



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

MICHELE CUNHA DE JESUS

**PRÁTICAS DE CUIDADO A PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS ADOTADAS
PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UMA UNIDADE DE SAÚDE**

**SALVADOR
2013**

MICHELE CUNHA DE JESUS

**PRÁTICAS DE CUIDADO A PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS ADOTADAS
PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UMA UNIDADE DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito para obtenção do grau de Mestra em Enfermagem, área de concentração “Gênero, Cuidado e Administração em Saúde”, linha de pesquisa Mulher, Gênero e Saúde.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Mirian Santos Paiva

**SALVADOR
2013**

J48 Jesus, Michele Cunha
Práticas de cuidado a pessoas vivendo com HIV/aids
adotadas pela equipe de enfermagem de uma unidade de saúde /
Michele Cunha de Jesus – Salvador, 2013.
74 f.
Orientadora: Profª Drª Mirian Santos Paiva.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia.
Escola de Enfermagem, 2013.

1. Enfermagem. 2. HIV. 3. AIDS. I. Paiva, Mirian Santos.
II. Universidade Federal da Bahia. III. Título.

CDU 616-083

Elaborada pela Biblioteca Universitária de Saúde, SIBI - UFBA.

MICHELE CUNHA DE JESUS

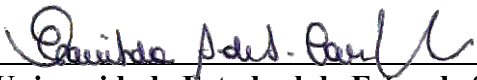
**PRÁTICAS DE CUIDADO A PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS ADOTADAS
PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UMA UNIDADE DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito de aprovação para obtenção do grau de Mestra na área de concentração “Gênero, Cuidado e Administração em Saúde”, linha de pesquisa Mulher, Gênero e Saúde.

Aprovada em _____ de _____ de _____

COMISSÃO EXAMINADORA

Mirian Santos Paiva 
Doutora em Enfermagem, Professora da Universidade Federal da Bahia

Evanilda Souza de Santana Carvalho 
Doutora em Enfermagem, Professora da Universidade Estadual de Feira de Santana

Jeane Freitas de Oliveira 
Doutora em Enfermagem, Professora da Universidade Federal da Bahia

Mariza Silva Almeida 
Doutora em Enfermagem, Professora da Universidade Federal da Bahia

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Humberto e Vera, que me proporcionaram boa educação e me apoiaram em todos os momentos que precisei;
A João, meu esposo, amigo, companheiro e motivador;
A Frede e Carla, sempre presentes me incentivando;
À minha avó Carmen e a meus eternos avós Antonio, João e Agar, exemplos dignos;
À Jeisa, Jeisival, Maria e João pelo apoio e atenção;
À Andréia, pela amizade e apoio nos momentos difíceis.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À minha querida orientadora, Prof^a Dr^a Mirian Santos Paiva, que sempre acreditou em mim e com sua paciência e sabedoria dedicou os últimos anos na partilha de conhecimento e muito contribuiu para realização deste trabalho. Obrigada, pelo cuidado, atenção e parceria.

AGRADECIMENTOS

A **Deus** que renovou minhas forças e me capacitou para que eu chegasse até o fim desse estudo;

À **Professora Dr^a Jeane Freitas de Oliveira**, sempre presente e prestativa para ajudar. Obrigada pelas contribuições na construção do trabalho;

À **Professora Dr^a Evanilda Souza de Santana Carvalho**, que sempre me apoiou contribuindo intensamente para a construção do trabalho;

Ao **Hospital Humberto Castro Lima** que incentivou e possibilitou a realização deste sonho;

À **Mariana Soliani e Maria Luisa Soliani** pelo incentivo, apoio e carinho. Obrigada por tudo;

Aos gerentes e parceiras(os) de trabalho, **Rita, Daniele, Ana e Humberto** pelo apoio e motivação;

Às amigas e companheiras do HHCL **Liranei, Jurema, Luana, Queila, Caroline Mota, Caroline Ramos, Naiara e Andreia** pelo apoio e, principalmente, pela amizade;

A todas as **professoras do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem** e a todas (os) **colegas de curso** pelas contribuições durante a trajetória;

À **equipe de enfermagem** que aceitou participar deste estudo;

A todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram nesta caminhada.

“O pior cárcere não é o que aprisiona o corpo,
mas o que asfixia a mente e algema a emoção.
Ser livre é não ser servo das culpas do passado
Nem escravo das preocupações do amanhã.
Ser livre é ter tempo para as coisas que se ama,
É abraçar, se entregar, sonhar, recomeçar.
É desenvolver a arte de pensar e proteger a emoção.

Mas, acima de tudo...

Ser livre é ter um caso de amor com a própria vida".

Augusto Cury

RESUMO

JESUS, Michele Cunha de. **Práticas de cuidado a pessoas vivendo com HIV/aids adotadas pela equipe de enfermagem de uma unidade de saúde.** Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2013. 74p. Dissertação de Mestrado.

As pessoas vivendo com HIV/aids necessitam de cuidados de saúde qualificados, humanizados e individualizados para atender suas necessidades, expectativas e medos. Pesquisa exploratória, de caráter qualitativo, desenvolvida com os objetivos de analisar as percepções da equipe de enfermagem sobre as práticas de cuidado a pessoas vivendo com HIV/aids e de caracterizar as práticas de cuidado prestadas a pessoas vivendo com HIV/aids. A pesquisa foi desenvolvida com 04 enfermeiras e 09 técnicas em atuação no ambulatório e na unidade de internação especializada em infectologia de um Hospital Universitário, localizado no município de Salvador-BA. Foram observados os aspectos ético-legais dispostos na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. Como técnica para coleta de dados, utilizou-se a entrevista semi-estruturada e a observação participante. Para tratamento dos dados, adotou-se a análise de conteúdo de Bardin. O estudo revelou que para os sujeitos da pesquisa, as práticas de cuidado de enfermagem a pessoas com HIV/aids foram caracterizadas como assistenciais. As participantes, apesar de terem naturalizado as práticas de cuidado como sendo igual ao dispensado a qualquer outro(a) paciente registraram que a assistência deve ser realizada com bastante cautela, atenção e precauções redobradas. Também revelaram que a falta de conhecimento contribui para o desenvolvimento do medo e do preconceito e que a experiência profissional e o contato com as pessoas soropositivas desmistificam o cuidado. As ações educativas das práticas assistenciais se apresentaram com caráter informativo, o que pode não permitir à pessoa cuidada uma reflexão e a sensibilização da necessidade de adesão ao tratamento e da redução de riscos e danos. Nesse sentido, ressaltam que as práticas de cuidado a pessoas vivendo com HIV podem ser influenciadas por vários fatores, tais como: as repercussões da história do HIV; as experiências vivenciadas por cada profissional; os conhecimentos adquiridos no cotidiano da atuação e as condições que a instituição proporciona. Esse trabalho trouxe reflexões sobre a formação profissional de enfermagem, tanto no âmbito do ensino superior quanto do técnico, identificando que a(o) discente precisa refletir sobre suas práticas de cuidado, as quais devem ser estruturadas no conhecimento técnico e teórico, mas também nas relações interpessoais e no acolhimento humanizado, seja qual for a área de atuação.

Palavras-chave: cuidado; enfermagem; HIV; aids

ABSTRACT

JESUS, Michele Cunha de. **Care practices for people living with HIV / AIDS adopted by the nursing staff of a health care facility.** Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2013. 74p. Dissertação de Mestrado.

People living with HIV/AIDS need care from skilled health humanized and individualized to meet their needs, expectations and fears. This exploratory , qualitative, developed with the objective to analyze the perceptions of nursing staff on the practices of care for people living with HIV/AIDS and to characterize care practices provided to people living with HIV/AIDS. The research was conducted with 04 nurses and 09 technical performance in outpatient and inpatient unit specializing in Infectious Diseases of the University Hospital, in the city of Salvador, Bahia. We observed the ethical-legal aspects arranged in Resolution 196 /96 of the National Health Council as a technique for data collection used the semi-structured interviews and participant observation. The data collected was adopted content analysis of Bardin. The study revealed that for the subjects of the research practices of nursing care for people with HIV/AIDS were characterized as welfare. Participants despite naturalized care practices, as being equal to that provided to any other patient reported that during servicing must be performed with extreme caution, attention and redoubled precautions. Also revealed that the lack of knowledge contributes to the development of fear and prejudice and assert that the experience and contact with people with HIV demystify care. Healthcare practices/education presented with informative character which may not allow the person cared for reflection and awareness of the need for compliance and reducing risk and damage. In this regard, note that the practices of care for people living with HIV may be influenced by many factors including: the impact of the history of HIV, the experiences of each professional, the knowledge gained in everyday activities, and the conditions that the institution provides. This work brought reflections on the training of nursing , whether in higher education or technical , identifying that students need to reflect on their care practices should be structured in technical and theoretical knowledge , but also in interpersonal relations and humanized care, whatever the field.

Keywords: care, nursing, HIV, AIDS

RESUMEN

JESUS, Michele Cunha de. **Prácticas de atención a las personas que viven con el VIH / SIDA adoptada por el personal de enfermería de un centro de atención médica.** Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2013.74 p. Dissertação de Mestrado.

