sofrimento da pessoa, você lida com isso muito de perto. (M002)

Como se pode observar, o cuidado profissional do enfermeiro está pautado em três alicerces: gerência do setor, assistência técnico-científica ao paciente e o cuidado relacional. O primeiro aparece supervalorizado, consumindo boa parte do tempo do enfermeiro que, em um plantão, precisa cumprir toda rotina tecnoburocrática e assistencial. A assistência é executada de maneira pontual, através de procedimentos, com tempo determinado para iniciar e acabar. A inter-relação fica limitada a um único momento no início do plantão e não se percebe sua continuidade ao longo do dia de trabalho.

A dimensão administrativa do cuidado do enfermeiro é um assunto polêmico no meio profissional, uma vez que questiona habilidades e pode afastar este profissional do cuidado direto aos ficando este último a cargo de outras categorias subordinadas ao enfermeiro (COSTA; SHIMIZU, 2005).

Os enfermeiros têm seguido rotinas e normas determinadas pelas instituições de trabalho, com uma tendência a realizá-lo sem grandes questionamentos a partir de uma visão hospitalocêntrica, prevalecendo o atendimento às demandas biomédicas e, mais especificamente, às prescrições médicas. (COSTA; SHIMIZU, 2005). Rossi e Lima (2005) ratificam que, na enfermagem, parece haver um tipo de estagnação que bloqueia a busca de novas formas de cuidar e de ser enfermeiro no trabalho. Elas justificam tal postura mesclando a subjetividade do profissional, a subserviência da profissão que é historicamente determinada e modelos administrativos cientificistas inerentes aos locais onde se trabalha.

No campo da saúde, o que se busca é o cuidado, pois através dele se consegue a cura e/ou o aumento da qualidade de vida dentro da realidade de cada indivíduo. (ROSSI; LIMA, 2005). Assim, o modo administrativo do enfermeiro faz

diferença quando seu foco é o gerenciamento do cuidar, que foca ações profissionais e saberes, utilizados como tecnologia leve, para o planejamento do cuidado que engloba o fazer, o delegar, o prover, o prever, o capacitar, o orientar e o interagir. Tudo com o objetivo de melhorias no cuidado e não como atividades mecânicas pré-estabelecidas. (ROSSI; LIMA, 2005).

Com relação ao discurso acima, dois pontos são de importante aprofundamento: as relações capitalistas na saúde e o dimensionamento profissional. O lucro é o objetivo do sistema capitalista e não poderia ser diferente no processo de trabalho do enfermeiro. No âmbito hospitalar, a idéia de ter poucos profissionais com o conhecimento crítico da essência do trabalho da enfermagem para gerenciar muitos executores de cuidado, parecer ser mais atraente e menos onerosa.

As competências e as habilidades do profissional enfermeiro determinadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do curso de graduação em enfermagem são: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001). Peres e Ciamponi (2006), em seu artigo, destacam que cinco delas são de âmbito gerencial. A autora considera que o conteúdo objetivo das DCNs é formar profissionais críticos-reflexivos, porém deve-se atentar para o mercado de trabalho, hora globalizado, que prefere um bom desenvolvimento técnico-científico.

A gestão de recursos humanos em saúde exige atenção às particularidades do setor (VIGNA; PERROCA, 2007; NICOLA; ANSELMINI, 2005). Nas enfermarias do cenário do estudo em questão, os clientes têm características múltiplas, variando desde a necessidade de assistência mínima até a intensiva. Assim, o dimensionamento de recursos humanos proposto pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) através da resolução 189/96 fica, por hora, inacessível. Porém, considerando os depoimentos colhidos, não é difícil apurar a inviabilidade de apenas um enfermeiro responsabilizar-se por um ou mais setores. É importante ainda atentar que a falta de profissionais ocasiona queda na qualidade do cuidado e sobrecarrega os remanescentes (RICARDO; FUGULIN; SOUZA, 2004; NICOLA; ANSELMINI, 2005; VIGNA; PERROCA, 2007; TANOS; MASSAROLLO; GAIDZINSKI, 2000) além de interferir no processo de cuidado relacional que necessita de tempo

útil para seu desenvolvimento e profissionais desestressados (BERTONE; RIBEIRO; GUIMARÃES, 2007).

Dentro deste contexto que conjuga sobrecarga laboral e falta de interesse organizacional para investimentos em profissionais críticos e autônomos, surge o questionamento de como fazer cuidado humanizado. Esta indagação também é feita por Rossi e Lima (2005) que articulam cuidado humanizado à humanização do trabalho de enfermagem.

Concomitantemente, a necessidade de humanização é premente para os sujeitos deste estudo. A visão holística deste profissional unida a um potencial interacional pode torná-lo sensível, suficiente para entender as demandas do mundo subjetivo das pessoas que estão sendo cuidadas (BERTONE; RIBEIRO; GUIMARÃES, 2007). Compreender os significados atribuídos à vida pelos clientes requer mais que técnica. Exige capacidade de perceber e compreender o ser humano, como ele se vê no mundo, qual sua identidade e história de vida (BETTINELLI; ASKIEVICZ; ERDMANN, 2003).

O cuidado é interação, necessita da presença de dois seres para que aconteça, o cuidador e o ser cuidado (WALDOW, 1999; BARCELOS; ALVIM, 2006). Estes imprimem, nesta relação, suas vivências, seus conceitos, sua cultura e sua condição social e psicológica (BARCELOS; ALVIM, 2006). Assim, neste encontro, ambos são sujeitos de uma relação recíproca e interação através da comunicação, com o verbo ou com o corpo (FERREIRA, 2006).

O processo de interação é foco importante nas relações com pacientes que vivem com HIV/Aids, pois a representação social do convívio enfermeiro-paciente com HIV/Aids tem suas bases em um histórico social e científico. No início da década de 80, quando surgiram os primeiros casos de Aids no mundo e no Brasil, o conhecimento sobre a doença era apenas baseado no que a mídia passava. Não havia embasamento científico algum já que, para a própria ciência, era uma patologia nova que levava à morte rapidamente, o que dificultava seu estudo clínico. Esta mesma característica espalhou muito medo na população mundial, que passou a correlacionar a Aids com morte e câncer gay, por inicialmente aparecerem em homossexuais masculinos. Este fato gerou muita discriminação e preconceito, induzindo ao isolamento social desse, assim chamado, à época, grupo de risco.

Nessas bases foram igualmente construídas as primeiras representações dos enfermeiros no contexto do HIV/Aids. O distanciamento dos pacientes se deu pelo

medo do contágio e julgamentos pessoais sobre as opções de vida dos portadores, culpabilizando-os pelo fato de estarem contaminados. O receio do toque ou mesmo de estar no mesmo ambiente que um portador do HIV era condição apavorante para essa classe profissional e, obviamente, se refletia no cuidado.

Ao longo dos anos, as descobertas científicas possibilitaram compreensão sobre os modos de contaminação, o próprio vírus, o desenvolvimento da patologia e os anti-retrovirais. O surgimento do coquetel é um divisor de águas na história do HIV/Aids porque aumentou a sobrevida desses clientes a tal ponto que hoje a doença é considerada crônica.

As representações dos enfermeiros, de certa forma, acompanharam esse desenvolvimento. O conhecimento científico, que é um saber reificado, e a proximidade com os pacientes que vivem com HIV/Aids permitem ao enfermeiro vivenciar experiências diferenciadas, que podem desconstruir conceitos inicialmente estabelecidos pela sociedade. Apesar de ainda existir o medo e o preconceito, já é fato o discurso da necessidade e do desejo da interação.

Percorre-se o caminho oposto do início, vislumbrando-se tentativas de reaproximação e de atenção ao cuidado relacional, ao menos através da prática referida. Esta coexistência é percebida nas entrevistas deste estudo, porém, as falas reforçam a necessidade de interagir, de suprir carências, de acalantar e de ressocializar não só os próprios pacientes, como também seus familiares. Os relatos esclarecem o sentimento de utilidade social desenvolvido por esses profissionais, seja através de seu conhecimento científico ou pela sua capacidade humana de ajudar e acolher.

No intuito de enfatizar pontos marcantes das atividades dos enfermeiros, fazem-se, então, algumas colocações pontuais. A passagem de plantão assegura a socialização de informações importantes para continuidade da assistência de enfermagem (SIQUEIRA; KURCGANT, 2005; ZOEHLER; LIMA, 2000; DANIEL, 1981). Ela é parte da gerência do cuidado e, portanto, sofre as influências de questões inerentes à comunicação e à ética. A partir dela, inicia-se o planejamento da assistência (ZOEHLER; LIMA, 2000). É também de resolução de problemas administrativos e de orientação à equipe (ZOEHLER; LIMA, 2000; MAGALHAES; PIRES; KERETZKY, 1997). Ela pode acontecer de forma escrita ou verbal sofrendo intervenções do que não se fala, mas se lê nas expressões do corpo. O respeito à história individual de cada paciente deve ser norteador para a humanização desta

etapa da assistência de enfermagem (ZOEHLER; LIMA, 2000). Também assim deve acontecer com sua identidade que não pode ser reduzida e/ou transferida a nomes de enfermarias e números de leitos. No estudo de Magalhães, Pires e Keretzky (1997) e no de Zoehler e Lima (2000) todos os profissionais investigados consideraram esta uma etapa importante da gerencia do cuidado.

A punção venosa, ponto de divergência entre os entrevistados, pode ser considerada invasiva uma vez que um dispositivo é colocado e mantido no interior de um vaso sanguíneo, permitindo a comunicação deste com o meio externo. Tal procedimento é de alto nível de complexidade e exige conhecimentos de anatomia, fisiologia, microbiologia, farmacologia e psicologia, além de destreza manual e habilidade psicomotora (TORRES; ANDRADE; SANTOS, 2005; POTTER; PERRY, 2000). Esta ação envolve riscos para quem executa e para quem a recebe. De acordo com o estudo de Torres, Andrade e Santos (2005), as maiores complicações advindas deste procedimento são os acidentes ocupacionais, infecções, perda do acesso e/ou manutenção indevida e infiltrações. As autoras abordam que o fato de ser realizada por profissionais de diferentes níveis pode gerar variabilidade no desempenho.

Em relação à administração de medicação, esta é uma das atividades mais sérias do cuidado do enfermeiro. Para garantir a segurança dessa ação é necessário que o profissional conheça a droga, saiba sobre suas reações adversas, suas interações e seus efeitos colaterais, tenha certeza da via correta e dose correta a ser administrada, bem como monitorar as respostas a sua infusão (CARVALHO et al., 1999). Trabalhar com responsabilidades sobre este fazer envolve várias etapas que vão desde a prescrição médica, passando pela provisão do fármaco, até seu efetivo preparo e administração (CARVALHO et al., 1999). Os erros nestas etapas são considerados muito graves, pois podem causar sérios danos e/ou levar a morte.

Como foi visto na categoria anterior, as medicações anti-retrovirais, ainda que não endovenosas, são tópicos de extrema importância para os depoentes. Saber acondicioná-las em lugares apropriados, suas ações no ciclo viral, seus efeitos e acomodá-las aos melhores horários respeitando as características da droga e os hábitos de vida do indivíduo que a utiliza, é fazer tentativas para melhorias no processo de adesão ao tratamento das pessoas que vivem com HIV/Aids. Dentro desta patologia, uma vez iniciado o uso dessas medicações, o respeito às doses nos

horários certos é fundamental para que de fato melhorem a qualidade de vida dessa clientela.

Desta forma, o enfermeiro deve direcionar a este cuidado grande atenção, tentando respeitar a maneira que esses usuários fazem uso dessa medicação em suas casas, mesmo que para isso tenha que se desviar dos horários pré-determinados institucionalmente. Modificar a rotina diária dessas pessoas pode interferir maleficamente no processo de adesão.

3.3.2 As ações dos técnicos e dos auxiliares de enfermagem

Esta subcategoria mostra os cuidados realizados pelos técnicos e auxiliares de enfermagem de acordo como discurso dos sujeitos da pesquisa. Assim como na categoria anterior, alguns entrevistados indicam a existência de ações de cuidado que só técnicos de enfermagem fazem. Porém, ao longo das mesmas, constata-se que estes profissionais exercem ações consideradas menos complexas, pré-estipuladas por uma rotina de trabalho, e prestam cuidados delegados por enfermeiros, sem que sejam entendidos como restritos à classe de técnicos. Desta forma, a aferição de sinais vitais, higienização, nebulizações, haemoglucoestes, registro de observações na prescrição de medicamentos e em livros próprios do setor, ficam a cargo dos técnicos de enfermagem.

Os discursos se diferenciam quando o assunto é a dinâmica de trabalho referente à terapêutica medicamentosa e de punções venosas. Alguns enfermeiros permitem que a separação, diluição e administração de medicamentos sejam feitas por técnicos, incluindo isso na rotina do setor. Quanto à punção venosa, alguns sujeitos afirmam não ser esta uma atividade restrita do enfermeiro permitindo então que os técnicos realizem tal procedimento.

Bom, o auxiliar presta os cuidados, que é banho no leito e higiene. Toda higiene e por parte do auxiliar de enfermagem. (M016)

O que eles fazem? Os cuidados básicos. Limpam o leito, arrumam os leitos, eles copiam a prescrição da medicação para um esparadrapo, e verificam a medicação da bandeja. Preparam a medicação, que quando eu que sou plantonista, eu não consigo eles que fazem. Separam a medicação, preparam a medicação, ministram a medicação, puncionam a veia. Só quando o acesso é difícil que eles pedem a enfermeira, para fazer. Nebulização e haemoglucoeste. Eles evoluem na parte de observação da prescrição. Evoluem todas as prescrições na parte da observação os

cuidados básicos que foram feitos ou alguma coisa que eles tenham percebido no paciente. (M009)

Fica um na medicação, para diluir, para ver tudo, fazer HGT e os outros vão para o banho. Fazem o banho e depois do banho entram a medicação, os sinais vitais, aí entram aquelas trocas de fralda. (M010)

Faz-se também referência ao poder criativo deste profissional técnico, bem como seu envolvimento emocional com os pacientes. A disposição e vontade de ajudar extrapolam os limites, às vezes imposto pela falta de recursos materiais, exigindo improvisações nas ações e, por vezes, gastos de seu próprio dinheiro para oferecer o mínimo conforto possível a essa clientela carente emocional e financeiramente. Além disso, há o reconhecimento da importância do trabalho dos técnicos.

Tem um auxiliar que vai ali, que compra um xampu, né, que compra um sabonete para o doente. Entendeu? Então existe isso. Então eu acho que o compromisso é de todo mundo. Cada um do seu jeito. E o auxiliar que vai lá e inventa, porque o auxiliar, o técnico de enfermagem, olha, cada coisa assim que eles inventam pra facilitar o tratamento do doente, a evolução do doente, Eles tem uma coisa assim que eles inventam, que eles criam, que só eles. Eles fazem uma adaptação, sabe? Você aprende. Cada vez que você trabalha na assistência com esse pessoal, é um jeitinho diferente que ele dá pra dar um conforto pro paciente. (M001)

Eles sinalizam muito para a gente. Acho que o técnico faz uma complementação muito grande, porque eles são os nossos olhos também. Eles estão o tempo todo ali, né. (M010)

O profissional técnico de enfermagem existe desde 1966, porém, a regulamentação para o exercício profissional somente veio em 1986, com a Lei nº 7.498/86, regulamentada pelo Decreto-Lei nº. 94.406/87. Esta determina como dever privativo do enfermeiro, o planejamento, a organização, a coordenação, a execução e a avaliação dos serviços, bem como a prescrição da assistência de enfermagem. Aos técnicos de enfermagem é atribuída a participação no planejamento da assistência, da orientação e supervisão do trabalho de enfermagem, bem como a execução de ações assistenciais. Quanto ao auxiliar de enfermagem, está estabelecida a sua participação em nível de execução simples, em processos de tratamento, cabendo-lhe observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, executar ações de tratamento simples, prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente (LONGARAY; ALMEIDA; CEZARO, 2008).

A Resolução 276 do COFEN (2003) determina a complementação de auxiliares para técnicos de enfermagem, no prazo máximo de 5 anos, para quem se

formou a partir de 23 de junho de 2003, mas não extingue esta categoria profissional.

As novas realidades das categorias profissionais de enfermagem configuram mudanças também na divisão do trabalho entre enfermeiros e técnicos. Hoje os técnicos ficam também responsáveis por procedimentos que eram executados pelos auxiliares. Além disso, também sofrem com a sobrecarga determinada por administrações com perfil tecnicista que, visando lucro, não respeitam o dimensionamento correto dos recursos humanos. Junto a isso, os procedimentos técnicos cada vez mais delegados pelos enfermeiros, que por sua vez acabam ficando desviados da assistência direta ao paciente e detendo-se em tarefas administrativas mecanizadas.

A organização do trabalho de enfermagem tem sofrido influência deste fazer mecanizado, onde a divisão do trabalho fica entre o intelectual para o enfermeiro e o manual para o técnico. Isto pode gerar certos conflitos, que levam a uma desresponsabilidade pelo cuidado aos pacientes (MAGALHAES et al., 2006). Pode se enquadrar nesta problemática às condutas acerca da realização de punções e de administração de medicações. O delegar esses cuidados aos técnicos é hábito rotineiro. Não que o técnico legalmente não possa executá-lo, mas é necessário que o enfermeiro avalie sua qualificação emocional e tecno-científica para realizar tais ações, cujos erros podem levar a iatrogenias severas e/ou à morte (CARVALHO; CASSIANI, 2002).

A criatividade dos técnicos de enfermagem referendada pelos entrevistados pode ser discutida pela perspectiva estética do cuidado descrita por Santos et al. (2004). Esses autores afirmam que não se trata somente da busca da beleza, da organização e da limpeza. Trata-se também das garantias de justiça social e de direitos de cidadania. Essa categoria de enfermagem, motivada por sentimentos usa de maneira racional e/ou intuitiva suas habilidades profissionais e humanas para contemplar o direito a um cuidado humano digno.