Las personas que viven con VIH / SIDA necesitan atención de salud calificado humanizada e individualizada para satisfacer sus necesidades, expectativas y temores. Este exploratorio y cualitativo, desarrollado con el objetivo de analizar las percepciones del personal de enfermería en las prácticas de atención a las personas que viven con el VIH/SIDA y para caracterizar las prácticas de atención que prestan a personas que viven con el VIH/SIDA. La investigación fue realizada con 04 enfermeros y 09 técnicos de rendimiento en consulta externa y unidad de hospitalización especializada en Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario, en la ciudad de Salvador, Bahia . Hemos observado los aspectos ético- legales dispuestas en la Resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud como técnica de recolección de datos utilizan las entrevistas semi -estructuradas y observación participante . Los datos recogidos se aprobó el análisis de contenido de Bardin. El estudio reveló que los temas de las prácticas de investigación de los cuidados de enfermería a personas con VIH/SIDA se caracteriza por el bienestar. Los participantes a pesar de las prácticas de atención naturalizados, como igual a la proporcionada a cualquier outro paciente informó que durante el mantenimiento debe realizarse con extremo cuidado, la atención y precauciones redoblados . También reveló que la falta de conocimiento contribuye al desarrollo del miedo y los prejuicios y afirma que la experiencia y el contacto con la gente con la atención desmitificar el VIH. Prácticas de educación sanitaria/presentadas con carácter informativo, que no pueden permitir que la persona cuidada reflexión y la conciencia de la necesidad de cumplimiento y reducir los riesgos y daños. En este sentido, cabe destacar que las prácticas de atención a las personas que viven con el VIH pueden verse influidos por muchos factores, incluyendo: el impacto de la historia del VIH, la experiencia de cada profesional, los conocimientos adquiridos en las actividades cotidianas, y las condiciones que la institución proporciona. Este trabajo llevó reflexiones sobre la formación de la enfermería, tanto en la educación superior o técnica, la identificación de que los estudiantes deben reflexionar sobre sus prácticas de atención debe ser estructurado de conocimientos técnicos y teóricos, sino también en las relaciones interpersonales y el cuidado humanizado, sea cual sea el terreno.

Palabras clave: Cuidado, enfermería, VIH, SIDA.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REVISÃO DA LITERATURA	18
2.1 PRÁTICA DE CUIDAR DE ENFERMAGEM EM TEMPOS DE AIDS: UMA REFLEXÃO DO INÍCIO DA EPIDEMIA ATÉ OS DIAS ATUAIS	18
3 ASPECTOS METODOLÓGICOS	26
3.1 TIPO DE PESQUISA	26
3.2 CENÁRIO DO ESTUDO	26
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	27
3.4 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA	28
3.5 ESTRATÉGIA PARA A COLETA DOS DADOS	29
3.5.1 Entrevista semi-estruturada	30
3.5.2 Observação Participante	30
3.6 TRATAMENTO DOS DADOS	31
3.6.1 Análise de Conteúdo	31
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS:	32
4.1 CATEGORIA 1: PRÁTICAS ASSISTENCIAIS A PESSOAS COM HIV/AIDS	32
Subcategoria: Cuidado cercado de temores e sentimentos de vulnerabilidade	32
Subcategoria: Cuidado ao corpo em padecimento por condição infectocontagiosa e vulnerável às infecções oportunistas	39
Subcategoria: Cuidado psicoemocional	48
Subcategoria: Práticas assistenciais: do modelo tecnicista à integralidade	51
Subcategoria: Ações educativas nas práticas assistenciais: ênfase na adesão ao tratamento e nas situações de risco	53
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
REFERÊNCIAS	59

APÊNDICE A – INFORMAÇÕES À COLABORADORA E TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	65
APÊNDICE B – ROTEIRO DA ENTREVISTA	68
APÊNDICE C – PASSO A PASSO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE	70
APÊNDICE D – TABELA COM A CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES	71
ANEXO 01 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFBA	72
ANEXO 02 – DECLARAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	74

1 INTRODUÇÃO

“Antes me escondia para morrer, hoje, me mostro para viver”
Autor anônimo (portador do HIV/aids, s.d.)

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids¹) resulta em uma disfunção imunológica crônica e progressiva provocada pelo agente etiológico vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). O hospedeiro deste retrovírus sofre declínio dos níveis de linfócitos CD4 deixando-o vulnerável a infecções oportunistas que matam em pouco tempo (CANINI *et al*, 2004).

Desde o início da epidemia, em 1980, até junho de 2011, foram notificados 608.230 casos de aids, em todo território nacional. Em 2010, foram notificados 34.218 casos da doença e a taxa de incidência de aids no Brasil foi de 17,9 casos por 100 mil habitantes (BRASIL, 2011). A disseminação do vírus ocorreu de modo rápido e as repercussões da doença foram várias, caracterizando a aids como importante problema de saúde pública.

Há 30 anos o HIV/aids está presente e o seu perfil epidemiológico é dinâmico e encontra-se em processo de transformação no Brasil e no mundo. A princípio, todo o trabalho de prevenção e controle do HIV/aids era direcionado para os “grupos de risco”, porém desde a década de 90 do século XX, observa-se ocorrência de padrões de heterossexualização, feminização, juvenização, pauperização e interiorização da epidemia (SANTOS, 2007).

Em meio a essas transformações, a enfermagem no seu cotidiano desenvolveu práticas de cuidado que podem ser definidas como ações compostas por tecnologias leves, relacionais e comunicacionais e que podem ser de cunho gerencial, assistencial, educativo, de mobilização comunitária, individual ou coletiva, voltadas para a prevenção de doenças; educação, promoção e proteção da saúde; cura; e reabilitação (XIMENES *et al*, 2011).

Todas essas ações eram embasadas em medidas de biossegurança, para garantir uma atenção de qualidade, promovendo o conforto e o bem estar das pessoas que estavam sendo cuidadas e no desenvolvimento das práticas profissionais. Afinal, esta é a equipe² que se encontra 24 horas prestando assistência à saúde nas unidades hospitalares.

¹ Na apresentação do texto deste estudo a sigla Aids será escrita em letra maiúscula apenas quando estiver se referindo às políticas públicas, ao nome do Programa ou a eventos que utilizem a grafia desta maneira. Para as demais citações do vocábulo será utilizada a letra minúscula, dado que esta palavra já foi incorporada na língua portuguesa como um substantivo feminino.

² Neste trabalho, o termo equipe de enfermagem quando for utilizado diz respeito às enfermeiras(os) e técnicas(os) de enfermagem, sujeitos do estudo.

Apesar disso, nos serviços de enfermagem, após três décadas de infecção, ainda há contextos em que os(as) profissionais encontram-se despreparados para cuidar de pacientes com HIV/aids. Na minha experiência profissional, por exemplo, de 2009 a 2013, em uma unidade de internamento de uma clínica-cirúrgica, pude verificar o quanto a equipe de enfermagem evitava o contato com o(a) paciente com HIV/aids, o qual, muitas vezes, era o(a) último a ser cuidado. O distanciamento das(os) profissionais contribuía para que o(a) paciente permanecesse inquieto(a) e isolado(a). As visitas da(o)s profissionais eram rápidas e fixadas na técnica.

Nos resultados da pesquisa de Costa *et al* (2006), essa situação também foi encontrada em uma unidade de internação de um hospital público estadual, no município de Fortaleza-CE, onde os(as) pacientes soropositivos hospitalizados apontaram que esperam uma assistência mais humana, maior atenção, contato verbal, maior afetividade da equipe de enfermagem, uma atenção qualificada e digna.

Collière (1999, p. 124) faz uma reflexão sobre o distanciamento das relações humanas entre profissionais e pacientes, reforçando que o mesmo pode ser consequência das especializações que surgiram no âmbito da saúde, as quais limitaram os(as) cuidadores(as) à detecção das necessidades da(o)s pacientes, como se pode verificar no trecho abaixo:

Em relação ao hiper desenvolvimento das tecnologias de ponta, que contribuem para uma investigação orgânica cada vez mais exigente, assiste-se uma multiplicação de especializações que têm, muitas vezes, como efeito, fender mais o corpo doente, fragmentar as tarefas, daí as relações humanas cada vez mais impessoais, longínquas, divididas – isto apesar do desejo implícito, de quem trata, de ter em conta o que é importante para o doente.

Sabe-se que o processo de cuidar para a enfermagem não deve estar fixado apenas na realização de procedimentos e sim no atendimento a todas as necessidades dos pacientes, que podem ser psicológicas, espirituais, sociais e biológicas. Nas práticas de cuidado de enfermagem, é preciso analisar sistematicamente sua adequação e funcionalidade, visando, sobretudo, a humanização da assistência.

Gadamer (2006, p. 80) ratifica que não é possível realizar o tratamento do corpo sem avaliar a integralidade da pessoa assistida como se pode observar a seguir:

[...] o tratamento do corpo [...] não é possível sem o tratamento da alma, ou ainda mais, que talvez nem sequer isso baste, mas que ele também não é possível sem o saber sobre o ser total. O ser total é chamado em grego: *hole ousia*. Quem entender essas palavras em grego escutará na expressão “o ser total” também “o ser são”. O ser integral do todo e o ser sadio da pessoa são, a sua saúde, parecem estar estreitamente ligados [...]