3.4 Biossegurança: teorias e práticas sobre utilização de equipamentos de proteção individual e precauções

Esta categoria capta 753 unidades de registros que formam a base de 42 temas compondo 18% do corpus analisado. O seu conteúdo aborda as representações dos enfermeiros acerca dos equipamentos de proteção individual e de precauções, suas práticas de uso e seus significados no contexto do cuidado a pacientes que vivem com HIV/Aids.

A importância dos equipamentos de proteção individual (EPI) perpassa todas as falas, uma vez que eles são representados como artigos fundamentais para a realização de procedimentos. Nos depoimentos, os entrevistados apontam sua valorização pelas equipes, mas também confirmam as negligências em sua utilização, não só pela enfermagem, como pelos vários profissionais na saúde e ainda pelos próprios pacientes.

Eu acho que há muita falha no uso desses equipamentos, às vezes, ele é usado, as pessoas valorizam demais, mas não usam de forma adequada. Já presenciei negligência da equipe e até de médicos. (M027)

Eu acho que aqui no hospital eu consegui fazer com que a equipe utiliza-se direito. Bem, alguns equipamentos de proteção individual. Eu acho que a gente trabalha e usa como deve ser feito. (M16)

Eu vou te ser sincera, eu sou uma que eu não sei puncionar paciente com luva. É arriscado? É. Eu sei que eu estou errada? Sei. O que eu ouço falar não é tão bom assim. Aqui ninguém usa óculos de proteção. Nem os pacientes. A não ser um médico ou outro que vai fazer uma pulsão lombar. Também é uma situação muito rara. A gente sabe que a gente tem que usar mas a gente não utiliza. (M004)

São muito resistentes. Os auxiliares e técnicos eles são muito, tem que ir introduzindo as coisas sempre com muita sabedoria, sempre com muita, desfaçatez até, porque se você falar assim: Se você pegar nessa comadre sem luva você estar arriscado a se contaminar. Mas eu não vou me contaminar. Aí você tem que falar assim: Mas se cair o xixizinho na sua mão. Você tem que sempre dando uma contornada. (M002)

Não é utilizado por todos. Principalmente os óculos, os óculos de proteção. A máscara é utilizada, mas, às vezes, chega a ser esquecida. Mas, mas o óculos, que não é utilizado, às vezes se usa, mas não dá para falar senão complica. (M009)

Apesar de alguns sujeitos registrarem que nunca presenciaram negligência, os que confirmaram a existência deste fato justificam-no de várias maneiras. Uns disseram que existe o hábito da sua não utilização e outros se referiram à crença das pessoas de que os acidentes nunca aconteceriam com elas. Ressalta-se, ainda, que a maioria dos sujeitos não justificou a negligência pela falta de material.

Contrariamente, fizeram colocações a respeito da preocupação da instituição em fornecer sempre esses equipamentos e, por fim, pontuaram que a máscara N-95 é trocada mensalmente ou quando necessário.

É, esquece, acha que não vai acontecer com a pessoa porque, até aqui tem que usar a máscara, aqui é o corredor, até aqui tem que estar de máscara porque tem que estar sempre de máscara, mas não há aquela vigilância e esquece, não se preocupa tanto, é mais quando entra na enfermaria. Mas, tem que ser, acho que negligenciam mesmo. (M009)

Eu acho que é resistência ao vício mesmo. O mal vício. O vício de fazer as coisas erradas. Você já está tão habituado que você já faz aquilo lá automaticamente. (M004)

Já teve algumas falhas, não por falta de material, falta de conscientização. (M006)

A respeito dos acidentes houve referência de que geralmente aconteciam coincidindo com a negligência, mas os sujeitos destacam a possibilidade de que, mesmo com a utilização dos EPI, eles podem acontecer. A preocupação e o cuidado com a utilidade e a utilização desses equipamentos aumentam após um acidente, quando sua importância fica mais evidente e as consequências de sua ausência ou de seu não uso, também. Foi também abordado o conhecimento de todos os profissionais sobre os riscos e os prejuízos da não utilização.

Mas assim, a questão do EPI pra eles aqui é bem claro, eles sabem que se eles não fizerem isso eles vão se prejudicar, então assim, eles estão correndo risco o tempo todo, como todo mundo, mas aqui no caso como tem pacientes com problemas infectantes, então assim, o risco é maior pra você. Então ninguém quer se expor e levar isso pra casa, de alguma forma. Então eles se protegem muito por isso. (M021)

No cotidiano desses sujeitos, o EPI mais usado é a máscara N-95. A incorporação de sua utilização aconteceu ao longo dos anos, considerando que a associação tuberculose e Aids se deu já nos primeiros casos da síndrome, com um importante recrudescimento da primeira que, à época, se apresentava em um importante processo de queda em sua incidência e prevalência. Além disso, o cenário de estudo constitui-se em um *locus* de referência para tratamentos relativos ao *Mycobacterium tuberculosis*.

Eles não. Usam bastante a máscara, o capote descartável, os óculos no olho. Então veja, o técnico, o enfermeiro, eles até podem usar, mas não de uma forma rotineira, uma coisa que é pra usar todo dia. É muito falha. (M006)

Respeitam. Ninguém anda sem máscara. Até porque é um hospital de tuberculose, né. (M023)

Mascara N-95 é praticamente obrigatória. Até porque a gente não tem só HIV. Aqui é hospital de referencia de HIV e tuberculose. (M004)

Os depoentes afirmaram que existem normas na utilização dessas proteções e que não se devem utilizar mais equipamentos que o necessário para o cuidado a que se propõem. Isto nos remete à averiguação do uso exagerado. Embora muitos tenham relatado a não identificação da exacerbação no uso, este comportamento foi verificado por alguns que o atribuíram a três motivos distintos, quais sejam: pelo uso desnecessário e descompromissado, pela péssima qualidade do próprio EPI e pelo fato do cuidado estar sendo prestado a uma pessoa que vive com HIV/Aids.

Eu já vi funcionário usar, por exemplo, duas luvas para puncionar o periférico, são tanto que eu presenciei. O paciente era soropositivo (M16)

Não. Até o contrário. Diz que perde o tato, não, esse aí eu não posso usar luva porque se não eu perco o tato. (M002)

Eu não sei se é exacerbação. O que acontece? A gente tem mudanças de materiais o tempo todo. Por exemplo, a gente está com uma máscara agora que eu não acho muito adequada. A gente fez um parecer negativo, mas enfim, a máscara continua com a gente porque eles acham que ela é eficaz. Eu acho que não é. Não só eu como várias pessoas. Mas tudo bem, eles falam que é segura. Aí tem a luva de procedimento que se você colocar só uma, quando você está colocando ela rasga. Então assim, é melhor você colocar duas ou três pra se prevenir, porque uma luva só não vai garantir que você vai estar seguro. Então assim, não é exacerbação, é precaução. De repente você vai colocar um capote, quando você coloca o capote um braço rasga. Então vamos colocar dois, porque o material não é de boa qualidade. Então essa exacerbação na verdade é uma precaução pra você, porque o material não é de boa qualidade. (M021)

Olha, é como eu estou te falando, eu acho que tem pessoas que ficam até um pouco mais neuróticas do que eu nesse sentido, né. Assim, questão de mulher, né, usar toca porque vai entrar numa enfermaria. Mas assim, ta, toca, tudo bem, é proteção, mas assim, não é necessária. (M021)

Exacerbação não. Muito pelo contrário. É mais pela negligência, né. As vezes tá difícil o acesso, aí vai lá, punsiona sem luva mesmo. (M023)

Não. Hoje em dia não acontece mais (M009)

Como já discutido por Formozo (2007), a decisão de usar ou não os EPI apresenta-se como um processo multifacetado no cotidiano dos profissionais. Por um lado, pode-se percebê-lo como fruto de uma decisão individual e particular e, por outro, como conseqüência direta da organização hospitalar em seus aspectos gerenciais e infra-estruturais. Ao mesmo tempo, entrecruzando este ponto de interseção, encontram-se duas questões fundamentais, quais sejam, aquela relacionada à construções imaginárias e até preconceituosas acerca dos indivíduos que vivem com o HIV e aquela oriunda dos hábitos adquiridos no processo de trabalho.

Diversos autores, como Formozo (2007) e Costa (2007) pontuam a existência de sentimentos e atitudes negativas, notadamente o preconceito, nos profissionais

de saúde em seu processo de cuidar de soropositivos para o HIV. Este preconceito se explicita no uso exacerbado de materiais de proteção, especialmente luvas, no distanciamento físico e na concretização de julgamentos morais das condutas adotadas antes e depois do diagnóstico.

No entanto, outros profissionais que já trabalhavam nas instituições de saúde antes do aparecimento do HIV ou antes dos primeiros casos em suas respectivas unidades, construíram hábitos que desconsideram a necessidade de biosegurança em seus cotidianos ocupacionais, o que dificulta a sua adoção no presente momento.

As práticas na utilização dos EPI foram descritas das seguintes formas: as luvas e os capotes devem ser sempre utilizados durante os cuidados de pacientes em precaução de contato; a aspiração de vias aéreas exige utilização de óculos de proteção; e os cuidados em pacientes em precaução respiratória exigem o uso de máscaras N-95. Deve-se sempre usar luvas para realização de punção venosa e a substituição de drenos exige uso de máscara, gorro, luvas, capote e óculos.

Uma luva, capote, o paciente está em precaução de contato? Luva e capote. Vai fazer alguma aspiração, alguma coisa? Coloca óculos pra se proteger. É isso, não precisa mais do que isso. (M021)

As precauções foram igualmente representadas como proteção, tanto do paciente quanto dos profissionais. Como na utilização de EPI, existem discordâncias sobre sua utilização e respeito aos limites impostos pelas precauções por parte de todos profissionais e pacientes.

É importante, com certeza é importante, mas acho que tem que haver um critério, não assim, se você lidar diretamente com o doente manter um contato íntimo, é importante você estar paramentado, mas não assim algo sem critério. (M027)

É o que eu estou te falando, se as pessoas não usarem máscaras no isolamento do paciente multi-resistente, elas vão se contaminar. Então isso é fundamental, isso é básico. Mas tem o lado inverso. De repente você tem um paciente multi-resistente e você está conversando, você fala com ele, e ele não absorve aquilo que você está falando da melhor maneira possível, tentando esclarecer da melhor maneira possível. Então use EPI você. Se ele não quer se precaver, você não tem condições de dar orientação direito pra ele e ele não absorve essa orientação, então você se proteja. De repente a gente não tinha necessidade de estar usando máscara aqui fora, mas infelizmente em determinados momentos a gente tem que usar máscara aqui fora." (M021)

Bom, pela equipe de enfermagem isso é feito direitinho, mas pela equipe médica é meio complicado. Eles deixam portas, por exemplo, tuberculose, eles deixam os consultórios abertos, às vezes, o multi-resistente eles deixam aberto. Os pacientes de isolamento têm que estar utilizando equipamento, por exemplo, esteto, termômetro e aparelho de pressão [...] só MRSA eles não levam às vezes o posto, não é a equipe de enfermagem não, a gente não tem este problema não, as

peessoas tem cuidados, o problema é a equipe médica, sempre é a equipe médica. (M016)

O medo e o receio de contaminação aparecem como referência às precauções. Há também referências ao desprazer em se trabalhar com material infectado e em local contaminado. Porém, a maioria dos entrevistados revela que essa condição faz parte da profissão. Os sujeitos abordam que não acostumam e nem acham agradável trabalhar nessa realidade, mas não há sentimentos ou problemas que impeçam a realização do cuidado nesses ambientes. Para eles tornou-se algo natural, normal e não assusta. Enfatizam que existem riscos, mas que usam o conhecimento científico de utilização de equipamentos de proteção para diminuí-los.

Não, eu não tenho. Parece até que sou técnica, para falar de EPI. Porque, assim, claro é um cuidado normal, eu acho que você tem que ter os cuidados. Mas, assim, eu não me preocupo tanto com isso, com sinceridade. Eu acho que você sabe muito bem se você está se contaminando ou não, se você está se expondo ou não e se você está usando EPI ou não. (M027)

Então, a gente sabia que ia lidar com isso o tempo todo, as pessoas falam isso o tempo todo na faculdade. E quem entrou na nossa área sabe que isso vai ser normal. O fato de ser normal não quer dizer que você tenha que se acostumar a fazer determinadas coisas e que vai achar tudo normal. Tem coisas que até hoje me dão náuseas e tudo, mas assim, você enquanto enfermeiro, você tem que se manter naquele, como eu vou dizer? Manter a linha, vamos dizer assim, né? Então assim, não é uma coisa agradável de se fazer, mas é uma necessidade, porque você está bem, teoricamente você faz parte daquele grupo, daquele equipe e aquele paciente está dependendo de você pra ser cuidado. (M021)

Por ser uma realidade pra mim, isso não me assusta não. É o que eu falei pra você, se eu tiver que pegar, se tiver que contrair. Existe um risco. (M023)

Em relação às práticas, foi pontuado que a tuberculose exige precaução respiratória, que a infecção por *Estafilococcus aureus* resistente a meticilina (MRSA) e *Enterococcus sp.* resistente a vancomicina (VRE) exigem precaução de contato, que pacientes que chegam de outra unidade ficam em precaução de contato para rastreamento, pacientes em precaução de contato devem ter materiais para exame físico individualizados e as precauções são universais.

Contato? Respiratória quando tem tuberculose. Precaução de contato são aquelas doenças tipo MRSA e VRE. (M004)

Precaução de contato. Um paciente que veio de outra unidade, né. Teoricamente a gente sabe que o paciente precisa ser rastreado né, tem que colocar a precaução de contato (M015)

A visão sobre o que os enfermeiros pensam acerca do que os pacientes HIV/Aids sentem e/ou percebem quando são cuidados em situações específicas de

precaução por um profissional totalmente paramentado, também foi assunto de interesse da pesquisa. Quase a totalidade dos entrevistados fez associações a sentimentos ruins. Para eles, os pacientes deveriam se sentir mal, discriminados e à beira da morte. Houve alguns relatos que indicavam sentimentos de normalidade em relação ao assunto em questão, pois consideravam que os pacientes já estavam acostumados com as rotinas hospitalares de utilização de EPI.

Olha, eu acho que ele deve se sentir mal. Ele deve se sentir, “nossa, meu Deus do céu, a que ponto que eu cheguei?”. Eu acredito que deva passar isso na cabeça dele. “Pra uma pessoa se proteger de mim desse jeito eu devo estar muito ruim”. (M021)

Pois é. Ele pensa “o cara está com medo de mim”. Eu pensaria isso. [...] Eu me sentiria muito mal. (M027)

Biossegurança é um conjunto de ações que visam prevenir, diminuir e/ou eliminar riscos de doenças para os indivíduos, os animais, o meio ambiente e o meio de trabalho (SANTOS et al., 2008). A utilização correta de EPI, das precauções e das técnicas assépticas são bases para uma assistência segura de enfermagem. Quando esta acontece em setores que trabalham diretamente com doenças infecciosas, contagiosas e parasitárias, os riscos biológicos, químico, físicos e psicológicos aumentam (SANTOS et al., 2008).

Os EPI são dispositivos com finalidade de manutenção da integridade física e da saúde dos seus usuários (SKRABA; NICKEL; WOTKOSKI, 2006; MARUDIAN, 2002; BRASIL, 2001) Os equipamentos de proteção individuais mais usados no âmbito hospitalar são: luvas, máscaras, gorros, óculos de proteção, capotes (aventais) e botas e atendem às seguintes indicações: Luvas - sempre que houver possibilidade de contato com sangue, secreções e excreções, com mucosas ou com áreas de pele não íntegra; Máscaras, gorros e óculos de proteção - durante a realização de procedimentos em que haja possibilidade de respingo de sangue e outros fluidos corpóreos, nas mucosas da boca, nariz e olhos do profissional; Capotes (aventais) - devem ser utilizados durante os procedimentos com possibilidade de contato com material biológico, inclusive em superfícies contaminadas; Botas - proteção dos pés em locais úmidos ou com quantidade significativa de material infectante. Sua utilização está vinculada à Norma Regulamentadora nº. 6 da Portaria nº. 25, de 17.10.01 (BRASIL, 2001). A falta de atenção e de consideração da importância desses artefatos expõe os profissionais a acidentes ocupacionais (SANTOS et al., 2008).

Precauções padrão ou básicas em Biossegurança são medidas preventivas que devem ser utilizadas para todos os pacientes, na manipulação de sangue, secreções e excreções e em contato com mucosas e pele não-integra, independentemente do diagnóstico definido ou presumido de doença infecciosa. Todo o paciente deve ser considerado como potencialmente contaminado. Essas medidas incluem a utilização de Equipamentos de Proteção Individual, com a finalidade de reduzir a exposição do profissional a sangue ou fluidos corpóreos e os cuidados específicos recomendados para manipulação e descarte de materiais perfuro-cortantes contaminados por material orgânico. As precauções básicas auxiliam os profissionais nas condutas técnicas apropriadas à prestação dos serviços (SANTOS et al., 2008).

Gir et al. (2004) afirmam que as normas de biossegurança no trabalho são fundamentais. Assim também pensam os sujeitos deste estudo. Porém, mostram vulnerabilidade nessas representações quando detectam negligências em suas práticas de trabalho. Outro ponto comum ao estudo dos referidos autores foi a subestimação do potencial risco de contaminação por parte dos profissionais de enfermagem. A incredulidade sobre os riscos de contaminação gera a baixa adesão ao uso das normas e este fato é citado por vários autores, especialmente Santos et al. (2008) e Gir et al. (2004). Os profissionais no meio hospitalar entram em um modo de fazer tão intenso e mecanizado que não param para pensar nos riscos de contaminação. Esta rotina aumenta a confiança em relação ao local de trabalho, aos materiais que manipula e as pessoas com quem lidam que omitem desde procedimentos elementares como lavagem das mãos até a entrada em ambientes de alto risco sem as devidas proteções (LONDONO; MOREIRA, 2003).

Na área da saúde, a contaminação por patógenos veiculados pelo sangue pós exposição ocupacional tem sido abordada por vários autores (CANINI et al., 2002; BRANDI, 1998; SOENRENSE et al., 2009; FLORENCIO et al., 2003). Marziale, Nishimura e Ferreira (2004) identificaram, em seu estudo, que a manipulação de material perfuro-cortante e a maneira e o local do seu descarte foram motivos causadores de acidentes, sendo o primeiro líder em número de casos. O artigo de Almeida e Benatti (2007) também demonstra que a causa da maioria dos acidentes foi a manipulação inadequada de agulhas.

Os riscos de transmissão do HIV por acidente com perfuro-cortantes de pacientes-fonte sabidamente positivo varia de 0,3 a 0,9%, enquanto os de hepatite B

é de 6 a 30% e hepatite C, de 1 a 10% (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2001). Os acidentes de trabalho com sangue e outros fluidos potencialmente contaminados devem ser tratados como casos de emergência médica, uma vez que as intervenções para profilaxia da infecção pelo HIV e da hepatite B necessitam ser iniciados logo após a ocorrência do acidente, para a sua maior eficácia.

Preocupados com a transmissão desses patógenos, Siegel et al. (2007) revisaram as recomendações para prevenção da transmissão do HIV e de outros patógenos veiculados pelo sangue em estabelecimentos de assistência à saúde e recomendaram a utilização das precauções universais, atualmente denominadas precauções-padrão, como medida de prevenção para esse tipo de exposição.

Tipple et al. (2004) falam sobre as possibilidades de acidentes, mesmo com o uso de EPI, o que vai ao encontro do pensamento dos sujeitos, à medida que se compreende que as medidas de biossegurança são para minimizar riscos e não eliminá-los. Algumas normas devem ser seguidas durante a realização de procedimentos que envolvem o manuseio de material pérfuro-cortante (RECOMENDAÇÕES..., 2004): extrema atenção durante a realização dos procedimentos; nunca utilizar os dedos como apoio; os materiais pérfuro-cortantes devem ser desprezados em caixas coletoras resistentes à perfuração e com tampa para prevenção de acidentes; os recipientes específicos para descarte de material não devem ser preenchidos acima de 2/3 de sua capacidade total, permanecendo próximos do local onde é realizado o procedimento; e, finalmente, nunca reencapar, remover, quebrar ou entortar as agulhas das seringas usadas. Faz-se mister, também, apresentar as medidas de prevenção ditadas pelo Ministério da Saúde, quais sejam: boa qualificação técnica dos profissionais; domínio das técnicas utilizadas; boas condições de trabalho; uso de equipamentos de proteção individual; conhecimento das precauções básicas em biossegurança; e imunização.

Santos et al. (2008) e Formozo (2007) articulam a biossegurança com a teoria de representações sociais uma vez que as atitudes de respeito às precauções e à utilização de EPI não são limitadas a uma lógica racional, mostrando-se dependentes de fatores que vão além do conhecimento científico puro e sofrendo influências de natureza psicossocial e sócio-cultural. Em seu artigo, os autores constataam que o posicionamento dos profissionais frente à biossegurança é expresso com elementos favoráveis, mas correlacionam a infecção hospitalar com

possíveis práticas adotadas pela enfermagem. Esta postura não causa estranheza visto que as representações dos sujeitos deste estudo são semelhantes. Para Gir et al. (2004), todos aceitam teoricamente as normas de biossegurança, no entanto, elas ainda não permeiam a prática diária com a mesma intensidade. Neste sentido, os mesmos autores consideram que os valores atribuídos ao risco de infecção são distintos e dependentes da categoria profissional, da atividade executada e do tempo de experiência na assistência a pacientes.

O acidente ocupacional pode ter repercussões psicossociais, levando a mudanças nas relações sociais, familiares e de trabalho (MARZIALE; NISHIMURA; FERREIRA, 2004). Com o advento da Aids, a situação torna-se mais preocupante, levando a mais pesquisas em biossegurança, principalmente após o primeiro caso comprovado de contaminação por acidente ocupacional acontecido com uma enfermeira na Inglaterra, em 1984 (ANDRADE; SANNA, 2007; CANINI et al., 2002; ALMEIDA; BENATTI, 2007; SCHEIDT; ROSA; LIMA, 2006; ODA; ROCHA; TEIXEIRA, 1996).

É necessária, então, a retomada das vertentes representacionais sobre o HIV/Aids para os enfermeiros. O medo do início da epidemia, oriundo de pensamentos dispersos no meio social através da imagem de morte ligada à Aids, determinava comportamentos e atitudes profissionais exacerbados e excludentes. Os profissionais paravam-se de maneira descabida para cuidar dos pacientes, mantendo-se distantes o máximo tempo possível. Com a evolução do conhecimento científico proporcionando melhorias na qualidade de vida dessas pessoas, principalmente após as modernas terapias medicamentosas anti-retrovirais, muitas mudanças sociais passam por processos de transformação. O perfil social da doença mudou. O conceito de grupos de riscos inicialmente usado é substituído pelo de vulnerabilidade à doença, o que permite entender que todo e qualquer indivíduo pode adquiri-la. Esta situação vai depender das condições individuais de exposição ao vírus, que estão ligadas às avaliações objetivas, éticas e políticas em relação aos modos viventes e os elementos que favorecem a construção de alternativas reais para a proteção de todos (AYRES, 1997).

Reportando este pensamento para o mundo do trabalho, pode-se concluir que o comportamento e a decisão de utilização ou não de EPI e a adoção de atitudes de respeito às medidas de precauções estão intimamente ligados ao fenômeno HIV/Aids. Este universo é dependente do conhecimento sobre biossegurança, da

dinâmica de trabalho, dos investimentos institucionais nessa questão e da decisão subjetiva de cada um.

3.5 As bases para o cuidar: uma exploração de infra-estrutura e dos aspectos tecnológicos e relacionais

Baseada em 582 unidades de registro que solidificam 36 temas e constituem 14% do total do corpus de análise, surgiu a 4ª categoria deste estudo. Seu conteúdo é dividido em duas subcategorias que mostram o cuidado de enfermagem para pessoas que vivem com HIV/Aids a partir das condições de infra-estrutura e de utilização de tecnologias.

3.5.1 Aspectos infra-estruturais do cuidado de enfermagem a pessoas que vivem com HIV/Aids

O aspecto infra-estrutural foi visto pela maioria dos participantes como algo que não precisa de especificidade para o cuidado de pessoas que vivem com HIV/Aids. Alguns até fazem afirmativas quanto à sua existência, mas pontuam itens que, devido ao fato do hospital ser antigo ou pelo seu sucateamento e falta de manutenção, não exista. Abordam também a necessidade de um centro de terapia intensiva para a atenção aos pacientes graves.

Eu acho que deveria ter. Eu acho que aqui deveria ter um, eu não diria nem um CTI, mas uma unidade semi intensiva, que tivesse uns equipamentos, que tivesse um desfibrilador, que tivesse um respirador, pelo menos pra gente poder, no caso do paciente agravar, dar condições dele aguardar uma transferência. (M015)

Olha, infra estrutura específica não, mas a infra estrutura tem que ser melhorada porque esse hospital é um hospital muito antigo, aqui no caso, especificamente, né. Esse hospital tem quase, sei lá, 60 anos daqui a pouco. (M021)

Na verdade assim, aqui é um hospital que é de baixa complexidade, então pacientes que vem de uma situação de complexidade muito maior não vão ter condições de ficar aqui. Embora seja referência no tratamento do HIV, mas assim, pacientes crítico não tem como, porque a gente não tem UTI. (M023)

Os entrevistados pontuam itens considerados infra-estruturais necessários para prestação de cuidados no hospital, quais sejam: ventilação adequada, boa iluminação, ambiente limpo, camas adequadas, recursos humanos suficiente, rede de gases, balão de oxigênio, máscaras para macro-nebulização e nebulização, quartos suítes, enfermarias amplas, aspirador e área de laser.

Precisa de uma enfermaria ampla, iluminada. (M014)

Então assim, de repente a estrutura dele não é uma estrutura adequada, em relação à ventilação, à iluminação. [...] Uma ventilação adequada, uma iluminação adequada, uma cama adequada, um processo todo de uma forma legal. (M021)

Uma cama mais articulada, profissional. (M009)

Eu acho que tem que ter estrutura diferente de acomodação, né. Nós recebemos pacientes muito debilitados. Muito. Com seqüelas neurológicas graves. Alguns precisam de leitos confortáveis, de contenções. Né? Eles precisam ser contidos porque eles estão inconscientes, eles chegam aqui agredindo as pessoas porque eles estão sem consciência [...] Então acho que eles precisam sim de mais conforto. De camas mais confortáveis, colchões confortáveis. (M018)

A gente não tem rede de gases, então, aqui o hospital não tem estrutura pra isso. Mas de resto, em termos de material técnico, ele tem estrutura. Não falta equipamento de proteção individual, não falta nada para o paciente. (M023)

Relataram também a necessidade de tecnologia para exames, dispondo apenas de raios-X e exames laboratoriais.

o mínimo você tem que ter exames laboratoriais você precisa, mas nada diferente dos outros pacientes. (M014)

Observações mais detalhadas foram feitas acerca de alguns dos itens acima. Em relação à ventilação, os depoentes focam o fator contaminação dos profissionais de saúde como o mais preocupante e, ao mesmo tempo, esboçam elogios à higienização do hospital. Quanto às camas, os relatos abordam a sua inadequação e o longo tempo de uso, o que indica a sua necessidade de troca. Afirmam não existir rede de gases no hospital, apenas balões de oxigênio. Não havendo vácuo canalizado, há necessidade de aspiradores portáteis. As máscaras para nebulizações e macronebulizações têm baixo quantitativo, não sendo possível a troca no tempo recomendado pela comissão de infecção hospitalar local. A necessidade de áreas de laser foi correlacionada ao longo tempo de internação dos pacientes.

Eu não sinto cheiro de hospital aqui. Diferente dos outros hospitais, eu não sinto cheiro de sangue, de fezes, de urina. Primeiro que eu estou sempre de máscara e a limpeza aqui é muito bem feita. (M024)

Então eles precisam dessa estrutura, precisam ter condições de ventilação, que aqui tem muito mosquito, então se eles não estiverem com o ventilador ligado em cima deles eles ficam expostos até a contrair outras doenças (M018)

Quer dizer, a infra estrutura você está abrangendo o que? A parte física, né? Eu acho que sim. Eu acho que são pacientes que deveriam ter, não sei, não era pra esse país talvez né, mas um espaço de atividades praquele paciente que está ali internado, ele estar sendo acompanhado por psicólogos e ter atividades mesmo pra ele desenvolver naquele período de internação, né. Então eu acho que a gente não tem esse espaço físico pra isso. (M012)

Aqui não tem rede de gás, mas a gente usa o balão de oxigênio. Então os balões de oxigênio não faltam, tem um controle direitinho. O funcionário, quando vê que está acabando, ele já trás outro pra substituir. A gente tem dificuldade pelo material, mas não falta. Mas, às vezes, assim, às vezes, eu não consigo trocar todas as máquinas de oxigênio, vamos supor, o paciente que está com máquina de nebulização, de repente, eu não vou conseguir trocar todas, mas ele não vai ficar sem. (M023)

A questão dos quartos suítes foi ponto de destaque e vislumbra dois aspectos importantes. O primeiro considera o fato da convivência entre os pacientes sob o foco do adoecimento. O fato de estarem na mesma enfermaria, presenciando fases de piora do estado físico de outro, vendo assim um possível reflexo de sua futura condição. O segundo aborda a questão da contaminação cruzada, pois pacientes com tuberculose, especialmente os bacilíferos que podem ter bactérias de sepsas diferentes, ficam em um mesmo local habitando por longo tempo o ambiente. Também encontram dificuldades com relação ao número de banheiros. Por vezes, pacientes em precauções diferentes precisam usar o mesmo banheiro.

As enfermarias, você tem três pacientes juntos numa mesma enfermaria, né, com aquele mobiliário todo ruim, as mesinhas com coisas, aí um bota televisão. Quando o paciente agrava, esse mês a gente teve uma experiência, um único paciente, ele viu três pacientes morrer. [...] O paciente morreu. Ele viu um só. E o outro viu três. Isso também dificulta muito, né. Você imagina? você já tem uma bagagem, já está com toda uma patologia, né. Igual como outras patologias, né. Como câncer. O cara tem uma doença grave, uma doença crônica que na cabeça dele ele vai morrer. É um atestado de óbito, como eu falei. E vê paciente morrendo, morrendo, ele pensa: "o próximo vai ser eu". Essa dificuldade existe. (M001)

Olha, a gente, às vezes, usaria assim um local em que eles ficassem em quarto privativo e a gente não dispõe disso, entendeu? Uma opção de passeio, né? (M013)

Eu acho que assim, em relação aqui. Infelizmente tem vários pacientes com os problemas diferentes. Todos com Aids, mais é uns com um tipo de precauções outros não, então na mesma enfermaria, um único banheiro pra todos os pacientes, os clínicos e os da pneumologia. (M019)

A infra-estrutura também é vista sob o aspecto da contemplação das necessidades de atendimento à clientela que vive com HIV/Aids e suas conquistas ao longo dos anos.

Eles têm que ter opção de hospital Dia, têm que ter especial para eles. Eles tem que ter passagem, transporte, tem que ter o local para eles fazerem a medicação deles,

meia hora, uma hora e ir embora. Ele não precisa ser privado da liberdade dele para fazer a medicação diária. (M018)

O cuidado de enfermagem no cenário em questão visto a partir de um ambiente adequado e saudável para a recuperação dos pacientes sugere uma releitura das idéias de Florence Nightingale e, conseqüentemente, da assim chamada Teoria Ambientalista. Desde meados do século XIX, esta enfermeira e teórica aborda a relação do ambiente com a saúde física dos indivíduos, preocupando-se com a transmissão de doenças. Assim, pensar em enfermagem nos dias atuais, dentro das condições inapropriadas dos serviços de saúde pública, implica em cuidados administrativos e atitudes de compromisso diante dos fatores que influenciam direta ou indiretamente na qualidade de um local saudável tanto para profissionais e técnicos como para os pacientes. Apesar disso, ainda nos deparamos com as dificuldades da apreensão deste conteúdo e sua efetiva prática. Torres (1993) corrobora com esta idéia quando afirma que

pode haver a tentação de encarar suas idéias como 'fora de moda' ou 'desatualizadas'. Tal postura precisa ser evitada, uma vez que inúmeras de suas idéias importantes acerca de enfermagem ainda não estão universalizadas, colocadas em execução, na prática atual.

A preocupação com o ambiente e a infra-estrutura espacial do cuidado ganhou destaque com a obra de Nightingale, notas sobre enfermagem, em que, de modo detalhado, ela fala sobre cada um dos aspectos que possuem relação com ele, como ventilação, temperatura, odor e iluminação, entre outros aspectos. Os sujeitos, neste sentido, permanecem tensionados entre as exigências básicas de uma estrutura do cuidado, como estava Florence, e as inovações tecnológicas e do perfil epidemiológico em que se necessita de aparelhagem e uma dimensão espacial para o atendimento de agravos, como aqueles relacionados à alta complexidade.

Oliveira (2004), em seu artigo, aborda o projeto de reforço à reorganização do Sistema Único de Saúde (REFORSUS) como iniciativa do Ministério da Saúde brasileiro em parceria com o Banco Mundial e do Banco Interamericano de Desenvolvimento, que objetivava a recuperação física e tecnológica da rede de serviços existente no Sistema Único de Saúde e o incremento à gestão do sistema, nos seus diversos níveis de atuação. De acordo com o autor, a partir desta ação, foram realizadas 562 obras de reforma, conclusão e ampliação em todo o território nacional. Além disso, foram adquiridos, na categoria equipamentos hospitalares,

mais de 120.000 itens, dentre estes, mais de 1000 equipamentos de alta complexidade, configurando um dos maiores aportes de tecnologias já feitos no âmbito do SUS.

O projeto focava a flexibilidade e a qualidade dos espaços já existentes, tendo como base a humanização o que para Oliveira (2004, p. 4):

Humanização na arquitetura hospitalar é aqui definida como a adoção de uma visão *holística* na concepção dos projetos, evitando focalizar somente nos aspectos puramente técnicos, normativos e de prevenção de infecções, mas também no bem estar físico e mental dos pacientes e seus acompanhantes, através da utilização de espaços bem iluminados, materiais e cores apropriadas, etc.

Em um estudo que investigou a infra-estrutura de hospitais públicos de Florianópolis foi verificado um alto percentual de falhas e de deficiências em requisitos básicos de funcionamento, baseados na falta de conhecimento de normas existentes para cada setor e falta de fiscalização da vigilância sanitária (NUNES; OJEDA, 2001). A situação do cenário do estudo em questão mostra-se semelhante, pois sua estrutura parece não atender os objetivos humanísticos de cuidado e ainda pode vir a causar outros tantos devido às dificuldades para o atendimento a pacientes críticos, o que pode suscitar dúvida sobre negligências.

A Portaria nº 1970/GM de 2001 libera, para utilização, o manual brasileiro de acreditação hospitalar (BRASIL, 2002) que serve como guia para adequação dos hospitais com o objetivo de melhor eficiência, eficácia e efetividade na atenção e na qualidade de assistência à qual os usuários têm direito. Esta ferramenta é importante, pois nela estão os itens que devem ser atendidos pelos gestores para que os hospitais sejam reconhecidamente qualificados. Dispõe sobre vários itens de estrutura, tecnologia, procedimentos e recursos humanos nos vários setores hospitalares. O atendimento dessas normas poderia tornar mais seguro o ambiente hospitalar tanto para pacientes como para seus funcionários.