Além disso, no meu exercício profissional percebi que a(o)s profissionais na área de saúde, incluindo os da enfermagem, ainda hoje se fixam em trabalhos direcionados aos “grupos mais vulneráveis para HIV”, minimizando ou subestimando a vulnerabilidade das demais pessoas. Isso ocorre porque essa alteração do arranjo epidemiológico aconteceu após alguns anos do início da epidemia e muitas(os) profissionais ainda não incorporaram o conceito de vulnerabilidade. Talvez isso seja em decorrência da forte representação da aids como “doença do outro, que é homem e homem homossexual” e que está embasada no conceito anteriormente utilizado de “grupo de risco”.

Há, também, situações em que a equipe de enfermagem culpabiliza os(as) portadores(as) do vírus do HIV pela sua infecção, atribuindo-o como consequência do comportamento sexual, drogadição e ociosidade. Entretanto, essas atitudes são permeadas de preconceitos, estigma e discriminação que levam as(os) profissionais a se distanciarem do(a) portador(a) do HIV.

O preconceito advém do descrédito atribuído a uma pessoa que possui uma diferença considerada como indesejável, o que Goffman (1998) definiu como sendo o estigma, que é um poderoso controle social usado para marginalizar e desumanizar indivíduos que apresentam certos traços desvalorizados.

A forma como a equipe de enfermagem concebe os(as) pacientes infectados(as) pelo HIV influencia suas práticas de cuidado nos ambulatórios e hospitais. Entretanto, a infecção pelo vírus do HIV não deve interferir negativamente na assistência, pois os pacientes precisam receber cuidados humanizados e de qualidade.

O interesse em trabalhar com a temática de HIV vem desde a graduação, quando participei, no Grupo de Estudo sobre Saúde da Mulher (GEM), de dois projetos de iniciação científica da Universidade Federal da Bahia (UFBA), entre 2007 e 2009, sob orientação da professora Dr^a Mirian Paiva.

O primeiro foi intitulado “A Sexualidade de Adolescentes e Jovens vivendo com HIV/aids: representações, vulnerabilidades e enfrentamento”. Durante esse trabalho, pude identificar quanto os adolescentes que vivem com HIV sofrem preconceito e discriminação na família, comunidade e nas instituições de saúde. Além disso, os que foram contaminados por via sexual expressaram sentimentos de culpa e irresponsabilidade, tendo dessa forma o exercício da sua sexualidade tolhida e frustrada. Dentre os resultados desta pesquisa emergiu a publicação de um artigo científico na Revista Eletrônica de Enfermagem intitulado “Representações sociais de adolescentes e jovens vivendo com HIV”, acerca da adolescência, sexualidade e aids.

No segundo trabalho “A Sexualidade de Adolescentes e Jovens de Escolas Públicas da Cidade de Salvador: representações e vulnerabilidades”, pude verificar quanto é necessário aprimorar o contexto educativo com adolescentes/jovens nas escolas buscando enfatizar a prevenção e discutir as vulnerabilidades às DST/aids.

Em ambos os projetos, pude perceber a necessidade das(os) profissionais de saúde fazerem uma autoavaliação das suas práticas de cuidado buscando promover melhor assistência à saúde, livre de preconceitos, discriminações e julgamentos no que tange às pessoas cuidadas.

Ao aliar o contexto das práticas de cuidado da enfermagem à experiência com pesquisa em pacientes vivendo com HIV, surgiu a seguinte questão de investigação: Como se dão as práticas de cuidado adotadas pela enfermagem a pessoas vivendo com HIV/aids? Para responder a esta pergunta, foram traçados os seguintes objetivos: 1) analisar as percepções da equipe de enfermagem sobre as práticas de cuidado a pessoas vivendo com HIV/aids; 2) caracterizar o cuidado prestado a pessoas vivendo com HIV/aids.

Os levantamentos bibliográficos realizados até então sobre os cuidados da equipe de enfermagem a pessoas vivendo com o HIV, em português, na base de dados BIREME, no qual se pode acessar LILACS, IBECs, MEDLINE, Biblioteca Cochrane, SciELO, mostram que o foco dos estudos está nos aspectos biológicos e epidemiológicos da patologia. Há uma escassez de informações sobre os cuidados da equipe de enfermagem a pessoas vivendo com HIV/aids.

Diante da questão norteadora e dos objetivos estabelecidos, foram definidas como objeto de pesquisa as percepções da equipe de enfermagem sobre cuidar de pessoas vivendo com HIV/aids. Este objeto foi investigado com base na valorização do relacionamento interpessoal entre o(a) cuidador(a) e o(a) paciente.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 PRÁTICA DE CUIDAR DE ENFERMAGEM EM TEMPOS DE AIDS: UMA REFLEXÃO DO INÍCIO DA EPIDEMIA ATÉ OS DIAS ATUAIS

“Não seja mais um a carregar além do HIV, o preconceito que mata, isola e exclui”
(autor anônimo, s.d.)

O primeiro caso dessa doença foi identificado na década de 80, há mais de trinta anos, quando um número significativo de pessoas foi por ela acometido, transformando-a em um problema de saúde pública. Toda a tecnologia e conhecimentos científicos da década de 80 foram colocados à disposição a fim de conhecer as formas de transmissão, prevenção e controle.

Naquela oportunidade, altos índices de morbimortalidade atingiram pessoas em plena capacidade produtiva e reprodutiva. Em virtude disso, entre os profissionais da saúde, em geral, existia um sentimento de impotência diante da morte inevitável e da ausência de tratamento que ocasionasse sobrevida aos pacientes afetados.

Neste momento de epidemia, como a aids era um agravo novo que se instalava de forma muito rápida na sociedade e por não haver um conhecimento produzido e consolidado, ela se apropriava das metáforas para se fazer compreendida. Os meios de comunicação, por sua vez, apresentavam os acontecimentos que permeavam a construção do conhecimento reificado. Entretanto, de acordo com Paiva (2000), a mídia divulgava informações do mundo científico e acadêmico que carregavam preconceitos e rótulos, além de expressar um jargão próprio, que acabava por comunicar um modo estereotipado de representá-la para a sociedade.

A aids é uma doença letal, contagiosa e sem cura. As(os) profissionais e os serviços de enfermagem não estavam preparados para lidar com essa doença. Não havia o conhecimento quanto às vias de transmissão e, com isso, todos pacientes com suspeitas da infecção eram encaminhados imediatamente para isolamento, como medida para interromper a cadeia de transmissão e prevenir novas ocorrências.

Nos primeiros anos do surgimento da aids, cuidar de pessoa com HIV era conviver com o risco eminente de contrair uma infecção que traria sofrimento e morte precoce do(a) trabalhador(a). O medo da contaminação dessa doença envolvia todos(as) os(as) profissionais da área da saúde e a equipe de enfermagem, ao realizar qualquer procedimento, deveria fazê-lo utilizando todos os cuidados disponíveis na época.

Neste contexto, Parker *et al* (1994, p 34) descreve algumas estratégias utilizadas para reduzir riscos de contaminação para os profissionais:

Herdado a memória da peste, incorporando a experiência cotidiana com gripes e resfriados, o imaginário bíblico sobre a lepra, os medos arquetípicos de contaminação, a aids desencadeou reações de pânico desproporcionais em relação ao grau de transmissibilidade... No início da epidemia quando as transmissões não estavam claramente estabelecidas, [...] Muitos profissionais de saúde se “contaminaram” com o medo, recusando-se a prestar assistência... Os profissionais que se dedicaram a atender as primeiras pessoas com aids tornaram-se diferenciados, únicos; alguns tiveram de optar entre cuidar das pessoas com a parafernália que referem como “de astronalta” (capote, botas, gorro, luvas e viseiras)...

Um olhar histórico sobre a epidemia retrata que, inicialmente, havia uma predominância de pessoas jovens, do sexo masculino, brancos, com boa escolaridade, moradores dos grandes centros urbanos e que faziam sexo com outros homens. Depois, em seu processo de disseminação passou a atingir, também, outros grupos, tais como, usuário(a)s de drogas injetáveis, hemofílicos, prostitutas e demais profissionais do sexo.

No início, pensou-se que apenas os homens homossexuais e bissexuais eram afetados, e levantou-se a hipótese de que algum aspecto no estilo de vida homossexual fosse a causa provável da deficiência imunológica. Neste estágio, a doença foi denominada imunodeficiência relacionada à homossexualidade. Todavia, à medida que o complexo de doenças foi se tornando mais amplamente conhecido e reconhecido, outros casos foram relatados ao CDC [Centros de Controle e Prevenção de Doenças], esclarecendo que a aids não era uma doença exclusivamente ligada à homossexualidade. As mesmas infecções foram diagnosticadas em usuários de drogas intravenosas, imigrantes do Haiti, hemofílicos do tipo A, cônjuges, parceiros sexuais e filhos de pessoas com aids (FLASKERUD, 1992, p. 4).