Em relação aos direitos das pessoas que vivem com HIV/Aids, foi elaborada a "Declaração dos direitos fundamentais da pessoa portadora do vírus da Aids" (GRUPO DE APOIO À PREVENÇÃO À AIDS, 1989). Ela dispõe sobre direitos individuais, sociais e assistenciais desses indivíduos. Posterior a esta data vieram várias leis que, dentre tantas abordagens, garantem total atendimento de saúde a essa clientela, em qualquer esfera gerencial de governo e em qualquer nível de atendimento.

3.5.2 Aspectos tecnológicos no cuidado a pessoa que vive com HIV/Aids

As referências sobre tecnologia abordadas pelos sujeitos estão basicamente ligadas às necessidades de atendimento aos pacientes críticos. Eles ressentem-se da falta de suporte para o atendimento de terapia intensiva e ratificam a sua necessidade devido a várias complicações advindas das co-morbidades desenvolvidas por pacientes que vivem com HIV/Aids. Pontuam a necessidade de oxímetro, desfibrilador, bombas infusoras, alimentação enteral e parenteral, monitores cardíacos, respiradores mecânicos, medicações próprias de terapia intensiva e mão de obra capacitada para o atendimento dessa clientela. Relatam que algumas dessas tecnologias existem no hospital, mas estão limitadas ao centro cirúrgico, que fica distante das enfermarias e se mantém fechado à noite e nos fins de semana.

E a gente precisa de um oxímetro de pulso dentro do setor. Precisa de um desfibrilador, monitor cardíaco, respirador, porque agravam, acaba parando ou tem alguns que fazem arritmia por conta de alguma medicação, E aqui, por exemplo, não tem equipamento adequado né. Pacientes que agravam acabam sendo entubados, e precisam de um centro de terapia intensiva. E às vezes a gente transfere para o centro cirúrgico, porque lá tem monitor, como é que é o nome do monitor? É multi parâmetro, para a gente monitorar esse cliente que tem o respirador volumétrico. Só que a gente não tem profissional especializado né. Para estar tratando, e nem medicação para estar tratando do paciente. Medicação específica, paciente chocado, né. Aí é complicado. (M016)

carrinhos de parada, que mais? Um aspirador, isso na enfermaria, mas acho que no hospital tinha que ter um ventilador mecânico o básico tem que ter. (M014)

Alimentação enteral aqui se usa. Não sei se tem mais aqui. Eu acho que aqui atende bem nesses casos. (M026)

Tem que ter um respirador mecânico, tem que ter material pra ventilação mecânica respiratória, então material pra muitos pacientes, porque ninguém entuba porque não tem o respirador. (M005)

Representam esta situação como um fato complicado e desesperador, ficando o cuidado a pacientes graves dificultado pela falta de suporte. Ainda na perspectiva de atendimento a pacientes críticos, apresentou-se o fax como ferramenta necessária para comunicação com a central de vagas hospitalares do sistema público de saúde, já que nas situações extremas precisam transferir os pacientes para um atendimento mais qualificado.

Quer dizer, muitos pacientes agravam, chegam a ser entubados e fica bem desesperador. (M016)

Porque não tem recurso. Às vezes, precisa de um respirador. Porque não tem respirador. Muitas vezes só tem um médico de plantão. Então aqui tem essa coisa, se o paciente complicou transfere. (M026)

Quando eu cheguei aqui tinha um paciente gravíssimo. Eu falei, “meu Deus, porque não pediram vaga na central? Tinham duas vagas no hospital de Bonsucesso”. “Ah, não dá porque aqui não tem como pedir porque não tem fax”. Eu falei, “mas porque não tem fax não tem como pedir?”. Então põe um fax na sala dos médicos, a gente preenche o formulário e passa o fax pra central. (M015)

Alguns entrevistados afirmam não precisarem de suportes específicos para pacientes graves considerando que o perfil do hospital em questão não se propõe ao atendimento de pacientes com tais necessidades, porém este pensamento não acompanha a prática, pois, em seus cotidianos, lidam a todo tempo com pacientes que necessitam de internações em centro de terapia intensiva.

Acredito que não, porque a gente atende pacientes muito grave e eles não têm oxímetro, mas eles pegam o nosso. (M013)

Mais dentro assim do que a gente precisa, necessita, ele se comporta bem, entendeu. Nós não, por exemplo, nos não temos o CTI. Então a gente não fica com o paciente assim, que você sabe que, vai precisar de um CTI. Que tem um prognóstico que vai piorar, eles já fazem logo uma troca, manda pra outro hospital e pega um paciente menos complexo pra gente. (M019)

A maioria dos depoentes afirmou não ser necessária tecnologia específica para o cuidado de pacientes que vivem com HIV/Aids, já que a possibilidade de tornar-se um paciente crítico é dependente da debilidade em si e não da patologia fundamentalmente. Porém, faz-se referência às medicações anti-retrovirais como tecnologia.

Pra cuidar do paciente soropositivo não. (M021)

Tecnologia aí que você quer falar, eu acho que não. (M026)

Não. Acho que a tecnologia que existe é pra todos os pacientes, só que eles vão desenvolver doenças como os outros também desenvolvem, os cuidados são os cuidados básicos, cuidados comuns. (M013)

Eu acho que eles têm, dentro do padrão brasileiro, eu acho que eles têm um investimento que poucas doenças têm. Eles já têm isso. Eles já têm investimento em pesquisa de medicação, recursos de medicação. (M019)

Algumas conquistas sócio-políticas adquiridas ao longo dos anos pelos que vivem com HIV/Aids foram citadas como tecnologias específicas para essa clientela.

O hospital Dia já foi uma inovação para o portador de HIV. Ele já tem isso. Já tem essa conquista. (M018)

Encontram-se também correlações de tecnologia com o conhecimento e o trabalho humano, onde descreve o enfermeiro como tecnologia. A temática

esclarece que as habilidades deste profissional são primordiais para o cuidado e, desta forma, a tecnologia não supera a interação humana.

Tecnologia é você. Você é a tecnologia daquele paciente. O que ele pode esperar de uma tecnologia vai depende de você. Não vai ter tecnologia que supere um toque, um abraço. Um abraço eu não digo, porque a gente não sai abraçando todo mundo, mas um toque, uma conversa. A tecnologia não substitui isso. Você é a tecnologia daquele cliente ali. (M021)

Não, eu acho até que um hospital de cardiologia, eu não trabalho com isso, mas há mais necessidade, eu acho, de tecnologia mais avançada. Eu acho que aqui não precisaria tanta tecnologia, né. Eu acho que precisa mais é a parte humanitária. É muito mais importante. (M012)

Esta subcategoria mostra também as representações sobre interação, considerando-a como uma tecnologia leve e uma dimensão dentro do cuidado de enfermagem à pessoas que vivem com HIV/Aids. Os sujeitos deste estudo representam a interação com pacientes que vivem com HIV/Aids como boa, como uma família, sendo, fundamentalmente, receptivos. Vários destes sentimentos estão atrelados ao longo tempo de internação dos pacientes e o fato de não haver preconceito justifica alguns hábitos equivocados de biossegurança. A atitude de interagir foi também definida como um ato profissional, o que pode propor certo distanciamento dos participantes.

Aqui eu vejo, tipo, vejo profissionais bem contentes no seu trabalho, mais a minha equipe eu adoro. Vejo todos eles bem receptivos [...] mas eu vejo que minha equipe é muito boa tecnicamente, pontuais, muito hábil, muito legal, gosto muito, a minha equipe é muito envolvida com a assistência. (M005)

É, é igual uma família [...] Aqui não, aqui eles ficam muito tempo internado. O tempo de internação deles é muito longo. Tanto o de HIV, quanto o de outros [...] de como a tuberculose que demora [meses] internado aqui. Então, eles acabam ficando assim, até mesmo com uma intimidade com a gente, entendeu. (M019)

Acho que é uma interação boa. É porque como eu te falei, a maioria dos funcionários que trabalham com os pacientes, já trabalham há muitos anos, então é porque gostam, a maioria das vezes é porque gostam, mas eu acho que na maioria das vezes a interação é boa. (M020)

Eu acho que é profissional, é profissional com o paciente. (M009)

Não nossa equipe aqui é boa. A relação é boa. O pessoal se relaciona bem, o pessoal dá apoio, ninguém discrimina, o pessoal atende numa boa [...] isso não há problema quanto a isso. Ninguém discrimina. (M026)

Acho que todos que trabalham aqui, na maioria, que eu digo de experiência do meu plantão, acho que as pessoas não têm esse preconceito. Pelo contrário. Eles tratam com toda a naturalidade, que às vezes abrem mão até da precaução de usar a luva, que é o principal, né. De se precaver com capote algumas vezes, esse negócio todo. Mas acho que é bem, assim, a maioria das pessoas que trabalham aqui, eu noto que tem até uma banalização. Uma banalização, entendeu? Eu não vejo, assim, eu não vejo esse discurso aqui dentro. (M010)

Natural, como com os outros. Sem preconceito. (M002)

Contra-pondo-se à primeira representação apresentada, surgiram conteúdos representacionais que descreviam que a relação enfermeiro-paciente estava permeada por entraves advindos de ambos sujeitos da ação de cuidar. Os profissionais falam sobre suas dificuldades de interação com essa clientela baseados nos comportamentos sócio-emocionais dos pacientes em questão. Os níveis cultural e socioeconômico foram alvos de referência como fatores de dificuldade, aliados à dor do processo de estigmatização e do preconceito que insistem em permear a vida dessas pessoas.

Assim, falar da equipe, essa equipe aqui do pavilhão C eles são muito individualistas. Tem uns que tem um envolvimento maior, que param, conversam com o paciente. Até colhem as informações, e as vezes eu não minha visita, sabe, não percebi, não colhi, entendeu? Só que tem outros que só saem da enfermaria mesmo pra fazer a medicação e fica direto. Nem olha para o paciente. Nem sabe quem é o paciente. É bem assim, pelo número, 252, 261. (M015)

Então, eu até acho que, principalmente aquele que não é daqui deste hospital precisaria ter apoio psicológico, não só pelo tipo de doença mas também pelo tipo de paciente, porque tem pacientes aqui que não está com aids, muitos pacientes são população de rua, tem pacientes que usam drogas, que usam drogas que usam crack, são pacientes que são atípicos porque não tem o que dar, porque não receberam então não tem o que dar, não receberam. (M009)

Nos relatos também foi possível identificar a preocupação de pacientes com a contaminação de terceiros. Estes indivíduos hospitalizados chamam a atenção dos profissionais para o uso de EPI durante o cuidado de enfermagem. Só não há clareza quanto ao verdadeiro objetivo dessa proteção: se é para proteger-se de outras patologias que podem ser trazidas pelos profissionais, se é para proteger o profissional, se é para proteger a ambos ou se é uma forma de preconceito contra o próprio corpo contaminado pelo vírus.

Olha, eu hoje vejo que eles até se preocupam. Tem pacientes de HIV que já está com a veia puncionada. Aí você às vezes vai colocar medicação. O soro acabou, você vai desconectar para e ele: "Bota uma luva para você se proteger.". Então muitos deles se preocupam que você esteja protegida. (M010)

Segundo Merhy (2002a) e Rocha et al. (2008), tecnologia é um processo multidimensional que resulta em um produto que pode ser palpável ou não, como uma teoria, por exemplo. Na área de saúde, as tecnologias são classificadas em dura, que são os equipamentos tecnológicos, normas, rotinas e estruturas organizacionais; leve-dura, que compreende todos os saberes bem estruturados no processo de saúde; e a leve, que se refere às tecnologias de relações, de produção

de comunicação, de acolhimento, de vínculos, geradores de autonomias (MERHY, 2002b).

No cuidado de enfermagem, a tecnologia consiste em conhecimentos e instrumentos que possibilitam a sistematização das ações da assistência humanizada (PRADO; MARTINS, 2002). Os investimentos nesse sentido iniciaram na década de 60 quando ficou mais evidente a busca por conhecimentos específicos de enfermagem e também teorias que fundamentassem as práticas (PAIM, 1998)

Na enfermagem, a tecnologia está relacionada tanto à racionalidade de conceitos teóricos, quanto à subjetividade da intuição, das emoções e dos sentimentos que permeiam a dimensão relacional do cuidado (PRADO et al. , 2006). As tecnologias leves compõem o cuidado relacional, pois elas têm como objetivo a produção de relações de reciprocidade e de interação, que são ferramentas fundamentais para o cuidado (SILVA; ALVIM; FIGUEIREDO, 2008). No estudo de Silva, Alvim e Figueiredo (2008), a tecnologia leve aparece como atributos do cuidado em si onde as relações enfermeiro-paciente se apóiam na conversa, o saber ouvir, o toque, o compartilhamento de idéias, a demonstração de preocupação e a expressão de afeto, estando atento aos desejos e às reivindicações e, ainda, a outros aspectos que são valorizados na prática holística do cuidado.

No cenário do presente estudo, a questão de se trabalhar sem recursos para atender às complicações físicas dos pacientes é motivo de grande polêmica. Fica claro que, no momento em que o risco de morte fica iminente, a prioridade é de cuidados técnicos, buscando em tecnologias pesadas todo o arsenal necessário para o cuidado a pacientes críticos. O conhecimento que se requer nestas situações é algo especializado com a criação de espaços para o cuidado relacional sempre que possível.

Para Martins e Nascimento (2005), a unidade de terapia intensiva é um dos setores do hospital de maior complexidade e mecanização e, portanto, exige profissionais qualificados para manipulação desses maquinários. Merhy (2002a) descreve que tecnologia não é só maquina, equipamento e instrumento, mas também saberes que organizam as ações humanas, inclusive os que constituem a interação entre os indivíduos. O artigo de Martins e Nascimento (2005) identifica a insatisfação de profissionais de um centro de terapia intensiva em relação aos obsoletos artefatos mecânicos que acabam dificultando a prática e causando sobrecarga laboral. A falta de material também é citada como motivo de desgaste

físico e emocional. Assim, também é a realidade dos sujeitos deste estudo que, mesmo não sendo enfermeiros de unidades de terapia intensiva, precisam atuar como tal e ainda superar as dificuldades da falta de aparelhagem, bem como do conhecimento específico para a sua manipulação.

Paralelamente aos ganhos tecnológicos do atendimento em saúde, não se deve perder de vista a humanização da assistência, ou seja, a visão holística do paciente como pessoa. A atenção integral tem como referencial o indivíduo e se preocupa com corpo-mente do homem, valorizando-o pelo que ele é enquanto pessoa. (RIBEIRO, 2005).

Quanto à relação enfermeiro-paciente, Bertone, Ribeiro e Guimarães (2007) referem que a comunicação é a base desse cuidado, pois aproxima as partes possibilitando melhor entendimento do processo saúde-doença. As autoras relacionam o estresse profissional, advindos de sobrecargas físicas e mentais, à comunicação insatisfatória e à conseqüente dificuldade interativa. Esta barreira leva esses profissionais a um cuidado desumano, desconsiderando os sentimentos e as opiniões dos clientes e transformando-os de sujeitos em objetos do cuidar.

Ribeiro (2005) afirma que toda a atuação da enfermagem deva ocorrer de maneira compreensiva, privilegiando o paciente como centro da assistência, já que este profissional surgiu da necessidade de se ter pessoas cuidadoras dos doentes. Para a autora, o enfermeiro desenvolve um relacionamento estreito com o paciente e com empatia constrói vínculos interpessoais usados como ferramenta de um trabalho educacional.

A essência do trabalho de enfermagem é o cuidado através de uma assistência humanizada e responsável (PAULA; FUREGATO; SCATENA, 2000). E apesar das cobranças institucionais que, por vezes, apóiam um cuidado de enfermagem tecnicista, o enfermeiro deve investir no diálogo, no cultivo à confiança do paciente através do respeito e da empatia e na construção de relacionamentos terapêuticos com base na fragilidade e na solidão dos clientes que, através da interação, perceberão a comunicação como tratamento para o seu restabelecimento (BERTONE, RIBEIRO; GUIMARÃES, 2007).

3.6 As teorias de enfermagem e os processos de conhecimento como fundamentos do cuidar

Na formação desta categoria encontram-se 306 unidades de registro que foram unidas em 12 temas e formaram a base desta categoria, compondo 8% do corpus analisado. Seu conteúdo destaca os significados das teorias de cuidado de enfermagem e sua utilização no processo do cuidado.

Nesta pesquisa, os dados demonstraram que os sujeitos acreditam que as teorias têm relação direta com a prática, mas, para que isto aconteça, parece haver necessidade de certas adaptações à realidade que se apresenta quase sempre diferente das descrições dos livros. Eles referem-se a essa descoberta como algo impactante. Passam então, a usar uma teoria adaptada, sem deixar faltar, no cuidado, o que é considerado primordial e imprescindível.

A teoria, é o que eu estou te falando, uma das poucas coisas que eu vi na questão da enfermagem, eu acho que eu estou assim, 14 anos já de formado, então a experiência me mostrou isso. A teoria ela é ótima, excelente pra você pegar a essência da coisa, mas a prática é outra coisa, é outra realidade. De repente você está numa faculdade se formando com aquelas teorias e você acha que vai chegar na prática e vai ser tudo maravilhoso, que o lençol vai estar forrado, esticadinho, e de repente você vai ter que amarrar. Ou então chega aqui e tem um saco plástico, porque a gente não tem oleado. Então tem que botar um saco plástico, tem que botar outras coisas. Então, assim, a teoria ela vai por água abaixo. Mas aí não perde aquela questão da essência. (M021)

Eu acho que assim, quando você sai fresquinha da faculdade você sabe tudo isso, e aí você se depara com o mundo real, então você se choca, e tem o período de negação, ou tipo assim é porcaria e não serve pra nada. E aí depois de muita conversa uma adaptação a sua realidade. Você faz uma adaptação à sua realidade. (M002)

Porque afinal de contas, para você estar na teoria vem da prática. Mas algumas coisas que a gente vê na teoria nem sempre são iguais, nem sempre é igual na prática. Entendeu? Algumas coisas se modificam, dependendo da unidade que você trabalha, do que você tem disponível em mãos, alguma coisa de medicamento, de material né. Algumas coisas até que não chegam ao pé da letra da teoria. (M016)

Relembrando a subcategoria cuidado idealizado, pode-se constatar a necessidade de conhecimento teórico para um cuidado mais eficaz e objetivo. A base teórica relaciona-se com o sucesso do cuidado de enfermagem. Portanto, são necessárias duas observações nos dados: os entrevistados não souberam definir quais conteúdos teóricos deve saber para cuidar de pacientes HIV/Aids e a falta de investimentos na capacitação dos profissionais.

Eu acho que sim. Eu acho que deve ter um conhecimento específico. Olha, eu não sei te dizer. (M015)

As teorias de enfermagem, de um modo geral, são representadas como ferramentas antiquadas para o cuidado pelos sujeitos estudados. Esses conteúdos foram contemplados nas graduações dos depoentes, mas estes não se lembram delas, não as utilizam e, por vezes, classificam-nas como algo sem utilidade. O que, na verdade, é realizado no cotidiano dos sujeitos são as práticas de enfermagem.

Não. Essa teoria é muito antiga, não lembro não. (M026)

Eu já não me lembro mais, né. Mas todas essas teorias eu vi, eu estudei, mas não lembro. (M015)

Eu aprendi as teorias, eu não me lembro dessas teorias que você falou. (M003)

Ficou lá atrás na faculdade. Eu não utilizo. (M007)

Eu acho que, assim, na prática aquela coisa seguidinho, não. (M002)

Não. A gente utiliza a prática do cuidado mesmo. (M021)

De forma contraditória, as teorias de enfermagem foram também representadas como a essência e a base do saber cuidar. Apesar disso, pouco foi demonstrado sobre seu conhecimento, surgindo apenas citações sobre a expressão “necessidades básicas” e a referência de utilização do auto-cuidado por parte de apenas um entrevistado.

Não. Não lembro. Têm as necessidades básicas, essas coisas muito antigas que já não lembro mais. (M021)

Teoria do auto-cuidado. Eu sempre estou utilizando sempre, sempre quando é necessário fazer, eu estou sempre utilizando. É a que eu mais utilizo. (M016)

Faz-se mister reservar espaço para o relato de um entrevistado acerca da utilização de uma teoria da pedagogia. Ela correlaciona o cuidado de enfermagem à necessidade de considerar e respeitar o conhecimento do ser cuidado para a construção de sua assistência.

Na educação, a gente estudou várias teorias, né? e uma que eu sigo a minha vida nele de achar que o meu cliente, o meu paciente, o meu aluno, quem for, já trás um conhecimento de alguma coisa, ele traz uma teoria sobre aquilo, ele tem um conhecimento, mesmo que seja nato, alguma coisa ele trás e ali em cima a gente constrói alguma coisa. Então eu vivo a minha profissão mais ou menos assim, acreditando que o paciente sabe alguma coisa. “Ah, você vê isso, você vê aquilo. Então vamos ver. Não é melhor se a gente fizer assim?”. Com a minha equipe eu também lido assim. (M003)

A intuição do uso das teorias de enfermagem merece reservada atenção, já que os sujeitos afirmam não usar tais conhecimentos, mas acreditam que, indiretamente, quando cuidam, abarcam essas teorias na justificativa inconsciente de suas ações.

Eu acho que eu até utilizo, mas eu não sei te dizer qual a teoria. (M015)

É, assim, eu não deixo assim de não usar, né, mas assim, como eu digo... eu acho assim, se eu tenho um doente, se eu tenho dez doentes, eu acho que quando eu faço a visita a todos eles, eu já estou usando uma teoria. Não estou deixando de fazer o cuidado como um todo. (M001)

A teoria é um conjunto de conceitos que permitem uma visão sistemática de um fenômeno. As teorias de enfermagem são formas de ver e viver o mundo. Elas organizam o trabalho do enfermeiro de forma que ele possa descrever, planejar, prover, prever, interagir, agir e implementar tantas outras ações em prol do cuidado ao paciente, alicerçado em bases sólidas de conhecimento (LEOPARDI, 1999a). Sendo assim, elas definem, descrevem e classificam práticas, atribuindo-lhes valores científicos.

No universo da saúde, a valorização da ciência, do racional e da tecnologia como substituto de mão de obra humana e da necessidade da mecanização do fazer para a produção em larga escala está passando por questionamentos com a ambição de mudanças nos paradigmas. Agora se busca a contemplação das necessidades dos indivíduos como um todo, indivisível e integral, no qual as partes são essencialmente integradas (WALDOW, 1998a).

Não obstante, tais mudanças se refletem na enfermagem. Esta profissão é essencialmente humana e o seu objeto de trabalho é multidimensional. O cuidado é dirigido ao ser humano e este não é um ser isolado. Ele interage com a natureza, com a cultura, com as crenças, com os valores e com seus sentimentos e emoções. Todos esses fatores agem conjuntamente determinando seu modo de ser e de agir em sociedade e em suas relações.

Assim, o cuidado de enfermagem não pode estar desvinculado de bases científicas importantes como a filosofia, a antropologia, a sociologia e a biologia, ao mesmo tempo em que também exige um potencial sensível de seus profissionais que não estão limitados às ciências naturais (WATSON, 1988; WALDOW, 1998a). Esses conhecimentos e habilidades são reunidos nas teorias de enfermagem que,

por vezes, privilegiam mais uma ciência que outra, mas não fogem da necessidade de abordá-las.

Quando os entrevistados relatam sobre a necessidade de adaptarem-se às múltiplas realidades dos pacientes, respeitando suas limitações de entendimento e de aceitação das doenças, estão respaldados pela teoria transcultural de Madeleine Leininger, mesmo que não se percebam utilizando-a. Esta teorista afirma que o cuidado é universal. Ele acontece em vários contextos sociais e culturais e através deles devem ser entendidos. Em seu entender, o ser humano não pode ser separado de seu meio e, por isso, o cuidado deve se adaptar às várias culturas, sem, no entanto, deixar de alcançar suas várias dimensões, pois só desta forma pode-se alcançar o cuidado integral e holístico (LEININGER, 1981).

Considerar importante o conhecimento do outro para a efetivação de um cuidado, não se distancia da transculturalidade. Encontra-se aí um momento de interdisciplinaridade e de interseção entre a teoria de Leininger e os conceitos de Paulo Freire.

Cuidar é a prática do enfermeiro e é desse universo que parte do conhecimento de enfermagem é extraído (WALDOW, 1998a). Cuidar é uma forma de ser e de se relacionar, é, portanto, uma obrigação moral (WATSON, 1988). Ele é temporal, contextual, relacional e existencial, cujo processo é dinâmico e impermanente (WALDOW, 1998a), admitindo múltiplas referências como base e justificativas de suas ações.

Os dados empíricos sobre cuidados relacionados aos sentimentos têm relação direta com a teoria interpessoal de Jean Watson (1988). Assim como a necessidade de intuir para cuidar recai também sobre esse conhecimento teórico. A relação não pode ser limitada a números que retratam repetições de uma mesma postura e tampouco ao engessamento do que pode ou não pode ser experimentado. O relacionamento entre humanos permite a transcendência de cuidados pensados, introduzindo-se em mundo de sentimentos velados, mas que podem ser expostos através da interação enfermeiro-paciente.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, foi possível conhecer um pouco mais sobre o cuidado de enfermagem e a dinâmica de trabalho de enfermeiros (bem como de sua equipe) que, cotidianamente, lidam com as mudanças e as variações de vida das pessoas que vivem com HIV/Aids. Pela proximidade com estes últimos, as vivências desses sujeitos parecem apresentar certa especificidade no desenvolvimento de representações sociais acerca deste cuidado no contexto social, cultural, econômico e biomédico da síndrome.

Neste sentido, pode-se observar que o cuidado de enfermagem à clientela que vive com o HIV/Aids é caracterizado pela tradicional divisão do objetivo e do subjetivo, assim como entre saberes e práticas e prolonga-se entre os procedimentos técnicos e o cuidado relacional.

Este cuidado, descrito por enfermeiros, encontra-se pautado em práticas comuns na gerência do cuidar em enfermarias hospitalares de internação. Na dinâmica diária de trabalho, encontram-se a passagem de plantão, a visita aos pacientes, a divisão da assistência entre as categorias profissionais de enfermagem, a priorização das ações e a dimensão administrativa, que abarca cuidados com a infra-estrutura e os diversos aspectos tecnológicos, inclusive em sua vertente dura e leve-dura.

A assistência de enfermagem agrupa fazeres cuja classificação é dividida entre básicos e complexos. Esta divisão também pode ser percebida através da concepção do trabalho manual e intelectual, sendo este último direcionado aos enfermeiros. Porém, esta articulação não é propriamente determinada pelos enfermeiros plantonistas que se localizam na ponta do serviço (em seu *front*) e sim por uma divisão de enfermagem hierarquicamente superior.

Os cuidados básicos são aqueles realizados por técnicos e auxiliares de enfermagem, quais sejam, higienização, aferição de sinais vitais, haemoglucoestes, nebulizações, registro de observações na prescrição de medicamentos, administração de medicações e punções venosas. Percebe-se aí um equívoco avaliativo sobre alguns procedimentos, considerando que os dois últimos conferem altos riscos de iatrogenias aos clientes/pacientes. Além disso, deve-se destacar que toda a assistência de enfermagem pertence ao enfermeiro e que este, por diversos

motivos, pode delegar suas ações, mas, de qualquer maneira, do início ao fim, nas atividades básicas ou complexas, o saber/fazer profissional centra-se (ou deve-se centrar) na figura do enfermeiro.

Quanto aos cuidados complexos, realizados por enfermeiros, foram subcategorizados em: administração do setor, procedimentos invasivos e cuidados integrais aos pacientes críticos. A administração do setor comporta ações de previsão e provisão de materiais; controle de psicotrópicos; contagem dos materiais presentes no “carro” de parada cárdio-respiratória cerebral; registros nos livros do setor; aprazamentos de prescrições de medicamentos; o encaminhamento das prescrições à farmácia e o seu recebimento para garantia de cobertura medicamentosa por 24 horas e a coordenação da rotina de exames.

Em relação aos procedimentos invasivos, foram pontuados os cateterismos vesicais de demora e de alívio, nasogástrico e nasoentérico, as medicações endovenosas, as punções venosas e os curativos. Neste contexto, verifica-se a importância do pensamento crítico e clínico para estas ações, embora algumas sejam delegadas a técnicos e auxiliares, como abordado no parágrafo anterior. Todos os cuidados aos pacientes críticos devem ser executados por enfermeiros que utilizam o trabalho do técnico e do auxiliar como coadjuvantes neste processo de cuidar.

O registro do planejamento assistencial do enfermeiro sobre as ações de cuidados diários aparece em todos os depoimentos. A evolução, parte integrante do processo de enfermagem, por ser um elemento comum às falas, é entendida como fundamental ao cuidado de enfermagem. No entanto, não é realizada para todos os pacientes. Então, onde está a ciência em um fazer incompleto que se adequa a alguns, mas não a todos? Qual a verdadeira importância das ações de uma profissão que fica 24 horas ao lado dos pacientes, mas que, juridicamente, só comprova sua existência para alguns pacientes e não para todos?

Além disso, verifica-se que o saber vem da prática e das vivências do enfermeiro, mas não é alicerçado por bases sólidas, como as teorias de cuidado de enfermagem. Os sujeitos do estudo pensam e agem segundo esses conteúdos teóricos, mas não possuem clareza deste fato. O desconhecimento tende a sustentar a falta de autonomia que, por sua vez, mantém a dependência do cuidado em decisões de profissionais de outras áreas, perpetuando assim a idéia, entre a população e no seio do senso comum, de que a enfermagem apresenta-se como

uma profissão que auxilia às demais da equipe de saúde, não possuindo um fim em si mesma.

Ao mesmo tempo, o discurso sobre interação humana mostrou-se como um diferencial fundamental para o cuidado desta clientela e sua apreensão na rotina de trabalho não se equiparou a tal importância. Por sua vez, o conteúdo teórico do profissional enfermeiro serve como um guia fundamental para uma prática competente, qualificada e segura, embora nem toda teoria descrita em livros corresponda à realidade da assistência. Há a necessidade de se filtrar o que pode ou não ser adaptado nas (e adaptado às) condições de cada local de trabalho.

O conhecimento e as habilidades do enfermeiro surgiram como necessidades inerentes à profissão, não só para o cuidado dos soropositivos como de qualquer outro indivíduo. Existe a demanda de conhecimento científico sobre o vírus, a síndrome, suas complicações e as medicações anti-retrovirais, mas, apesar disto, não há identificação de necessidades de habilidades especiais para os cuidados da clientela do estudo.

Em alguns momentos da pesquisa é sugestivo imaginar o quanto um curso de especialização sobre HIV/Aids seria proveitoso para o aprimoramento desses cuidados e no efetivo atendimento das necessidades dessas pessoas. Mas, talvez, recaia no viés da “compartimentabilidade” do indivíduo, considerando, neste caso, a quem se deve ou não direcionar um tipo de cuidado, especialmente o relacional, quando, na realidade, a inter-relação e a interação devem permear as convivências por toda área da saúde, entre pacientes e profissionais, profissionais e profissionais, profissionais e comunidades, pacientes, profissionais, comunidade e meio ambiente. Nesta esteira, o processo de especialização dos profissionais, que pode apresentar diversos benefícios, não pode gerar uma separação do atendimento dos hospitais gerais e nem à consideração de idéias já superadas, como a formação dos sidatórios (lugares que, à semelhança dos sanatórios, seriam específicos para os pacientes HIV positivos).

O aspecto da biossegurança também está inserido, de forma marcante, no cuidado de enfermagem aos pacientes que vivem com HIV/Aids. O conteúdo teórico sobre esse assunto não foi espontaneamente aprofundado, mas percebe-se a necessidade e o conhecimento sobre os equipamentos de proteção individual e as precauções. A não aderência ao uso desses recursos também é identificada, levando assim a outro questionamento sobre o que há no intervalo entre o saber e o

fazer dos enfermeiros. Alguns sujeitos abordaram os vícios e as posturas equivocadas de alguns enfermeiros, tão fortemente ancoradas, que desconsideram até a saúde do próprio profissional. Outros levam a imaginar que tal atitude é uma prova de “aceitação”, “acolhimento” ou “ausência de preconceito” dessa clientela há tantos anos excluída.

É necessário discutir que não se pode combater o preconceito dando oportunidades à continuidade do ciclo de transmissão de uma doença infecto-contagiosa, expondo-se a acidentes de trabalho. Torna-se oportuno então abordar o processo de naturalização da doença onde as pessoas entendem que, embora a contaminação seja um risco possível, mesmo que tenha possibilidade quantitativa mínima, esta pode ser tratada com medicações que possibilitam qualidade de vida, como se a quantidade de comprimidos e as reações adversas das drogas fossem obstáculos facilmente transponíveis. Confirma-se então a influência sócio-cultural nas atitudes frente a um saber.

A infra-estrutura encontra-se diretamente ligada ao cuidado de enfermagem, pois determina ambientes saudáveis às condições de trabalho e de recuperação da saúde. É verificada a sua correlação enquanto disseminadora de infecção, facilitadora do trabalho de enfermagem e enquanto garantia social prevista em lei. O cuidado estético aparece como infra-estrutura mínima para um cuidado digno a que todos têm direito.

Na abordagem à tecnologia, os maquinários pesados são supervalorizados pelas equipes que são expostas a sérios conflitos emocionais quando passam pela experiência de ter que cuidar de pacientes críticos sem condições para tal. O risco de morte em situações de necessidade de entubação é flagrante. Porém, há um processo que talvez aconteça antes mesmo da internação que configura um risco de morte social. Muito se falou de interação, mas pouco foi mostrado sobre como ela acontece. Não foi identificada interação como tecnologia leve, nem mesmo foi possível perceber se fazem essa correlação. Assim, não se pensa que quando se abre mão do cuidado relacional, podendo estar corroborando para o adoecimento social e espiritual do paciente.

Esta pesquisa possibilitou ainda verificar as várias dimensões do cuidado de enfermagem às pessoas que vivem com HIV/Aids em âmbito hospitalar e seus conteúdos, constituindo a totalidade de sua representação social. O processo de formação dos significados desse cuidado foi abordado à luz da Teoria das

Representações Sociais que se mostrou adequada à investigação proposta. Evidenciou-se que o cuidado de enfermagem foi constituído tendo como foco a pessoa que vive com tal enfermidade e, nem sempre, o paciente internado.

O cuidado de enfermagem, o cuidado humanizado e o cuidado ideal convergem para um mesmo ponto, qual seja, a humanização da assistência, aparecendo assim como cuidados equivalentes. Existe a confirmação do valor do conhecimento científico, palpável e já estruturado em inúmeras pesquisas. Tanto assim que o cuidado também é visto sob o aspecto da biossegurança, da tecnologia, do conhecimento específico da doença e dos anti-retrovirais. Porém, a humanização é o elemento forte, determinante e diferenciador do fazer do enfermeiro.

A interação surge como ação fundamental do cuidado de enfermagem. Sustentada pela empatia, ela guia o enfermeiro por caminhos inversos aos percorridos nos primórdios da história do HIV/Aids. As pinceladas do passado referidas nos relatos confirmam os medos antigos, mas também mostram a transposição da barreira do desconhecido e o início da superação de conceitos e comportamentos preconceituosos e segregários.