A expressão “grupos de risco” foi ficando insuficiente, pois limitava a transmissão da doença a grupos sociais que adotavam comportamentos social e cultural não bem aceitos como descritos em Parker (1994, p. 218): o bissexualismo masculino, o uso de drogas endovenosas, a prostituição e o homossexualismo. Durante muito tempo, essa categorização acarretou diagnósticos e tratamentos tardios, pois contribuiu com a possibilidade de minimizarem ou subestimarem a vulnerabilidade das pessoas consideradas “fora dos grupos de risco” possibilitando a difusão da aids para outros segmentos da sociedade.

A construção social de doença circunscrita aos denominados grupos com comportamentos considerados de risco fez emergir na sociedade o preconceito e a discriminação daqueles(as) que os integram, justificando que a doença era considerada uma “peste” em consequência do desvio de sexualidade e do comportamento considerado imoral, resultando no surgimento de expressões como “peste gay” e “câncer gay”. A explicação sempre se dava na perspectiva de que a pessoa vivendo com aids era “culpada” pelo seu comportamento que a deixou vulnerável à contaminação.

A peste é a principal metáfora através da qual a epidemia de aids é compreendida (...) Normalmente as epidemias é que são consideradas pestes. E essas ocorrências de doença coletiva são encaradas como castigos impostos. A transmissão sexual da doença (aids) é encarada pela maioria das pessoas como uma calamidade da qual a própria vítima é culpada (...) particularmente porque a aids é vista como uma doença causada não apenas pelos excessos sexuais, mas também pela perversão sexual (SONTAG, 2007, p. 98 e 112).

O “pânico” envolvia as pessoas que trabalhavam na área da saúde. Algumas profissionais da enfermagem durante sua jornada de trabalho adotavam “práticas de distanciamento físico” e resistência para assistir o(a) paciente acometido(a) pela patologia, justificadas pela autoproteção profissional, outras(os) solicitaram pedidos de demissões e transferências para outros setores do hospital (RESUTO *et al*, 2000; OLIVEIRA *et al*, 2007).

O medo que a equipe de enfermagem desenvolveu era decorrente da associação do vírus à sexualidade desviante, que como punição podia levar à morte, desencadeando nas pessoas mecanismos que culminaram em comportamentos de rejeição, preconceito e atitudes discriminatórias. A forma como a equipe de enfermagem concebia/concebe o(a) paciente infectado(a) interfere na qualidade de seus cuidados (MENECHIN, 1996; OLIVEIRA; COSTA, 2007).

Segundo Formozo e Oliveira (2010), a prática do cuidado de enfermagem, a partir desse “distanciamento físico” a pacientes com HIV pode limitar-se à simples realização de procedimentos técnicos, o que não é o ideal, dado que as práticas do cuidado de enfermagem não devem ser puramente técnicas. Além disso, para Horta (1979) o(a) paciente, cliente ou usuário(a) do serviço de enfermagem, deve ser cuidado(a) visando o atendimento de todas as suas necessidades básicas, o que inclui a atenção à sua família e/ou acompanhantes e não puramente a realização de uma atividade técnica.

Waldow (2001) defende que, a enfermagem, ao realizar uma atividade técnica, se não a fizer em corpo, mente e espírito, apenas realizará um procedimento e não um cuidado. Este deve estar associado a elementos como respeito, compaixão e afeto, e precisa de outros elementos como tato, audição e postura corporal, os quais demonstram sentimentos como aprovação ou reprovação da ação (WALDOW, 1999).

Entretanto, o distanciamento físico persiste não apenas no cuidado a pessoas portadoras ao HIV/ aids, mas também a pessoas acometidas a outras patologias e ou sinais e sintomas, a exemplo de pessoas vivendo com feridas crônicas, conforme sinaliza Carvalho (2006).

A tecnicidade cada vez mais presente na enfermagem rompe as relações interpessoais entre o(a) cuidador(a) e o cuidado. Colliere (1999, p.127) reforça essa condição:

[...] há carência de um laço que permita “compreensão” do que é o doente e da doença que tem. As tarefas tornam-se entidades em si e bastam-se a si próprias. Não há interações entre o que vive a pessoa que precisa dos cuidados, o que ela é nos seus diferentes estatutos e papéis sociais e o que tem. Isso muito rapidamente torna o trabalho extremamente rotineiro, robotizado, sem interesse tangível [...]

Diante disso, Ayres (2003) afirma que as práticas de cuidado muitas vezes se restringem às ações que se fixam apenas em recursos, procedimentos auxiliares e medidas terapêuticas. É necessário reconstruí-las, pois o cuidado precisa ser apoiado e não limitado na tecnologia. Além disso, o seu resultado deve advir de uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar.

Boff (2004) em seu livro “Saber Cuidar”, tece uma análise crítica sobre o cuidado, reforçando que a perda de conexão com o todo seria a consequência da falta de cuidado. O cuidado para ele é uma condição essencial para o ser humano.

A ciência evoluiu nos estudos sobre HIV, o vírus foi isolado e as formas de transmissão foram divulgadas: relação sexual desprotegida; sangue contaminado através do uso compartilhado de drogas injetáveis, transfusão de hemocomponentes sanguíneos e acidente perfurocortante; contato com secreções potencialmente contaminadas com mucosa não íntegra; transmissão vertical.

Com o avanço da ciência, ampliou-se o conhecimento sobre o vírus e formas de transmissão. Dessa forma, ocorreram melhorias das condições de trabalho e as práticas de enfermagem sofreram modificações. As medidas de prevenção e de biossegurança buscaram reduzir riscos e medos da contaminação, promovendo segurança à equipe da enfermagem (GIR *et al*, 2000).

A transmissão por via sanguínea traz um novo estereótipo para a aids, desnudando sua ligação com o(a)s usuário(a)s de drogas e atingindo profissionais de saúde a partir da transmissão ocupacional. As (os) profissionais de saúde foram aconselhadas(os) a usar precauções padronizadas na manipulação de substâncias orgânicas, tais como o uso de equipamentos de proteção individual (EPIs) em todos os pacientes (precauções universais), independente do diagnóstico.

Do mesmo modo, outras recomendações como o de não reencapar agulhas antes de serem descartadas também foram aderidas às práticas de enfermagem (GIR *et al*, 2005). Entretanto, nos dias atuais, seu uso adequado ainda se constitui um desafio para a enfermagem, pois existem trabalhadores(as) que resistem ao uso correto destes equipamentos.

Carvalho e Chaves (2010) demonstram através do seu estudo que apesar da importância, ainda persiste a resistência em 60% dos profissionais de enfermagem quanto ao uso dos equipamentos de proteção individual (EPI).

O sangue ocupa o lugar central na representação da transmissão [...] Os modos de transmissão, na realidade se efetuam diretamente pelo sangue [...] A transmissão sexual frequentemente é lembrada como uma modalidade da transmissão sanguínea porque está ligada a presença de sangramentos durante os diversos contatos sexuais (PAICHELER, 1999, p. 51).

No entanto, quando o(a) paciente tem o diagnóstico de HIV/aids, alguns profissionais afirmam que, às vezes, o EPI que não é utilizado com outros clientes, como por exemplo, óculos de proteção, passa a fazer parte do desenvolvimento das ações da equipe. A enfermagem, como as demais profissões, não deixa de expressar suas preocupações, estabelecendo ações extras de precaução devido ao medo do contato com o(a) paciente soropositivo para o HIV. A cautela durante as práticas de enfermagem a pacientes vivendo com HIV também costuma ser reforçada quando as informações são transmitidas nas passagens de plantão, a fim de prevenir acidentes com materiais biológicos oriundos destes pacientes (FORMOZO; OLIVEIRA, 2009).

Segundo Amaral *et al* (2005), os acidentes com materiais perfurocortantes são considerados problema para os profissionais da área de saúde, pela possibilidade de transmissão ocupacional de patógenos, dado que por via sanguínea mais de 30 agentes infecciosos podem ser transmitidos. Entretanto o HIV é o mais temido e discutido. Sarquis e Felli (2002) referem que acidentes como estes representam um grave problema nas instituições de saúde, tanto pela frequência com que ocorrem, como pela grave repercussão que representam sobre a saúde desse(a)s trabalhadore(a)s, dentre eles profissionais de medicina, enfermagem, odontologia, farmácia e higienização. Todavia, não se deve perder a perspectiva da importância da capacitação permanente e da atualização da vacinação.

O zelo da(o)s profissionais da enfermagem é importante para prevenção de acidentes, no entanto, quando mal trabalhado, pode transformar-se em uma barreira para o relacionamento entre a(o) profissional e o(a) cliente, o que interfere negativamente na assistência (FORMOZO; OLIVEIRA, 2010).

Conforme aduzido anteriormente, as práticas de cuidado de enfermagem foram fortemente influenciadas pelos elementos que deram sustentação para a formação do estereótipo da aids como a sua associação com as práticas sexuais desviantes, o sangue contaminado e a morte. Contudo, quaisquer que sejam, as posturas escolhidas pela equipe devem permitir um bom acolhimento para que os(as) pessoas vivendo com HIV/aids sejam

bem cuidados(as). As práticas de cuidados prestados devem proporcionar um cuidado de enfermagem sistemático, qualificado, humanizado, individualizado, personalizado para atender às necessidades singulares, expectativas, medos e anseios culturais diferentes.

Ao longo do desenrolar da epidemia, observa-se transformações do padrão de transmissão do HIV/aids retratada pelos processos de heterossexualização, feminização, juvenização, pauperização e interiorização, assim como o uso da reposição hormonal pelas mulheres e de estimulantes da potência sexual pelos homens, aliados à socialização da população de idosos, que levou este grupo populacional a também integrar o novo perfil da epidemia (SANTOS, 2007).

Estas transformações epidemiológicas refletiram nas práticas de cuidar porque a vulnerabilidade individual foi acrescida da social e programática. A enfermagem, que limitava-se à prevenção e ao controle do HIV/aids nos grupos de risco, passou a trabalhar com todos os segmentos populacionais, tomando por base o conceito de vulnerabilidade.

Segundo Silva (2006, p.12), “as chances que indivíduos ou grupos tinham de adquirir a soropositividade não foram totalmente explicadas pela epidemiologia, emergindo assim o conceito de vulnerabilidade”, que pode ser definida como um conjunto de fatores de natureza biológica, epidemiológica, social e cultural, cuja interação amplia ou reduz o risco ou a proteção de um grupo populacional frente a uma determinada doença ou dano (BUCHALLA; PAIVA, 2002).

Dessa forma, estar vulnerável para o HIV/aids pode variar por um conjunto de motivos, dentre eles o comportamento individual, a epidemiologia, ações do poder público e fatores sociais (acesso a informações, serviços, cultura, condições financeiras, entre outros).

Um novo olhar para a epidemia, incluindo a perspectiva da vulnerabilidade, revelou a necessidade de conceituar os campos para além do individual. Assim, Ayres (1999) define o eixo social como “o que inclui condições sociais e econômicas, acesso à informação, à educação, à assistência social e à saúde, além da garantia de respeito aos direitos humanos e a situação sóciopolítica e cultural do indivíduo”. Já Lobato, Arnhold e Araujo (2011) afirmam que a vulnerabilidade programática diz respeito às contribuições dos programas de HIV/aids na redução da vulnerabilidade pessoal e social.

As mulheres em união heterossexual estável, por exemplo, eram consideradas como “fora do grupo de risco” de contaminação para o HIV/aids. Seu comportamento individual estava dentro do considerado moral para a sociedade. Entretanto, elas possuíam e ainda possuem dificuldades com relação à negociação sobre o uso de preservativos nas relações sexuais devido à situação de subordinação para tomada de decisões junto ao parceiro

(RODRIGUES, 2009). Do mesmo modo, a visão romântica do sexo seguro dentro do matrimônio contribuiu com a possibilidade de minimizarem ou subestimarem sua vulnerabilidade.

Diante disso, as mulheres não desenvolveram atitudes preventivas, ocasionando o aumento da contaminação. Outros fatores, ainda, contribuíram para feminização da aids, como o início da vida sexual cada vez mais precoce, a ampliação da vida sexual ativa a partir da diminuição dos sintomas climatéricos e da reposição hormonal; a melhoria da autoestima das mulheres decorrentes das mudanças da sociedade; a anatomia do aparelho reprodutivo, mais extenso do que o do homem, e as altas concentrações de vírus no líquido seminal (VALADARES *et al*, 2010; SILVEIRA *et al*, 2002).

Assim, tal como a mudança no perfil epidemiológico da aids, a descoberta e a disponibilidade da terapia antiretroviral tripla de alta potência (TARV) modificou muito a evolução clínica e a inserção social das pessoas vivendo com HIV e, conseqüentemente, as práticas de cuidado. As "sentenças de morte" decretadas no início da epidemia foram substituídas pelo aumento significativo de sobrevivência. A TARV inibe o processo de multiplicação viral, diminuindo o risco de contágio, contribuindo dessa forma para a manutenção das células de defesa. De fato, a introdução da TARV reduziu a mortalidade, a frequência, a duração de internações hospitalares e a transmissão vertical, promovendo melhor qualidade de vida (ALENCAR; NEMES; VELOSO, 2008; SILVA; MATILDA, 2012).

Após a inserção da TARV, foi necessária uma reavaliação das práticas de cuidado, as quais passaram a requerer um enfoque maior na educação em saúde na busca pela adesão ao tratamento, prevenção de infecções oportunistas, monitoramento da diminuição da carga viral e prevenção da transmissão vertical, além do redirecionamento das práticas de cuidado para atender à transição da predominância de cuidados hospitalares para os de âmbito ambulatorial, dado que a doença passa a assumir um caráter de cronicidade.

A enfermagem procurou adaptar-se às transformações epidemiológicas da infecção pelo HIV de forma que as pessoas vivendo com HIV/aids recebessem assistência em todos os níveis de atenção à saúde. Seguem algumas ações que são realizadas diariamente no processo de trabalho dessas profissionais: buscar a remissão das infecções oportunistas; prestar cuidados em saúde; rastrear e aconselhar sobre a infecção; identificar possíveis casos; realizar atividades educativas em comunidades; realizar acolhimento; promover aconselhamento aos usuários sobre educação em saúde no incentivo ao uso do preservativo; convocar parceiros para realização de exames diagnósticos e tratamento, quando necessário; detectar de forma

precoce o vírus HIV; realizar ações profiláticas que buscam reduzir a transmissão vertical (GUILHEM, 2005; FLASKERUD, 1992; BRASIL, 2008).

As práticas de cuidado de enfermagem ao longo dos 30 anos da epidemia sofreram adaptações influenciadas por mudanças no perfil epidemiológico e por descobertas científicas sobre HIV/aids, dentre as quais pode-se citar conhecimento acerca dos modos de transmissão e introdução do tratamento com drogas antiretrovirais, que proporcionou aumento da sobrevivência dos pacientes.

Entretanto, ainda percebe-se nas práticas de enfermagem estigmas, preconceitos e distanciamento físico devido às fortes representações que o HIV/aids traz ao longo da sua trajetória. Muitas pessoas ainda continuam se contaminando, pois não se consideram vulneráveis frente à infecção pelo HIV. Ademais, os altos custos imbricados na terapêutica desta patologia se constituem, hoje em dia, um dos maiores desafios na esfera da saúde coletiva. Contudo, essa situação deve ser ajustada para preparar a(o) profissional que está na assistência para realizar o cuidado adequado proporcionando todo apoio necessário a(o) paciente neste processo de saúde-doença.

3 ASPECTOS METODOLÓGICOS

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa exploratória, de caráter qualitativo, na qual são utilizados métodos de coleta e análise das informações com a finalidade de instigar reflexões sobre o objeto de pesquisa: as percepções da equipe de enfermagem sobre as práticas de cuidado a pessoas vivendo com HIV/aids, em contexto hospitalar e ambulatorial.

A pesquisa exploratória permite uma visão geral de um fato com aprofundamento para melhor compreensão do que se está estudando. Gil (2010) afirma que a pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses. Pode-se dizer que estas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de ideias. Seu planejamento é, portanto, bastante flexível, de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado.

O método qualitativo foi escolhido porque se constitui, segundo Minayo, Deslandes e Gomes (2010), como apto para agrupar a questão do sentido e da intenção como inerentes aos atos, às relações humanas e às estruturas sociais. Foi, ainda, selecionado por tomar como material principal a fala cotidiana, apreendida a partir do discurso das(os) informantes, que é capaz de revelar valores, símbolos e representações, permitindo a captação e a valorização das subjetividades (GIL, 2010).

3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no ambulatório e unidade de internamento de infectologia de um Hospital Universitário do município de Salvador-Ba. A escolha pelo hospital universitário se deu por ser uma das primeiras unidades de atendimento a pessoas vivendo com HIV/aids e que permanece prestando cuidados a estes indivíduos, nos âmbitos ambulatorial e de internação, constituindo-se pois, em uma unidade de referência. Soma-se a isso a sua característica de ser um grande centro de formação de recursos humanos na área de saúde desta cidade e referência para outros estabelecimentos de ensino.

Trata-se de um Hospital Geral de grande porte, mantido pelo governo federal e integrante do Sistema Único de Saúde (SUS). Inaugurado há 63 anos, o Hospital Universitário tem como finalidade, além do ensino e da assistência, a pesquisa e a extensão, atendendo nas áreas de clínica médica e cirúrgica nas várias especialidades, sendo referência em

procedimentos de alta complexidade no estado da Bahia. Possui unidades de internação (apresentando 18 a 22 leitos cada); unidade de terapia intensiva; centro cirúrgico, centro de recuperação pós-anestésica; unidade de diálise e transplante renal; centro de tratamento quimioterápico; ambulatório. No internamento e no ambulatório, possui unidades de referência para pessoas soropositivas para o HIV. Ambos atuam realizando ações voltadas para prevenção, diagnóstico e tratamento.

A unidade de internação de infectologia funciona junto à gastroenterologia. No total são 19 leitos ativos divididos em dez para infectologia e nove para a gastroenterologia. Os(as) pacientes que ingressam nesta unidade, na maioria das vezes estão muito debilitados e dependentes de cuidados, têm baixa escolaridade, são usuários(as) de drogas e renda familiar baixa. Nessa Unidade, a pessoa internada é acompanhada por equipe multidisciplinar integrada por médicos(as), enfermeiras, nutricionista, psicólogos(as), serviço social, dentre outros. Conta com serviço de enfermagem estruturado e organizado nas 24 horas.