Em contra-partida, as ações interativas não se encontram sedimentadas. Os relacionamentos enfermeiro-paciente são dificultados pela sobrecarga laboral desses profissionais, bem como sofre influência do comportamento da clientela que se apresenta, em algumas situações, arredia à interação, por motivos sociais, culturais ou emocionais. Outro entrave para o cuidado relacional é a falta de interesse ou a impossibilidade institucional em adequar satisfatoriamente os recursos humanos às necessidades reais das enfermarias. O cuidado de enfermagem aos pacientes HIV/Aids é representado também como trabalhoso, pesado e cansativo. Associado a isso, encontra-se a priorização de ações técnicas. Esse conjunto gera a desumanização do trabalho do enfermeiro que age repetindo tarefas e não cuidando de fato. Isso tudo não justifica a falta de interação, pois ela pode acontecer nos mínimos momentos, em troca de olhares e até mesmo no silêncio, mas explica a produção e reprodução de profissionais cansados, desmotivados, estressados e frustrados.

A partir dessas reflexões, chega-se a conclusão que o núcleo figurativo do cuidado dessas pessoas que vivem com HIV/Aids para esses enfermeiros é um cuidado ainda idealizado, o que configura uma representação social na qual um determinado tipo de cuidado é construído no contexto da cartografia mental do

grupo, mas nem sempre o reproduz, no interior das práticas cotidianas, de forma consistente ou como consequência daquela reconstrução cognitiva.

Assim, o cuidado ideal apresenta-se, nas representações dos sujeitos, como o ponto de mudança entre o que já foi implementado como assistência à este grupo, especialmente nos primeiros anos da década de 80 do século passado, o que é implementado hoje e o que se pretende que seja caracterizado, na atualidade ou no futuro, como cuidado de enfermagem. Portanto, o paradigma de mudança em meio à facilidade de continuidade de um *modus operandi* tradicional na enfermagem centra-se neste ideal, onde a realidade cotidiana, os desejos profissionais, o processo de formação, a relação humana estabelecida na rotina do trabalho e as características (positivas ou negativas) da instituição se encontram e se enfrentam, consubstanciando, de maneira própria, um modo específico de concretizar o exercício profissional.

A coexistência entre o velho e novo é algo natural nas mudanças das representações sociais. Desta forma, a movimentação dos significados de cuidado de enfermagem para pessoas que trabalham com HIV/Aids se mostram determinantes para o que ainda é só pensado e não executado. O interessante é verificar que as idéias e expressões de vontade de aproximação dessa clientela já estão presentes no discurso dos enfermeiros, além da implementação de cuidados que, em alguns momentos, mostram-se acolhedores e pertinentes, mas sempre tensionados pelos limites próprios da espécie humana que pode beirar a desumanização do cuidar/cuidado.

Nota-se, ainda, um processo de precarização no uso das teorias de enfermagem no cotidiano do cuidar em que se observa a existência de um fosso entre essas e a prática profissional. Por um lado, as teorias não possuem o foco necessário no processo de formação e os profissionais não realizam uma maior aproximação com as mesmas após a sua entrada no mercado de trabalho e, por outro, as teorias, ao menos para os sujeitos em tela, são pouco heurísticas para a prática profissional e para a construção de respostas às dificuldades encontradas no dia-a-dia do hospital.

Conclui-se, ainda, que a representação social do cuidado de enfermagem para os enfermeiros estudados caracteriza-se por ser, como afirma Moscovici (1981), paradoxal. Ela se constitui, portanto, pela co-existência de elementos contraditórios, como atitudes antigas e novas, o que é pensado ou concretizado no

cotidiano institucional e o lado luminoso ou sombra dos profissionais, entre outros, o que confere, à representação, uma complexidade própria e, possivelmente, está na raiz de diversos desafios que devem ser levados em consideração e superados na difícil arte de cuidar, diuturnamente, de pacientes soropositivos.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J.C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A.S.P.; OLIVEIRA, D.C (Org.). *Estudos interdisciplinares de representação social*. 2.ed. Goiânia: AB, 2000. p. 27-38.

_____. O estudo experimental das representações sociais. In: JODELET, D. (Org.). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p.155-69.

ACIOLI, S. et al. HIV/AIDS e enfermagem nas teses e dissertações - 1980 a 2005. *Online Brazilian Journal of Nursing*, Niterói, v. 5, n. 3, p. 778-786, 2006.

ALMEIDA, C. A. F.; BENATTI, M. C. C. Exposições ocupacionais por fluidos corpóreos entre trabalhadores da saúde e sua adesão à quimioprofilaxia. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 120-126, 2007.

ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, S.M. *O trabalho de enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1997.

ALTMAN, D. *Poder e comunidade: respostas organizacionais e culturais à AIDS*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS/UERJ, 1995. 220p.

ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZAJDER, F. *O método nas ciências naturais e sociais: Pesquisas qualitativa e quantitativa*. São Paulo: Pioneira, 1998. 203p.

AMESTOY, S.C.; SCHWART, E.; THOFEHRN, M. B. A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem. *Acta Paul. Enferm.*, São Paulo, v.19, n.4, p. 444-449, out./dez. 2006.

ANDRADE, A. C.; SANNA, M. C. Ensino de Biossegurança na Graduação em Enfermagem: uma revisão da literatura. *Rev Bras Enferm*, Brasília, v. 60, n. 5, p. 569-572, set./out. 2007.

AVI, G.D.S. *Informação técnica não basta: as representações sociais da AIDS em profissionais de saúde*. 2000. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e da Personalidade) – Pontífca Universidade do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.

AYRES, J.R.C.M. Aids, vulnerabilidade e prevenção. In: SEMINÁRIO DE SAÚDE REPRODUTIVA EM TEMPOS DE AIDS, 2, 1997, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: ABIA, 1997.

AYRES, J.R.C.M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-39.

BARBARÁ, A.; SACHETTI, V.A.R.; CREPALDI, M.A. Contribuições das representações sociais ao estudo da aids. *Interação em Psicologia*, Curitiba, v. 9, n. 2, p. 331-339, jul./dez. 2005.

BARBOSA, I. A.; SILVA, M. J. P. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. *Rev Bras Enferm*, Brasília, v. 60, n. 5, p. 546-551, set./out. 2007.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2000.

BARCELOS, L. M. S.; ALVIM, N. A. T. Atenção e presença física: dimensões expressivas e a prática dialógica do cuidado de enfermagem na perspectiva do cliente hospitalizado. *Rev Bras Enferm*, Brasília, v. 59, n. 1, p. 25-29, jan./fev. 2006.

BASTOS, F.I. *Aids na terceira década*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

BAULDINO, A. F. A.; MONTAVANI, M. F.; LACERDA, M. R. *Os elementos do processo de cuidar em portador de doença crônica cardíaca na visão do enfermeiro*. 2007. 111f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós – Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2007.

BERTONE, T. B.; RIBEIRO, A. P. S.; GUIMARÃES, J. Considerações sobre o relacionamento interpessoal enfermeiro-paciente. *Revista Fafibe On Line*, n. 3, ago. 2007. Disponível em : <http://www.fafibe.br/revistaonline/arquivos/tassia_consideracoes_relacionamento_in_terpessoal.pdf>. Acesso em: 12 nov 2009.

BERTTINELLI, L. A.; ASKIEVICZ, J.; ERDMANN, A. L. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. *O mundo da saúde*, São Paulo, ano 27, v. 27, n. 2, abr./jun. 2003.

BOFF, L. Ethos mundial - um consenso mínimo entre os humanos. Sextante: Rio de Janeiro, 2003. 117 p.

BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela Terra*. 15ª Ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

BRANDI, S. Ocorrência de acidentes do trabalho por material pérfuro-cortante entre trabalhadores de um hospital universitário da cidade de Campinas (SP). *Rev Esc Enfermagem USP*, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 124-133, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim epidemiológico AIDS . DST: versão preliminar-janeiro a junho de 2009*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. *Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar*. 3. ed. rev. e atual. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Secretaria de Inspeção do Trabalho. *Portaria nº 25*, de 15 de outubro de 2001. Altera a Norma Regulamentadora que trata de Equipamento de Proteção Individual - NR 6 e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 17 out. 2001. Seção 1, p.50-52. Disponível em:<
http://www.mte.gov.br/legislacao/portarias/2001/p_20011015_25.pdf> Acesso em: 25 de out. 2009.

CAANINI, S. E. M. et al. Acidentes pérfurocortantes entre trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário do interior paulista. *Rev Latino-am Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, p. 172-178, mar./abr. 2002.

CARVALHO, V. T.; CASSIANI, S. H.B. Erros na medicação e conseqüências para profissionais de enfermagem e clientes: um estudo. *Rev Latino-am Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 10, n. 4, p. 523-529, jul./ago. 2002.

CARVALHO, V. T. et al. Erros mais comuns e fatores de risco na administração de medicamentos em unidades básicas de saúde. *Rev Latino-am Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 7, n. 5, p. 67-75, dez.1999.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Updated U.S. public health service guidelines for management of occupational exposures to HBV, HCV, and HIV and recommendations for postexposure prophylaxis. *MMWR*, v. 50, n. RR-11, p. 1- 42, 2001.

CECCATO, S.R.; VAN DER SAND, I. C. P. O cuidado humano como principio da assistência de enfermagem a parturiente e seus familiares. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiania, v.3, n.1, 2001. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/index.htm>>. Acesso em: 20 maio 2008.

COLLIÈRE, M.F. *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas, 1999.

COLOMBRINI, M. R. C.; LOPES; M. H. B. M.; FIGUEIREDO, R. M. de. Adesão à terapia antiretroviral para HIV/AIDS. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 576-581, 2006.

COLOMBRINI, M.R.C.; MUCKE, A.G.; FIGUEIREDO, R.M. de. *Enfermagem em infectologia: cuidados com paciente internado*. São Paulo: Atheneu, 2000. 261p.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). *Resolução COFEN nº 276/2003*. Regula a concessão de inscrição provisória ao auxiliar de enfermagem. Disponível em: <<http://www.portalcoren-rs.gov.br/web/resoluca/r276.htm>>. Acesso em: 05 nov. 2009.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (Brasil). *Resolução nº 3, de 07 de novembro de 2001*. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Enfermagem. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 09 nov. 2001. Seção 1. p.37.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). *Resolução nº 196/96*. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1996. Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html> >. Acesso em:10 jul. 2008>.

COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST E AIDS (Brasil). *Boletim Epidemiológico de AIDS*. Brasília, DF, ano XII, n.03, jun/ago: 1999a.

_____. *Manual de condutas: exposição ocupacional a material biológico: hepatite e HIV*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1999b.

COSTA, T. L. *As representações sociais acerca das pessoas com HIV/Aids entre enfermeiros: um estudo de zona muda*. 2007. 204f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.btdtd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=663>. Acesso em: 05 nov. 2008.

COSTA, R. A.; SHIMIZU, H. E. Atividades desenvolvidas pelos enfermeiros nas unidades de internação de um hospital escola. *Rev Latino-am Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 654-662, set./out. 2005.

COUTO, M.H.C. *Novos horizontes para as políticas públicas em HIV/AIDS: uma aproximação às questões da contemporaneidade*. 2002. 136 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

DANIEL, L. F. *Enfermagem planejada*. 3. ed. São Paulo: EPU, 1981.

DEMO, P. *Introdução à Metodologia da Ciência*. São Paulo: Atlas, 1985. 118p.

DESLANDES, S.F. et al. As concepções de risco e de prevenção segundo a ótica dos usuários de drogas injetáveis. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p. 141-151, jan./fev. 2002.

DOISE, W. Atitudes e representações sociais. In: JODELET, D. (Org.). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p. 187-203.

FARIA, J. B.; SEIDL, E. M. F. Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/Aids. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 11, n. 1, p. 155-164, jan./abr. 2006.

FERREIRA, M. A. A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na enfermagem. *Rev Bras Enferm*, Ribeirão Preto, v. 59, n. 3, p. 327-330, maio/jun. 2006.

FERREIRA, M. A. et al. As correntes teóricas e práticas das dimensões do cuidar na infância: abordagem introdutória ao tema. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 75-78, dez. 2002.

FLAMENT, C. Estrutura e dinâmica das representações sociais. In: JODELET, D. (Org.). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p.173-186.

FLASKERUD, J.H. *AIDS / Infecção pelo HIV*. Rio de Janeiro: Medsi, 1992. 367p.

FLORENCIO, V. B. et al. Adesão às precauções padrão entre os profissionais da equipe de resgate pré-hospitalar do Corpo de Bombeiros de Goiás. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 5 n. 1, p. 43-48, 2003.

FONSECA, M. G. et al. AIDS e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, Suppl. 1, p. 77-87, 2000.

FORMOZO, G.A. *As Representações sociais do cuidado de enfermagem prestado a pessoa que vive com HIV/AIDS na perspectiva da equipe de enfermagem*. 2007. 211f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.
<http://www.btdt.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=750>. Acesso em: 10 maio 2008.

FORMOZO, G. A.; OLIVEIRA, D. C. Auto-proteção profissional e cuidado de enfermagem ao paciente soropositivo ao HIV: duas facetas de uma representação. *Acta Paul. Enferm.*, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 392-398, 2009.

GALVÃO, J. A política brasileira de distribuição e produção de medicamentos anti-retrovirais: privilégio ou um direito? *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 213-219, jan./fev. 2002.

GALVÃO, M.T.G. et al. Análise da comunicação proxêmica com portadores de HIV/AIDS. *Rev. Latino-am Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 491-496, jul./ago. 2006.

GEORGE, J.B. *Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

GIL, A.C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999. 206p.

GIR, E. et al. Biossegurança em DST/AIDS: condicionantes da adesão do trabalhador de enfermagem às precauções. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 245-253, 2004.

GIRONDI, J. B. R.; HAMES, M. L. C. O cuidar institucional da Enfermagem na lógica da pós-modernidade. *Acta Paul. Enferm.*, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 368-372, 2007.

GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C. A representação social da autonomia profissional do enfermeiro na Saúde Pública. *Rev Bras Enferm*, Ribeirão Preto, v. 58, n. 4, p. 393-398, jul./ago. 2005.

GRUPO DE APOIO À PREVENÇÃO À AIDS. *Declaração dos direitos fundamentais da pessoa portadora do vírus da aids*. Porto Alegre: GAPA, 1989. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7BAC57B508-3F9B-4C27-9F7E-3CD7CA4B6A6A%7D/Declara%E7%E3o%20dos%20Direitos%20Fundamentais%20da%20Pessoa%20Portadora%20do%20V%EDrus%20da%20aids.....pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2009.

GUIMARÃES, C.D. Mulheres, homens e Aids: o visível e o invisível. In: PARKER, R. et al. *A AIDS no Brasil*. 2.ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS/UERJ, 1994. 360p.

GUIMARÃES, R.; FERRAZ, A.F. A interface AIDS, estigma e identidade: algumas considerações. *Rev. Min. Enf.*, Belo Horizonte, v. 6, n. 1/2, p. 77-85, jan./dez. 2002.

HOGA, L. A. K. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 13-20, 2004.

IBAÑEZ, T. *Ideologias de La vida cotidiana*. Barcelona: Sendai Ediciones, 1988 apud SÁ, C. P. *A construção do objeto de pesquisa em representações sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998. 110p.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: _____ (Org.). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p. 17-44.

JOVCHELOVICH, S. Re(des)cobrando o outro: para um entendimento da alteridade na Teoria das Representações Sociais. In: ARRUDA, A. (Org.). *Representando a alteridade*. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 69-82.

LEININGER, M. *Caring na essential human need*. Thorofore, New Jersey: Charles B., Slack Publishing., 1981.

LEOPARDI, M. T. et al. *Metodologia da pesquisa na saúde*. Santa Maria: Pallotti, 2001. 344p.

_____. *Teorias de enfermagem: instrumentos para a prática*. Florianópolis: Papa-Livros, 1999a.

_____. Algumas teorias de enfermagem: Josephine G. Paterson & Loretta T. Zderad. In: LEOPARDI, M.T. *Teorias de enfermagem: instrumentos para a prática*. Florianópolis: Papa-Livros, 1999b. cap. 4.11, p. 131-137.

LONDONO, M.; MORERA, G. *Administração hospitalar*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

LONGARAY, V. K.; ALMEIDA, M. A.; CEZARO, P. Processo de enfermagem: reflexões de auxiliares e técnicos. *Texto e Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v.17, n.1, p. 150-157, jan./mar. 2008.

LOPEZ, M. A.; CRUZ, M. J. R. *Hospitalização*. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 1998. 365p.

LUNARDI, V. L. *A ética como o cuidado de si e o poder pastoral na enfermagem*. Pelotas: UFPel, 1999.

MANN, J.; TARANTOLA, D.J.M.; NETTER, T.W. *A AIDS no mundo*. Rio de Janeiro: ABIA; IMS-UERJ; Relume Dumará, 1993. 321p.

MAGALHÃES, A.M.; PIRES, C.S.; KERETZKY, K.B. Opinião de enfermeiros sobre a passagem de plantão. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre, v.18, n.1, p.43-53, jan.1997.

MAGALHAES, Z. R. et al. Algumas considerações acerca do processo de viver humano de técnicos(as) de enfermagem recém-admitidos(as) em um hospital escola. *Texto e Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v, 15, n. esp., p. 39-47, 2006.

MARTINS, J. J.; NASCIMENTO, E. R. P. A Tecnologia e a Organização do Trabalho da Enfermagem em UTI. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, Florianópolis, v. 34, n. 4, p. 23-27, 2005.

MARQUES, S. C.; OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T. AIDS e representações sociais: uma análise comparativa entre subgrupos de trabalhadores. *Rev. Psicologia: teoria e pratica*, v.6, p. 91-104, 2004.

MARQUES, S.C.; TYRREL, M.A.R.; OLIVEIRA, D. Scientific nursing production from the perspective of social representation: Brazil, 1975-2001. *Rev. Latino-am Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.4, n.5, p. 762-769, out. 2006.

MARUDIAN, L.B.A. Equipamento de proteção individual. In: HIRATA, M.H.; MANCINI FILHO, J. *Manual de Biossegurança*. São Paulo: Manole, 2002. p.58-86.

MARZIALE, M. H. P.; NISHIMURA, K. Y. N.; FERREIRA, M. M. Riscos de contaminação ocasionados por acidentes de trabalho com material perfuro-cortante entre trabalhadores de enfermagem. *Rev. Latino-am Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 36-42, jan./fev. 2004.

MATHIAS, J.J.S.; ZAGONEL, I.P.S.; LACERDA, M.R. Processo clínico caritas: novos rumos para o cuidado de enfermagem transpessoal. *Acta Paul. Enferm.*, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 332-337, 2006.

MAYEROFF, M. *A arte de servir ao próximo para servir a si mesmo*. Rio de Janeiro: Record, 1971.

MELEIS, A. I. Nursing theory: na elusive mirage or a mirror os reality. In: _____. *Theoretical nursing development & progress*. Philadelphia: J. B. Lippincott Co., 1985. cap. 8. p. 169-194.

MENDES, P.W.; CASTRO, E.S.; FERREIRA, M.A. As vertentes do cuidado de enfermagem: o técnico e o expressivo na assistência hospitalar. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 239-246, ago. 2003.

MERHY, E.E. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOKO, R. (Org.). *Agir em Saúde: um desafio para o público*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2002a. p. 113-150.

MERHY, E.E. *Saúde e cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002b. 189p.

MINAYO, M.C.S. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 22. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

MONTICELLI, M.; ALONSO, I.L.K.; LEOPARDI, M.T. Algumas teorias de enfermagem: Madeleine Leiniger. In: LEOPARDI, M.T. *Teorias de enfermagem: instrumentos para a prática*. Florianópolis: Papa-Livros, 1999. cap. 4, p. 94-102.

MOREIRA, A S. P.; OLIVEIRA, D. C. *Estudos interdisciplinares de representação social*. Goiânia: AB, 1998. 328 p

MOSCOVICI, S. *A representação social da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. 291 p.

MOSCOVICI, S. On social representations. In: FORGAS, J.P. *Social cognition: perspectives on everyday understanding*. London: Academic Press, 1981. p. 181-209.

MOTTA, A.B. Chegando pra idade. In: LINS DE BARROS, M.M. *Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2003. p. 223-235.

NASCIMENTO, D.R. *As pestes do século XX: tuberculose e Aids no Brasil, uma história comparada*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

NEMES, M.I.B. *Avaliação em saúde: questões para o Programa de DST/Aids no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA, 2001.

NEVES, E. P. As dimensões do cuidar em enfermagem: concepções teórico-filosóficas. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*, Rio de Janeiro, v. 6, n.1, p. 79-92, dez. 2002.

NEVES, E. P. Teoria do cuidado humano de Jean Watson. 2003. Resumo. Disponível em: <<http://www.2.uchse.edu.son/caring/content/wet.asp>>. Acesso em: 10 out. 2008.

NICOLA, A. L.; ANSELMINI, M. L. *Metodologia de dimensionamento de pessoal de enfermagem: um instrumento gerencial*. In: SEMINÁRIO NACIONAL ESTADO E POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL, 2., 2005. Trabalhos apresentados. Cascavel: UNIOESTE, 2005.

NIETSCHE, E. A.; LEOPARDI, M. T. O saber da enfermagem como tecnologia: a produção de enfermeiros brasileiros. *Texto e Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v.9, n.1, p. 129-152, jan./abr. 2000.

NUNES, S. S. M. T.; OJEDA, R. G. Rotinas fiscalizadoras e orientações gerais em espaços físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. In: CONGRESSO LATINO AMERICANO DE INGENIERIA BIOMÉDICA, 2., 2001, Habana. *Memorias...* Habana: CORAL, 2001.

ODA, L. M.; ROCHA, S. S.; TEIXEIRA, P. AIDS como doença ocupacional. In: VALLE, S.; TEIXEIRA P. *Biossegurança: uma abordagem multidisciplinar*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. p. 239-256.

OLIVEIRA, D.C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. *R. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 569-576, out./dez. 2008.

OLIVEIRA, D.C. et al. Análise da produção de conhecimento sobre o HIV/AIDS em resumos de artigos em periódicos brasileiros de enfermagem, no período de 1980 a 2005. *Texto e Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 654-662, 2006.

OLIVEIRA, M. N. *Arquitetura hospitalar e incorporação tecnológica – a experiência do REFORSUS*. 2004. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/infra_estrutura_hospitalar.pdf. Acesso em 03 out. 2009.

OLTRAMARI, L.C. Um esboço sobre as representações sociais da Aids nos estudos produzidos no Brasil. *Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas*, Florianópolis, n.45, set. 2003.

PAIM, L. *Conceitos e visões teóricas*. Florianópolis: Repensul/ Espensul, 1998.

PARKER, R. *Na contramão da AIDS: sexualidade, intervenção, política*. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed.34, 2000.

PARKER, R.; AGGLETON, P. *Estigma, discriminação e Aids*. Rio de Janeiro: ABIA, 2006.

PARKER, R.G.; CHEQUER, P.; CASTILHO, E.A. *A AIDS no Brasil*. 2.ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS/UERJ, 1994. 360p.

PAULA, A.A.D.; FUREGATO, A.R.F.; SCATENA, M.C.M. Interação enfermeiro-familiar de paciente com comunicação prejudicada. *Rev. Latino-am Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 45-51, ago. 2000.

PERES, A.M.; CIAMPONE, M. H. T. Gerência e competências gerais do enfermeiro. *Texto e Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 492-499, jul./set. 2006.

PINHEIRO, P. N. C. et al. O cuidado humano: reflexão ética acerca dos portadores do HIV/AIDS. *Rev. Latino-am Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, p. 569-575, jul./ago. 2005.

PIRES, M. R. G. M. Politicidade do cuidado como referência emancipatória para a enfermagem: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. *Rev. Latino-am Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 729-736, set./out. 2005.

POLEJACK, L.; COSTA, L.F. Aids e Conjugalidade: o desafio de con(viver). *Impulso Rev Ciênc Soc Humanas*, Piracicaba, v. 13, n. 32, 131-139, out. 2002.

POLLIT, D.F.; BECK, C.; HUNGLER, B. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 487p.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. *Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

PRADO, M. L.; MARTINS, C. R. Técnica, tecnologia e o cuidado de enfermagem: em busca de uma nova poética no trabalho de enfermagem. In: PRADO, M. L.; GELBCKE, F. L. (Org.). *Fundamentos de Enfermagem*. Florianópolis: Cidade Futura, 2002. p. 19-22.

PRADO M. L. et al. Tecnologia e Cuidado: onde está o humano nessa convergência? In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE FILOSOFIA E SAÚDE, 3., 2006, Florianópolis. *Anais...* Florianópolis: Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da UFSC, 2006. p. 743-745.

PRATT, R.J. *AIDS: Uma estratégia para a assistência de enfermagem*. São Paulo: Ática, 1987. 86p. (Série Fundamentos).

PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS (Brasil). *Critérios de definição de casos de AIDS em adultos e crianças*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a. 51p. (Série Manuais, n. 60).

_____. *Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b. 140p. (Série Manuais, n. 2).

_____. *Adesão aos anti-retrovirais: manual para profissional de saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. 87p.

RACHID, M.; SCHECHTER, M. *Manual de HIV/AIDS*. 9.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2008. 222p.

RADÜNZ, V. *Cuidando e se cuidado: fortalecendo o self do cliente oncológico e o self da enfermeira*. Goiânia: AB, 1999. 80p.

RECOMENDAÇÕES para o atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico: HIV e Hepatites B e C. 2004. 56p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/manual_exposicao/manual_acidentes.doc>. Acesso em: 18 out. 2009.

RIBEIRO, C.G. et al. . Concepção da Aids: o que pensam os profissionais e os pacientes? Concepção da Aids. *DST – J. bras. Doenças Sex. Transm.*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 185-189, 2006a.

RIBEIRO, C.G. 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. 175-181, jan./mar. 2006b.

RIBEIRO, M. I. L. C. *A teoria, a percepção e a prática do relacionamento interpessoal*. 2005. 106f. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

RICARDO, C.M.; FUGULIN, F.M.T.; SOUZA, T.M. Dimensionamento de pessoal de enfermagem: análise do tempo efetivo de trabalho das enfermeiras da UTI pediátrica do HU-USP. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre, v. 25, n. 3, p. 357-366, dez. 2004.

ROCHA, P. K. et al. Cuidado e tecnologia: aproximações através do modelo de cuidado. *Rev Bras Enferm*, Brasília, v. 61, n. 1, p. 113-116, jan./fev. 2008.

ROSSI, F. R.; LIMA, M. A. D. da S. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 460-468, 2005.

SÁ, C. P. *A construção do objeto de pesquisa em representações sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998. 110p.

_____. *Núcleo central das representações sociais*. Petrópolis: Vozes, 2002.

SADALA, M.L.A.; MARQUES, S.A. Vinte anos de assistência a pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil: a perspectiva de profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2369-2378, nov. 2006.

SANTOS, V. L.; SANTOS, C. E. Adolescentes, Jovens e AIDS no Brasil. In: SCHOR, N.; MOTA, M.S.F.T.; BRANCO, V.C. *Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento*. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. p. 213-222.

SANTOS, A. M. R. et al. Representações sociais da Biossegurança por profissionais de enfermagem de um serviço de emergência. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 304-309, jun. 2008.

SANTOS, I. et al. Saude-se: o cuidar estético de enfermagem em projeto de extensão. *R Enferm UERJ*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p.153-159, 2004.

SCHEIDT, K. L. S.; ROSA, L. R. S.; LIMA, E. F. A. As ações de biossegurança implementadas pelas comissões de controle de infecções hospitalares. *R Enferm UERJ*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 372-377, jul./set. 2006.

SIEGEL, J.D. et al. Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. *Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings*. 2007. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/isolation2007.pdf>>. Acesso em: 05 out. 2009.

SILVA, D. C.; ALVIM, N. A. T.; FIGUEIREDO, P. A. Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*, Rio de Janeiro, v. 12, n.2, p. 291-298, jun. 2008.

SIQUEIRA, I. L. C. P.; KURCGANT, P. Passagem de plantão: falando de paradigmas e estratégias. *Acta Paul. Enferm.*, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 446-451, 2005.

SKRABA, I.; NICKEL, R.; WOTKOSKI, S. R. Barreiras de contenção: EPI e EPCs. In: MASTROENI, M.F. *Biossegurança aplicada a laboratório e serviços de saúde*. São Paulo: Atheneu, 2006.

SOENRENSE, et. al. Acidentes com material biológico em profissionais do atendimento pré-hospitalar móvel. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 17, n.2, p. 234-239, abr/jun. 2009..

SONTAG, S. *Doença como metáfora, AIDS e suas metáforas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

SOUZA L.M. et al. O cuidado em enfermagem: uma aproximação teórica. *Texto e Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 266-270, abr./jun. 2005.

STEFANELLI, M.C. Introdução à comunicação terapêutica. In: STEFANELLI, M.C.; CARVALHO, E.C. (Org.). *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem*. Barueri: Manole, 2005. (Série Enfermagem).

TANOS, M. A. A.; MASSAROLLO, M. C. K. B.; GAIDZINSKI, R. R. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em uma unidade especializada em transplante de fígado: comparação real com o preconizado. *Rev. Esc. Enf. da USP*, São Paulo, v.34, n.4, p. 376-382,dez. 2000.

TIPPLE, A. F. V. et al. Acidente com material biológico entre trabalhadores da área de expurgo em centros de material e esterilização. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, Maringá, v. 26, n. 2, p. 271-278, 2004.

TORRES, G. Florence Nightingale. In: GEORGE, J. (Org.). *Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 38-48.

TORRES, M. M.; ANDRADE, D.; SANTOS, C. B. Punção venosa periférica: avaliação de desempenho dos profissionais de enfermagem. *Rev. Latino-am Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 299-304, maio/jun. 2005.

TRIVIÑOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais*. A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987. 175 p.

VIEIRA, M.J. A representação do cuidar na imagem cultural da enfermagem. *Rev. Latino-am Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 7, n. 5, p. 25-31, dez. 1999.

VIGNA, C. P.; PERROCA, M. G. Utilização de sistema de classificação de pacientes e métodos de dimensionamento de pessoal de enfermagem. *Arq Ciênc Saúde*, v. 14, n. 1, p. 8-12, jan./mar. 2007.

WALDOW, V.R. Cogitando sobre o cuidado humano. *Cogitare Enferm.*, Curitiba, v. 3, n. 2, p. 7-10, jul./dez. 1998a.

_____. Cuidado humano e a enfermagem: ampliando sua interpretação. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 142-153, dez. 1997.

_____. *Cuidado humano: o resgate necessário*. 2.ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1999.

_____. *Cuidar expressão humanizadora de enfermagem*. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

_____. O cuidar humano: reflexões sobre o processo de enfermagem versus processo de cuidar. *R Enferm UERJ*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 284-293, set./dez. 2001.

_____. Examinando o conhecimento na enfermagem. In: LOPES, M. J. M., MEYER, D.E., WALDOW, V. R. *Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea*. Porto Alegre: Artmed, 1998b. p. 53-85.

WALDOW, V.R., LOPES, M.J.M.; MEYER, D.E. *Maneiras de cuidar maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

WATSON, J. *Nursing: human science and human care. A theory of nursing*. New York: National League for Nursing, 1988.

ZOEHLER, K. G.; LIMA, M. A. D. S. Opinião dos auxiliares de enfermagem sobre a passagem de plantão. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre, v. 21, n.2, p.110-124, jul. 2000.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____, RG nº. _____, ciente das informações prestadas pelos pesquisadores, concordo em participar da pesquisa intitulada “A Representação Social do enfermeiro hospitalar sobre o cuidado de enfermagem a adultos que vivem com HIV/Aids”, que tem os objetivos de descrever o cuidado de enfermagem dirigido a pessoas que vivem com HIV/Aids referido por enfermeiros hospitalares; identificar o campo representacional, dentro do qual o cuidado de enfermagem esta inserido; analisar as representações sociais de enfermeiros hospitalares acerca do cuidado de enfermagem. Estou esclarecido(a) de que esta pesquisa justifica-se por vislumbrar que este estudo contribua para a melhoria da qualidade da assistência prestada ao paciente que vive com HIV/Aids. Fui comunicado(a), igualmente, que esta pesquisa encontra-se sob a responsabilidade do Prof. Dr.º Antônio Marcos Tosoli Gomes, da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FE/UERJ) e da mestrandia Márcia Maria da costa Matos*, regularmente matriculada na mesma instituição. Declaro estar de acordo em participar da entrevista e que este momento seja gravado em fita cassete e/ou mp3 para posterior transcrição e análise pelos pesquisadores. Fui informado(a) que em nenhum momento serei exposto(a) a riscos, devido à participação, e que poderei, em qualquer fase da pesquisa, solicitar esclarecimentos, bem como recusar a continuar, sem nenhum prejuízo para a minha pessoa. Reconheço, também, que as respostas obtidas, serão usadas apenas para fins científicos e utilizadas em trabalhos e eventos acadêmico-científicos, sem qualquer identificação que possa comprometer-me. Informo estar esclarecido(a) que não terei nenhum tipo de despesa ou gratificação pela participação nesta pesquisa, e que terei acesso aos resultados publicados em periódicos científicos.

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

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2009.

Pesquisador

Sujeito da Pesquisa

* Telefones para contato com a mestrandia: (21) 76222239.

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista com profissionais

Temática: Representações e Memórias Sobre Cuidado de Enfermagem

Buscar a descrição do cuidado de enfermagem realizado/concretizado no contexto institucional; Identificar os conhecimentos e as habilidades (técnicas e relacionais) necessárias à concretização do cuidado; descrever as facilidades e as dificuldades em se trabalhar com esta clientela; comparar o conhecimento científico e as teorias de enfermagem com a vivência prática do cuidado de enfermagem; Buscar conceitos teóricos e práticos, com ênfase no cuidado prestado ao paciente com Aids. Confrontar a concepção teórica com o cotidiano do cuidar. Levantar como o cuidado de enfermagem é percebido pelo profissional e como ele acha que os pacientes o percebem; identificar o que os profissionais entendem como cuidado humanizado e como ele se concretiza no cotidiano institucional; solicitar a descrição das atividades dos diferentes profissionais da equipe de enfermagem; Explicitar as definições do cuidado de enfermagem e do enfermeiro; Buscar as relações que ele estabelece do cuidado com as questões cotidianas dos pacientes, da instituição, da equipe de saúde, etc. Levantar as imagens que os profissionais possuem acerca do cuidado de enfermagem; Descrever o relacionamento dos profissionais com os usuários; relatar situações de cuidado ou não cuidado que chamaram a atenção do profissional; Descrever as reações dos pacientes, do enfermeiro e da equipe (enfermagem e saúde); Descrever sentimentos, imagens, atitudes, percepções quanto ao uso do EPI no contato com os pacientes e buscar as percepções dos profissionais acerca da reação dos usuários a estes procedimentos e materiais; Se já observou um exagero ou negligência no uso; Levantar sentimentos, imagens, atitudes, percepções quanto ao quarto de isolamento (para os profissionais e como ele percebe isso entre os usuários); destacar toda a tecnologia utilizada na prestação do cuidado (equipamentos, consultas, exames, medicamentos, relação humana, etc) e sua influência na sobrevida e na qualidade de vida dos pacientes; comparar como era a vida de um soropositivo na época em que o enfermeiro começou a trabalhar e agora e procurar saber como o cuidado de enfermagem se fez presente neste processo; Descrever o processo educativo em saúde realizado pelos profissionais (as informações passadas, a importância para o cotidiano, o processo pedagógico, etc); Descrever as ações dirigidas aos familiares e responsáveis por parte da equipe de enfermagem (o profissional mais atuante, as informações fornecidas, a importância para o cotidiano, etc); Levantar os sentimentos de se trabalhar em um hospital/ambulatório/posto de saúde; Identificar e descrever representações ligadas ao contato com o sangue, a pele, líquidos orgânicos, etc; buscar as percepções sobre o cuidado ideal.