O ambulatório de infectologia realiza um trabalho de promoção da saúde; prevenção de doenças oportunistas; tratamento; acompanhamento; educação em saúde e prevenção/investigação de novos casos. Os(as) pacientes atendido(a)s nesta unidade têm condições de realizar atividades de auto cuidado e possuem, em sua maioria, baixas escolaridade e renda. O atendimento é diário mediante agendamento de consultas ou demanda espontânea. Cada turno está dividido para atendimento às pessoas com diagnóstico de leishmaniose, HTLV, HIV, hepatites virais, dentre outros. O(a) paciente, após ser acolhido(a) nesta unidade, quando necessário, é encaminhado(a) para o internamento e acompanhamento em unidades a depender da complexidade do quadro clínico apresentado.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida com enfermeiras e técnicas em atuação no ambulatório e unidade de internação de infectologia do Hospital Universitário. Os critérios de inclusão foram: 1) Estar regularmente contratada(o) para trabalhar como enfermeira(o) ou técnica(o) de enfermagem na Unidade de Internação ou ambulatório de infectologia nos turnos matutino e vespertino, dado que no turno noturno as práticas de cuidado são reduzidas, o que prejudicaria a observação participante, além de dar uniformidade aos dois lócus da pesquisa (unidade de internação e ambulatório), já que não há funcionamento ambulatorial neste turno; 2) Ter mais de um ano de experiência na instituição da pesquisa; 3) Prestar cuidado a pessoas com HIV/aids.

Os critérios de exclusão foram: 1)Trabalhar na unidade apenas para substituição de outra(o)s profissionais na escala, considerando que se a(o) profissional está naquele setor apenas por remanejamento, não possui a vivência da unidade de infectologia; 2) Profissionais que durante o período de coleta de dados estejam de férias ou licença de qualquer natureza.

Quanto à constituição dos recursos humanos das unidades da investigação, no ambulatório tem-se 01 enfermeira e 05 técnicas de enfermagem. Na Unidade de Internação, nos turnos da manhã e tarde, possuem 04 enfermeiras e 11 técnicas de enfermagem.

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, contactei o Comitê de Ética do Hospital, para o qual me identifiquei como discente matriculada no curso de mestrado da Universidade Federal da Bahia, e apresentei o projeto de dissertação a ser desenvolvido como pré-requisito para obtenção do título de mestra. Na oportunidade, falei sobre a importância da instituição para o desenvolvimento deste estudo. Foram atendidas as solicitações de documentos, incluindo a carta de anuência do coordenador da área, que autorizou o início da coleta de dados nos setores do estudo.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DO ESTUDO

Em todas as suas etapas, este estudo atendeu aos requisitos da Resolução196/96 (BRASIL, 1996) relativos à ética na pesquisa, a qual estabelece critérios sobre a pesquisa envolvendo seres humanos e que diz respeito à autonomia, não maledicência, justiça, veracidade e fidelidade. Antes da coleta de dados, foi feito o cadastramento no SISNEP e na Plataforma Brasil e o projeto foi submetido, avaliado e aprovado em 07/11/2012 pelo Comitê de Ética através do Parecer nº 141.081.

A participação na pesquisa foi livre e o(a) participante tinha conhecimento de que poderia desistir da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo. A privacidade foi mantida através da não identificação do nome do(a) participante e da garantia de um espaço específico para o desenvolvimento da coleta de informações. As entrevistas receberam um número de acordo com a ordem de realização.

Embora toda pesquisa possa incorrer em risco para seus/suas participantes, considera-se que este estudo oferece um risco mínimo ou quase nenhum no que diz respeito à integridade física e moral, por não utilizar procedimentos, testes ou experimentos, mas apenas técnicas de entrevista e observação, que não trazem situações de constrangimento. Além

disso, manteve um estado permanente de alerta durante a coleta de dados relativo ao comportamento da(o)s participantes.

Durante a coleta de informações, se a participante sentisse desconforto psicológico, psíquico, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, era dado a opção de desistir de participar da pesquisa e, a pesquisadora imediatamente acataria a decisão, ao mesmo tempo em que, caso a pesquisadora percebesse tais desconfortos, também seria discutido com o(a) participante sobre a sua saída da pesquisa, se assim fosse sua vontade, o que não ocorreu durante a realização do estudo. Entretanto, foi feito o compromisso de que caso ocorresse algum prejuízo decorrente da realização deste estudo, seria providenciada uma possível reparação dos danos pelas responsáveis da pesquisa.

A observação participante ocorreu a partir da inserção da pesquisadora no interior do grupo observado, tornando-se parte dele, interagindo com os sujeitos, buscando partilhar o seu cotidiano, através da observação do desenvolvimento das práticas de cuidados realizadas pelos profissionais de enfermagem.

O material coletado a partir da entrevista e da observação participante será mantido sob guarda no grupo de pesquisa vulnerabilidades, sexualidades, drogas e gênero da Escola de Enfermagem da UFBA, sendo a identidade de cada informante mantida em segredo.

Às participantes da pesquisa foi solicitada a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A) e a autorização para uso do gravador. Os resultados da pesquisa foram transformados em transcrições e o material (mídias, entrevistas) será guardado por cinco anos, no grupo de pesquisa, devendo então ser destruído.

Encontra-se em anexo a aprovação do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia e a Declaração do Comitê de Ética do Hospital Universitário (ANEXOS 1 e 2)

3.5 ESTRATÉGIA PARA COLETA DE DADOS

A coleta dos dados foi realizada em dezembro de 2012, quando foram utilizadas duas técnicas apropriadas à pesquisa qualitativa: entrevista semi-estruturada e observação participante. A integração das duas técnicas foi necessária para maior apreensão da realidade estudada.

Os primeiros contatos com as participantes ocorriam no turno da tarde, quando se faziam as entrevistas. Pela manhã, durante outro plantão em que a participante estava escalada, ocorria a observação participante. Vale ressaltar que da forma como foi organizada a coleta de

dados, a intervenção não trouxe prejuízos na rotina da instituição e não foram constatadas dificuldades para a sua realização.

A coleta de dados representou um momento de muito aprendizado e reflexão sobre minhas práticas enquanto líder/enfermeira que potencialmente influencia e sensibiliza outros(as) para práticas de cuidado humanizadas e que promovem conforto à pessoa assistida.

3.5.1 Entrevista semi-estruturada

A entrevista semiestruturada (apêndice B) foi guiada por um roteiro previamente elaborado composto por duas partes: a primeira contendo dados de identificação das participantes e a segunda com sete perguntas direcionadas às questões sobre práticas de cuidado a pessoas vivendo com HIV/aids, conforme os objetivos da pesquisa. As entrevistas foram gravadas e transcritas, posteriormente.

As entrevistas tiveram o tempo médio de 40 minutos e foram realizadas em uma sala separada em ambos os setores. Em alguns momentos e com algumas participantes, as entrevistas foram interrompidas devido ao fluxo de trabalho. A equipe de enfermagem do estudo foram muito receptivas e colaborativas durante toda a coleta de dados.

A entrevista semiestruturada, segundo Gil (2010), além de valorizar o investigado(a), permite que o(a) participante da pesquisa alcance a espontaneidade necessária e fundamental para o desenvolvimento do estudo.

3.5.2 Observação participante

A observação participante é uma técnica muito utilizada pelos(as) pesquisadores(as) que adotam a abordagem qualitativa e consiste na inserção do(a) pesquisador(a) no interior do grupo observado, tornando-se parte dele, interagindo com os sujeitos, buscando partilhar o seu cotidiano para sentir o que significa estar naquela situação. O passo a passo da observação participante encontra-se no Apêndice C.

O processo de observação participante segue algumas etapas. Na primeira delas, há a aproximação do(a) pesquisador(a) ao grupo social em estudo. Já na segunda etapa, há o esforço do(a) pesquisador(a) em possuir uma visão de conjunto da população de estudo. Os dados devem ser registrados imediatamente no diário de campo, para não haver perda de informações relevantes e detalhadas sobre os dados observados. Após a coleta dos dados, passa-se à terceira fase, na qual é preciso sistematizar e organizar os dados. O tempo para a

saída do(a) pesquisador(a) do campo deve ser determinado pelo próprio objetivo do estudo, bem como pela saturação dos dados (QUEIROZ *et al*, 2007).

3.6 TRATAMENTO DOS DADOS

O objetivo da análise de dados é organizar/proporcionar estrutura que permita extrair os dados significativos do estudo. É uma tarefa difícil, uma vez que não se podem perder as informações, a essência e a riqueza dos dados originais.

3.6.1 Análise de Conteúdo

Os dados das entrevistas e da observação participante foram analisados adotando a análise de conteúdo de Bardin (2011). Foi escolhida por permitir compreensão e inferência das verbalizações da(o)s participantes. Os passos seguidos para sua realização foram: pré – análise; leitura flutuante; constituição do corpus, respondendo aos critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade para se chegar à definição das categorias emergentes (empíricas); preparação do material – seleção das unidades de análise; recorte, classificação, codificação; categorização e discussão das categorias (BARDIN, 2011).