APÊNDICE C - Questionário de Caracterização dos Sujeitos

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM
Programa de Pós-graduação em Enfermagem

Questionário de Caracterização dos Sujeitos

1. Entrevista nº _____ 2. Data: _____ 3. Pseudônimo: _____
4. Hora do início: _____ 5. Hora do término: _____ 6. Sexo: F () M () 7. Idade: _____
8. Residência (Bairro): _____
9. Religião (marcar todas as referidas pela entrevistada ordenando, de 1 a 3, da mais para a menos importante)
- () Sem religião
 () Católica
 () Espírita, especificar: _____
 () Kardecista
 () Umbanda
 () Candomblé
 () Evangélica, denominação: _____
 () Outras. Especificar: _____
10. Situação de moradia:
- () Mora sozinho
 () Mora com a família.
 () Mora com amigos
 () Mora em habitação coletiva. Qual _____
11. Estado conjugal e marital atual:
- () solteira / não possui namorado ou companheiro
 () casada / vive com companheiro / união estável
 () possui companheiro fixo, mas não vive com ele
12. Filhos: () sim () não Quantos? _____
13. Renda pessoal _____
14. Renda familiar _____
- 15- Quantas pessoas vivem desta renda? () crianças () adultos
16. Formação profissional de mais alto nível:

- Graduação
 Especialização Quantas? __. Em que áreas? _____
 Mestrado
 Doutorado
 Outros _____

17. Tempo de graduação em enfermagem / ano de graduação:

_____ anos _____ meses Ano de graduação _____

18. Tempo de atuação na instituição / ano de início:

_____ anos _____ meses Ano de início _____

19. Tempo de atuação como enfermeira / ano de início da atuação:

_____ anos _____ meses Ano de início _____

20. Tempo de atuação com pacientes soropositivos ao HIV / ano de início:

_____ anos _____ meses Ano de início _____

21. Tipo de contato predominante com pacientes / clientes com HIV/AIDS atualmente:

- físico
 verbal
 físico e verbal
 nenhum
 outro, especificar: _____

22. Setor onde trabalha: _____

23. Tempo de atuação no setor: _____ anos _____ meses

24. Turno de trabalho:

- diarista plantão diurno plantão noturno

25. Caso trabalhe como plantonista: Escala 12x36 12x60 outras: _____

26. Função:

- Enfermeira Assistencial
 Chefia / Coordenação / Gerência / Supervisão
 Outra, especificar: _____

27. Quantos empregos têm (além daquele referido acima)? _____

Local	Setor	Escala

28. Principais fontes de acesso à informação sobre HIV/AIDS (marcar as 3 principais ordenando, de 1 a 3, por maior frequência de acesso):

- televisão rádio artigos científicos
 jornal livros em geral livros científicos

- revistas em geral sítios em geral na internet manuais
 cursos conversas no cotidiano profissional
 Outra: _____

29. Participação em cursos de capacitação sobre HIV/AIDS: () sim () não

30. Especificação dos cursos de capacitação sobre HIV/AIDS:

Ano	Nome do curso	Instituição organizadora

APÊNDICE D: Quadros de temas

TEMAS	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	
Cuidado de enfermagem (CE) é ser humanitário	<p align="center">As Múltipla dimensões do processo de cuidar de pacientes HIV/Aids</p>	<p align="center">Cuidado de Enfermagem</p>	
CE é não fazer de forma mecânica			
CE é conversa			
CE é interação			
CE é contato			
CE é assistência			
CE é fazer medicação			
Para o paciente CE é ser atendido na hora que solicita			
Para o paciente CE é ser bem atendido			
CE é cuidar integralmente			
CE é manter o paciente em bem estar			
CE é manter paciente em bem estar físico			
CE é manter o paciente em bem estar mental			
CE é manter um ambiente agradável			
Para o paciente CE é fazer medicação, higienização e alimentação			
A relação teoria e pratica reflete no cuidado de enfermagem			
CE é fazer alem dos cuidados técnicos			
CE é dedicação			
CE para o paciente é atenção			
Tecnologia ajuda no cuidado de enfermagem			
Para o paciente cuidado de enfermagem é uma coisa boa			
CE é cuidado espiritual			
Para o paciente CE é cuidar da doença			
CE é atenção			
Existe um pouco de relação <i>prática x teoria x CE</i>			
CE é diferenciado porque só a enfermagem pode fazer			
CE é estar ao lado 24 horas			
CE é dar orientação			
Cuidado Humanizado (CH) é não fazer de maneira mecânica			
CH é troca			
CH é questão humanitária			

(continua)

CH é o mesmo para o paciente com ou sem HIV/Aids	As Múltiplas dimensões do processo de cuidar de pacientes HIV/Aids	Cuidado Humanizado
CH é ver o paciente como pessoa		Cuidado Humanizado
CH é dar assistência total		
CH é esclarecer e orientar		
CH vai além dos cuidados de rotina		
CH é dar atenção		
CH tem o lado psicológico		
CH tem o lado físico		
CH é cuidar com bom humor		
CH é papel do enfermeiro		
CH é confiança		
Ch é trabalhar com amor		
CH é questão social		
CH é cuidado com paciente e familiares		
CH é ajudar		
CH acontece para o paciente HIV/Aids com interação		
CH para o paciente que não vive com HIV/Aids é menos complicado		
CH é cuidado espiritual		
O enfermeiro esquece o cuidado espiritual		
CH é respeito ao paciente		
CH para HIV/Aids acontece quando os consideram seres humanos		
CH é se envolver com o paciente		
CH é compreender, não impor		
CH é se colocar no lugar do outro		
O enfermeiro precisa saber sobre HIV/Aids e atualizações		Cuidado Idealizado
O enfermeiro precisa de conhecimentos sobre doenças infectantes		
O enfermeiro precisa saber de anti-retrovirais		
O enfermeiro precisa saber de mutações virais		
O enfermeiro precisa saber os riscos do tratamento		
Cuidado ideal (CI) é se colocar na posição do paciente		
CI é cuidar como se cuidasse de si próprio		
CI é interagir		
CI é evoluir (registro)		
CI é conhecer o paciente e suas necessidades		
CI é tentar suprir as necessidades		
CI é respeito		
CI é humanidade		

(continuação)

<p>O enfermeiro precisa de conhecimento teorico especifico para cuidar de pacientes HIV/Aids</p> <p>O enfermeiro precisa saber sobre assistência a pacientes HIV/Aids</p> <p>O enfermeiro precisa saber sobre doenças oportunistas</p> <p>CI é trabalhar com numero de profissionais apropriado</p> <p>CI é prestar boa assistência</p> <p>O enfermeiro precisa saber como usar EPI e precauções</p> <p>O enfermeiro precisa de conhecimento técnico, teórico e prático</p> <p>O enfermeiro precisa de equilíbrio emocional</p> <p>CI é ter profissionais bem treinados, capacitados e motivados</p> <p>CI é ter um ambiente confortável</p> <p>CI é ter boa ventilação</p> <p>O enfermeiro precisa saber forma de transmissão do HIV/Aids</p> <p>O enfermeiro precisa de habilidades especificas para cuidar dessa clientela</p> <p>O enfermeiro tem que gostar e/ou ter perfil para trabalhar com a clientela HIV/Aids</p> <p>Todos os pacientes precisam ser evoluídos</p> <p>CI é conseguir orientar</p> <p>CI é ter equipamentos apropriados</p> <p>O enfermeiro precisa preparar a família</p> <p>O enfermeiro precisa entender de relações humanas</p> <p>O enfermeiro precisa entender de cuidado humanizado</p> <p>O enfermeiro precisa saber de ATB</p>	<p>As Múltipla dimensões do processo de cuidar de pacientes HIV/Aids</p>	<p>Cuidado Idealizado</p>
<p>Não faz educação em saúde nas enfermarias</p> <p>O enfermeiro deve fazer o mesmo trabalho tanto no hospital publico quanto no privado</p> <p>O enfermeiro tenta fazer o melhor trabalho que consegue</p> <p>O enfermeiro se coloca no lugar do paciente</p> <p>O enfermeiro é um profissional</p> <p>Trabalha adaptando-se a realidade do paciente</p> <p>O paciente não diferencia o enfermeiro do técnico</p> <p>A não diferenciação enfermeiro-técnico é cultural</p> <p>Confundem enfermeiro com outros profissionais</p> <p>Para o paciente enfermeiro e técnico/auxiliar são a mesma coisa</p> <p>O enfermeiro recebe e passa plantão</p> <p>O enfermeiro passa visita nos pacientes</p>	<p>O processo de trabalho do enfermeiro e da equipe de enfermagem no contexto da atenção ao HIV/Aids</p>	<p>As competências do enfermeiro na atenção à clientela que vive com HIV/Aids</p>

(continuação)

O enfermeiro prioriza as ações	O processo de trabalho do enfermeiro e da equipe de enfermagem no contexto da atenção ao HIV/Aids	As competências do enfermeiro na atenção à clientela que vive com HIV/Aids
O enfermeiro faz punção venosa		
O enfermeiro realiza os cateterismos		
O enfermeiro faz os curativos		
O enfermeiro atende e evolui os pacientes graves		
O enfermeiro atende intercorrências		
O enfermeiro delega procedimentos		
Existem trabalhos só do enfermeiro		
O enfermeiro não evolui todos os pacientes		
O enfermeiro evolui informações relevantes		
O enfermeiro não precisa de habilidades específicas		
Todos os enfermeiros têm objetivo comum de cuidar		
Os enfermeiros são receptivos a clientela HIV/Aids		
Os enfermeiros interagem com os pacientes		
É preferível trabalhar com essa clientela		
É bom trabalhar com pacientes HIV/Aids		
É preferível trabalhar com essa clientela		
É bom trabalhar com pacientes HIV/Aids		
O enfermeiro não é mecânico		
O enfermeiro precisa ser humano		
O enfermeiro precisa interagir		
O enfermeiro gerencia rotina de prescrições		
O enfermeiro gerencia a rotina de administração de medicações		
O enfermeiro manipula material contaminado com EPI		
O enfermeiro gosta de trabalhar com pacientes HIV/Aids		
O enfermeiro faz tudo (o que o técnico/auxiliar faz e outras coisas)		
O enfermeiro evolui em prontuário		
O enfermeiro gerencia rotina de exames		
O enfermeiro faz entrevista admissional, de transferência e de alta		
O enfermeiro evolui os curativos		
O enfermeiro fica responsável por mais de um setor		
O enfermeiro é responsável por contagem de psicotrópico		
O enfermeiro é responsável por carro de parada		
O enfermeiro interage com outros profissionais de saúde		
Religiosidade no cuidado de enfermagem		
O enfermeiro trabalha com pacientes debilitados		
O enfermeiro faz higienização dos pacientes		

(continuação)

<p>O enfermeiro noturno não tem muito contato com os pacientes</p> <p>O enfermeiro é responsável pela avaliação dos pacientes que estão passando mal</p> <p>As vezes o paciente diferencia o enfermeiro do técnico/auxiliar</p> <p>Cuidar de pacientes HIV/Aids hoje é realidade sem escolha</p> <p>A equipe usa a criatividade para cuidar</p> <p>O enfermeiro não tem mais paciência</p> <p>O enfermeiro trabalha (vê) o sofrimento</p> <p>Rotina de trabalho com paciente HIV/Aids, é pesada</p> <p>O técnico ou auxiliar separa e administra medicações</p> <p>Existem trabalhos só de técnico-auxiliares</p> <p>O técnico/auxiliar verifica sinais vitais</p> <p>O auxiliar verifica sinais vitais</p> <p>O auxiliar faz higienização</p> <p>O técnico/auxiliar presta cuidados</p> <p>O auxiliar recebe o paciente que é admitido no setor</p> <p>Punção venosa não é atividade exclusiva do enfermeiro</p> <p>O técnico/auxiliar faz punção venosa</p> <p>O técnico/auxiliar faz nebulização</p> <p>O técnico/auxiliar faz haemogluco teste</p> <p>O auxiliar evolui na prescrição</p> <p>O auxiliar pode escrever nos livros do setor</p>	<p>O processo de trabalho do enfermeiro e da equipe de enfermagem no contexto da atenção ao HIV/Aids</p>	<p style="text-align: center;">As competências do enfermeiro na atenção à clientela que vive com HIV/Aids</p> <hr/> <p style="text-align: center;">As ações dos técnicos e dos auxiliares de enfermagem</p>
<p>Uso exagerado de equipamento de proteção individual (EPI)</p> <p>Em precaução de contato usa-se luva e capote</p> <p>Para aspiração usam-se óculos</p> <p>Não precisa usar mais EPI que o necessário</p> <p>A não utilização de EPI pode trazer prejuízos</p> <p>Não presenciou negligencias quanto ao uso de EPI</p> <p>Os acidentes acontecem geralmente quando há negligencia</p> <p>Os enfermeiros se furam mesmo usando EPI</p> <p>Não usam luva porque acreditam que nunca vão se acidentar</p> <p>Uso exacerbado dos EPI porque o material do mesmo não é de boa qualidade</p> <p>EPI é fundamental</p> <p>Os pacientes não respeitam as precauções</p> <p>Como o paciente HIV/Aids em precaução se sente ao ser cuidado por profissional todo paramentado</p>	<p>Biossegurança: teorias e práticas sobre utilização de equipamentos de proteção individual e precauções</p>	

(continuação)

Precaução respiratória exige uso de mascara N95	Biossegurança: teorias e práticas sobre utilização de equipamentos de proteção individual e precauções
Punção venosa exige uso de luvas de procedimento	
EPI e precauções são proteções	
Isolamento é uma palavra complicada	
Faz parte da profissão trabalhar com ambiente e material contaminado	
É normal trabalhar com material contaminado	
Não há costume em trabalhar com material contaminado	
Não é agradável trabalhar com material contaminado	
Uso exacerbado de EPI para cuidados a pacientes HIV/Aids	
Paciente em precaução de contato tem material para exame físico separado	
Substituição de dreno torácico exige uso de mascara, gorro, capote e luva	
Existe receio em trabalhar com material contaminado	
Existe negligencia na utilização de EPI	
A mascara é o EPI mais usado	
O enfermeiro não presenciou uso exacerbado de EPI durante cuidado a pacientes HIV/Aids	
As precauções não são respeitadas	
Não há problemas em manusear material contaminado	
Cuidados e precauções são universais	
O enfermeiro tem medo de contaminação e de precauções	
Existe o respeito precauções	
Não assusta trabalhar em ambiente nem com material contaminado	
Existem riscos de trabalhar em ambiente e com material contaminado	
O paciente não se incomoda de ser cuidado por profissional todo paramentado	
É hábito não usar EPI	
Precaução respiratória é para Tuberculose	
PC é para MRSA e VRE	
O enfermeiro toma cuidado depois que acontece o acidente	
Paciente que vem de outra unidade fica em PC para rastreamento	
É horrível trabalhar com material e local contaminado	Biossegurança: teorias e práticas sobre utilização de equipamentos de proteção individual e precauções
Não é necessário infra-estrutura especifica para cuidar de pacientes HIV/Aids	
O ambiente tem que ter ventilação adequada	
O ambiente tem que ter boa iluminação	

(continuação)

A interação é natural (igual com os outros)		
Os pacientes se preocupam com os enfermeiros		
O enfermeiro não lembra de teorias de cuidado de enfermagem (TE)	As teorias de enfermagem e os processos de conhecimento como fundamentos do cuidar	
Existem as necessidades básicas		
TE são coisas antigas		
Não utiliza as TE ou não sabe que utiliza		
Utiliza a pratica do cuidado		
A teoria é a base		
A pratica é a realidade, que é diferente da teoria		
Teoria tem relação direta com a pratica		
O enfermeiro faz uso de TE		
O enfermeiro utiliza a Teoria do Auto-cuidado		
Antes achava que TE era inútil		
Acha que TE é útil		
Não sabe dizer qual conhecimento teórico específico		
Não há investimento em conhecimento		

(conclusão)

ANEXO - Parecer do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde

RIO

Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer nº 274A/2008

Rio de Janeiro, 17 de novembro de 2008.

Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde - CEP SMS-RJ -, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:

<p>Coordenador: Carlos Scherr</p> <p>Vices-Coordenadores: Salésia Felipe de Oliveira Mariângela Freitas Lavor</p> <p>Membros: Carla Lopes Porto Brasil Carlos Alberto Maia Carlos Alberto Pereira de Oliveira Elisete Casotti José M. Salame Jucema Fabricio Vieira Lindaiva Guerra Bras Márcia Constância P. A. Gomes Maria Alice Gunzburger Milene Rangel da Costa Rafael Aron Abitbol Rondineli Mendes da Silva Sandra Regina Victor Sérgio Aquino Suzane Oliveira de Menezes</p> <p>Secretária Executiva: Carla Costa Vianna</p>	<p>PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 200/08</p> <p>TÍTULO: Cuidado de enfermagem no contexto do HIV/AIDS: representações sociais e memórias de enfermeiros e portadores nos 25 anos da síndrome.</p> <p>PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Antônio Marcos Tosoli Gomes.</p> <p>UNIDADE (S) ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: Hospital Municipal Raphael de Paula e Souza.</p> <p>DATA DA APRECIÇÃO: 17/11/2008.</p> <p>PARECER: APROVADO</p>
--	---

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*Item VII. 13.d., da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

Esclarecemos, ainda, com relação aos Protocolos, que o CEP/SMS deverá ser informado de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.


Salésia Felipe de Oliveira
 Vice-Coordenadora
 Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde
 Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 701 - Cidade Nova - Rio de Janeiro
 CEP: 20211-901
 Tel: 2503-2024 / 2503-2026 - E-mail: cepems@rio.rj.gov.br - Site: www.saude.rio.rj.gov.br/cep

FWA nº: 00010761
 IRB nº: 00005577

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)