Ao final do processo de categorização das entrevistas, surgiram uma categoria e cinco subcategorias.

O processo de exploração do material foi lento e cansativo, mas as reflexões puderam ser feitas em meio à constatação do emergir das categorias, que ao serem formadas revelaram gradativamente o fenômeno estudado.

Diante disso, concordo com Polit, Beck e Hungler (2004) que afirmam que a análise de dados qualitativos é uma atividade intensiva, que exige do(a) pesquisador(a) criatividade, sensibilidade e trabalho árduo, pois ela não acontece de forma linear, mas de forma complexa e desafiadora.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados apresentados foram apreendidos mantendo o respeito aos princípios éticos da pesquisa com seres humanos, o qual esteve presente em todas as fases da pesquisa. A confiança e o respeito pelas entrevistadas foram importantes condições para desvelar as múltiplas faces do fenômeno estudado.

A organização dos dados e as leituras flutuantes permitiram que através da análise de conteúdo emergisse uma categoria temática: Práticas assistenciais a pessoas com HIV/aids.

Inicialmente serão apresentados os dados de caracterização da população do estudo para em seguida discutir a categoria empírica. Para auxiliar na análise e compreensão dos sujeitos do estudo, foi construído um quadro com as informações sociodemográficas das participantes, o qual encontra-se no apêndice D.

Participaram do estudo um total de 13 pessoas da equipe de enfermagem, todas do sexo feminino, distribuídas nos setores da seguinte forma: 03 enfermeiras do internamento, 01 enfermeira do ambulatório, 06 técnicas do internamento e 03 técnicas do ambulatório. Consideradas as categorias profissionais participantes do estudo, 04 são de nível superior, sendo 03 com especialização e 09 de nível técnico.

A faixa de idade da equipe de enfermagem variou entre 24 e 55 anos, com média de 37 anos. O tempo de conclusão da graduação ou do curso técnico está entre 3 e 34 anos, com média equivalente a 13 anos. O tempo de experiência profissional na instituição sofreu variação entre 01 e 34 anos, tendo como média 09 anos. A maioria das participantes referiu ser católica e todas se auto declararam negras, o que já era de se esperar dado que a Bahia é o Estado com maior porcentagem de população negra no Brasil.

4.1 CATEGORIA 1: PRÁTICAS ASSISTENCIAIS A PESSOAS COM HIV/AIDS

Nesta primeira categoria, a riqueza e a variedade de informações revelam as práticas assistenciais que permeiam o cuidado prestado a esse grupo populacional, a partir de cinco subcategorias: 1) Cuidado cercado de temores e sentimentos de vulnerabilidade; 2) Cuidado ao corpo em padecimento por condição infectocontagiosa e vulnerável às infecções oportunistas; 3) Cuidado psicossocial; 4) Práticas assistenciais: do modelo tecnicista à integralidade; 5) Ações educativas nas práticas assistenciais: ênfase na adesão ao tratamento e nas situações de risco.

Subcategoria 1: Cuidado cercado de temores e sentimentos de vulnerabilidade

Os resultados desta pesquisa indicam que na época do surgimento da aids, os(as) profissionais de saúde foram surpreendido(a)s com o vírus HIV. Quando os primeiros casos de pessoas vivendo com HIV ingressaram nas unidades de saúde, as(os) profissionais não estavam preparadas(os) para o atendimento e, com isso, foram realizadas modificações

abruptas no cotidiano das práticas de cuidado em saúde. No que diz respeito à enfermagem, a falta de conhecimento sobre a doença justificava precauções exageradas e distanciamento físico das pessoas que estavam sendo cuidadas.

Logo no início, foi chocante para todo mundo. A falta de conhecimento, e o medo faziam a gente sentir receio de cuidar daquele doente. Eu falo isso em nome de toda a equipe. Eu não falo isso só por conta do que eu sentia, todo mundo sentia isso. Todo mundo se excluía de cuidar daquele paciente. A gente não foi preparada. Quando o primeiro caso surgiu, não teve isso de juntar a equipe e falar: vamos treinar os profissionais para saberem como é. Só foi dito na hora, não foi preparado antes. Os pacientes antigamente chegavam todos com infecções oportunistas, então em todos os pacientes a gente usava gorro, capa, luva, máscara (E12, técnica, 34 anos de experiência na instituição).

Toda a equipe que prestava a assistência às pessoas com infecção pelo vírus HIV era exclusiva e, para se proteger do desconhecido, utilizava toda a paramentação existente na época, buscando resguardar a equipe do vírus e de outros agentes responsáveis pelas infecções oportunistas que os(as) pacientes traziam consigo. O acesso ao setor era restrito, o contato com o(a) paciente era o mínimo possível, ou seja, apenas o necessário para efetuar os cuidados básicos de higiene e medicação. A interação entre a(o) profissional e a pessoa assistida era reduzida e apenas visava atender às necessidades biológicas, desconsiderando as outras dimensões do indivíduo. O cuidado de enfermagem às pessoas com infecção pelo vírus HIV nos primeiros anos da epidemia pode ser apreendido no discurso abaixo:

Foram muitas coisas que aconteceram ao longo destes anos. Foi difícil saber que estava trabalhando com pacientes que na época eram aidéticos. Tinha medo, insegurança, falta de conhecimento. A ciência não estava tão avançada como hoje. Os pacientes naquela época tinham todos os cuidados específicos, o tratar diferente, de zelo e de receita. O cuidado com certo tipo de preconceito. Naquela época era uma enfermaria isolada, nem todo mundo podia entrar. Só era específico para os funcionários e pacientes com HIV. Para entrar em contato com qualquer paciente, tinha que ir com todos os equipamentos: máscara, gorro, capa, luva, óculos. Tinha todo esse receio e a ciência não estava avançada como hoje... Antes a gente entrava na enfermaria toda equipada para não ter nenhum contato com o paciente, como se ele fosse um objeto que não pudesse ser tocado. Toda essa paramentação era para qualquer procedimento feito em paciente com HIV. Tínhamos uma preocupação com uma gotícula, com um toque. Tinha preocupação com o contágio. Antes a gente entrava no quarto dessa maneira, toda equipada com medo de pegar uma doença, alguma coisa assim. E era uma coisa assim prática mesmo, a gente entrava, dava os cuidados, dava banho, deixava ele todo limpo e saía. Não tinha aquela coisa de conversar, de ouvir o paciente. De acompanhar, ouvir suas dificuldades. Com o passar dos anos, foi melhorando (E11, técnica, 18 anos de experiência na instituição).

O cuidado descrito, no início da epidemia, pelas participantes deste estudo, às pessoas vivendo com HIV foi relatado de forma semelhante aos achados do estudo de Resuto (2000), que relata que a equipe escalada temia a contaminação deste vírus que era letal, sem cura,

contagioso, desconhecido e excludente, além de ignorar a personalidade dos(as) pacientes assistidos. Ratificando o aparecimento destes comportamentos, Sontag (2007) afirma que em todas as epidemias de rápida difusão é comum originar essas práticas de exclusão e distanciamento físico e relacional.

De acordo com uma participante da pesquisa, o medo que permeava a equipe era tão intenso que algumas colaboradoras pensaram em desistir e tentavam a transferência do setor.

Quando aqui virou Infecto, todas as colegas queriam sair daqui. Pedimos para sair, mas depois, com o tempo, percebi que não precisava sair porque HIV não pega no conversar, em pegar no paciente (E10, técnica, 14 anos de experiência na instituição).

As primeiras informações a respeito dessa doença nova e desconhecida divulgadas nos meios de comunicação, eram produzidas com conteúdos que levavam a população a percebê-la de maneira a desenvolver preconceitos e estigmas, deixando claro que ela era uma doença que não tinha cura, que levava à morte e era restrita a grupos de riscos. Ou ainda, traziam conteúdos de cunho religioso, veiculando, por exemplo, que a aids era uma espécie de castigo divino contra pessoas cujo comportamento sexual não condizia com dogmas religiosos (NEVES *et al*, 2009).

O início da epidemia, de acordo com Resuto *et al* (2000), foi classificada como a dos conflitos e era expressada por insegurança da equipe de enfermagem, por procedimentos não padronizados e por restrito conhecimento sobre a doença. Estas autoras relatam que este cenário acabou por contribuir para a desestruturação da equipe que até então atuava de forma coesa.

Para Meneghin (1996), o medo emergiu na equipe de enfermagem como consequência, dentre outros fatores, da ausência de conhecimento sobre a aids, que acarretava na forma preconceituosa de encarar o problema, levando as pessoas a expressarem, de formas variadas, seus sentimentos em relação a esta síndrome.

Gir *et al* (2000) identificaram os mesmos resultados quando afirmam que as profissionais de enfermagem convivem com a desinformação e o preconceito. As autoras sugerem, ainda, que há uma relação entre preconceito e falta de informação adequada e que os grupos necessitam de maiores esclarecimentos sobre HIV e de um aprimoramento no relacionamento profissional-paciente.

Meneghin, em seu trabalho publicado em 1996, descreveu esse medo do contágio, o qual ameaçava a integridade física, desencadeando operações mentais de memória, códigos, signos, símbolos abstratos e a formação de conceitos individualizados. Esta atividade neurocognitiva resultava em uma resposta afetiva expressa pelo sentimento do medo.

A ciência evoluiu, as formas de transmissão foram identificadas e divulgadas. Mesmo assim, persistem certos medos, preconceitos e tabus com relação à aids, conforme revelado nas entrevistas com as participantes desta pesquisa.

Com certeza, no início era complicado. Eu tinha medo, preconceito (E2, técnica, 02 anos de experiência na instituição).

Acho que em muitos profissionais ainda existe aquele tabu da aids. Acho que é pela falta de conhecimento (E11, técnica, 18 anos de experiência na instituição).

Uma técnica de enfermagem demonstrou que já teve medo de se contaminar ao falar, tocar e realizar procedimentos técnicos com pessoas soropositivas e isso decorreu da falta de conhecimento sobre a doença e do despreparo das profissionais de saúde, em particular de enfermagem, para cuidar de pessoas vivendo com HIV/aids.

Quando a gente tem um paciente com HIV a gente tem muito temor. A gente vai pegar acesso, tem aquele cuidado redobrado. Ou talvez por alguns mitos, você tem medo de pegar nos utensílios dos pacientes ou até pegar nele. Tem medo de pegar no paciente e ele ter algum ferimento, ter alguma coisa. Com o tempo você vai perdendo o temor porque a gente sabe que o pegar no paciente não vai transmitir a doença. A pele do paciente estando íntegra e a nossa estando íntegra, então não terá problema. Mas antes eu tinha esse temor por exemplo. Até o paciente falar com a gente e pegar em mim eu já ficava imaginando onde o paciente pegou com a mão e agora estava pegando em mim. Com o tempo os temores desse tipo vão passando (E5, técnica, 08 anos de experiência na instituição).

Jodelet (1998; 2002) refere que essa situação decorre da presença de falsas crenças sobre a transmissão da aids, a possibilidade de contágio pelo contato direto com portadores soropositivos, com os líquidos de seus corpos ou com objetos por ele tocados. Portanto, segundo esta autora, essas falsas crenças coexistem com informações verdadeiras acerca da transmissão da aids.

Os resultados do estudo de Sadala e Matias (2000) desvendam os mesmos medos com relação ao toque e a um simples aperto de mão envolvendo pessoas vivendo com HIV e apontam para a necessidade de orientação profissional envolvendo não apenas o alcance de conhecimentos técnico-científico sobre a aids, mas prioritariamente, a autoconscientização das(os) profissionais a respeito dos próprios comportamentos em relação à doença e às pessoas acometidas. Isso se faz necessário, pois esses comportamentos de rejeição à pessoa vivendo com HIV/aids, os sentimentos de insegurança, medo e preconceito que permeiam as atividades de assistência interferem no relacionamento entre os sujeitos do cuidado e na eficiência dos procedimentos terapêuticos.

Formozo (2007) refere que a forma como as profissionais de enfermagem representam a aids deve ser considerada, pois influencia as práticas de cuidado de modo a promover

distanciamento físico e relacional, imerso em desprezo, preconceito e julgamentos pessoais. A autora observou diferentes e sutis formas assumidas pelo preconceito expressos na culpabilização do sujeito em função do seu grau de responsabilidade definido pelo modo através do qual se contaminou.

Esse contexto de medo e preconceito persistiu e persiste durante o transcorrer da epidemia da aids devido a história da doença e da fobia constante, mesmo depois de muitos anos, durante os quais a doença se tornou mais conhecida, porém não desmistificada.

Apesar do medo ainda se perpetuar nos dias atuais, no discurso abaixo percebe-se que a entrevistada, embora se inclua através da expressão “a gente”, continua demonstrando a dificuldade no cuidado de pessoas que vivem com HIV/aids, ressaltando a importância de serem encontrados mecanismos de enfrentamento, mas não os expressa. Em seu discurso, a entrevistada usa uma linguagem impessoal através dos termos “você” e “as pessoas”, para relatar exemplos vividos no seu cotidiano.

Falta o conhecimento. Falta quebrar esse preconceito que a gente tem. Quebrar esse medo, esse preconceito, essa barreira de chegar até o paciente e tratar aquilo como se fosse qualquer outra doença. Eu acho que isso ajudaria bastante ao atendimento de enfermagem ao paciente, quebrando as barreiras, afinal HIV **você** não pega falando com o paciente. Então, **as pessoas** às vezes ficam com medo de pegar HIV assim, e, isso não existe (E13, enfermeira, 02 anos de experiência na instituição).

Essa postura de usar a impessoalidade e de incluir os “outros” é explicada em Joffe (2003, p. 315) no trecho: "mudanças no ambiente social produzem insegurança, que por sua vez exacerba conflitos de identidade não resolvidos". A autora neste estudo, também, explana sobre o mecanismo de defesa “eu não... meu grupo não”, no qual aponta que, ao se tratar de doenças incuráveis, é comum que as pessoas as considerem como distante de si e do seu grupo e lidem com dificuldade com a sua presença, necessitando pois, de encontrar medidas de enfrentamento.

A equipe de enfermagem do estudo trabalha diretamente em setores de infectologia e registra que com o tempo de experiência desmistificou o HIV/aids. Referiram que com o cotidiano se adaptaram às práticas de cuidado a esse(a)s clientes, apesar de não ter sido fácil quebrar tabus, medos e inseguranças.

Não tenho nenhum receio de tratá-los assim, de puncionar veia, de verificar os controles. Eu acho que a pessoa que trabalha com infectologia desmistifica o diagnóstico de HIV (E8, técnica, 09 anos de experiência na instituição).

Então ainda existe o preconceito da equipe que é quebrado ao longo do tempo de serviço. Ele é desmanchado aos poucos (E9, enfermeira, 01 ano de experiência na instituição).

Essa capacitação é da experiência de cada dia. Você tem que vivenciar isso diariamente. Todo dia você cuidando um pouquinho, você vai ver que é um paciente como outro qualquer (E12, técnica, 34 anos de experiência na instituição).

A gente não sabia como lidar. Aí depois com a prática do dia a dia, a gente acabou acostumando, vendo que não é tão **bicho de sete cabeças** (E10, técnica, 12 anos de experiência na instituição).

O cotidiano da assistência na infectologia permitiu uma aproximação das profissionais com as pessoas vivendo com HIV/aids e esse cuidado que era representado como um “bicho de sete cabeças” foi desconstruído. Essa metáfora ilustra a expectativa de uma ameaça alimentada pelas profissionais, no início do desenvolvimento de suas práticas, motivando-as a se distanciarem do paciente por medo, nervosismo, ansiedade, temor e receio do que esse “monstro” poderia trazer. Contudo, o acesso ao conhecimento e a vivência com o(a)s pacientes contribuíram para esta desconstrução, para a modificação das representações sociais acerca do HIV/aids e, conseqüentemente, das práticas assistenciais.

De acordo com o relato das participantes deste estudo, preconceito, medo, distanciamento físico e desconhecimento da doença ocorrem, também, devido à formação técnica e acadêmica deficiente, a qual demonstra ser insuficiente para capacitar, preparar e oferecer segurança ao profissional para prestação do cuidado, dado que a convivência com pessoas com HIV/aids durante os cursos é escassa, além de haver pouco interesse em aprender a cuidar deste(a)s pacientes. Mas ao mesmo tempo as entrevistadas ressaltam que o exercício profissional confere a competência e o conhecimento necessários ao desenvolvimento das práticas de cuidado.

O profissional hoje está entrando no mercado muito imaturo. E essa imaturidade é devido às falhas em campo de estágio. Alguns grupos não aproveitam o momento do estágio. Devido a inseguranças, às vezes não estão abertos para essa doação, para prestar cuidados. A partir do momento em que a escola fizer uma reflexão sobre isso o profissional sairá mais preparado para o mercado de trabalho (E6, enfermeira, 20 anos de experiência na instituição).

Se a pessoa tivesse a oportunidade de passar no período de estágio por uma convivência com esse tipo de paciente seria melhor. A pessoa talvez seria mais bem preparada (E9, enfermeira, 03 anos de experiência na instituição).

Hoje tenho uma certa experiência pelos anos que tenho trabalhado com esses pacientes, eu não aprendi na escola (E11, técnica, 20 anos de experiência na instituição).

Eu tinha medo quando falavam: Oh! Unidade de infectologia. Eu falava: Ai, meu Deus! Então a gente sai com a mente muito fechada. Quando a gente vem para a prática, vê que não é bem assim, que não é assustador. A gente só fica capacitada quando vem trabalhar na área mesmo (E13, enfermeira, 04 anos de experiência na instituição).

Cabe destacar que na formação profissional de enfermagem, seja no âmbito do ensino superior ou técnico, a(o) discente precisa refletir suas práticas de cuidado, que devem ser

estruturadas no conhecimento técnico e teórico, nas relações interpessoais e no acolhimento humanizado, seja qual for a área de atuação. No que diz respeito à infectologia, de acordo com Andrade e Capoci (2004), a(o) profissional de enfermagem precisa ser bem preparada(o) nos aspectos da fisiopatologia e no psicológico do seu trabalho, para que possa controlar suas emoções e superar seus preconceitos para oferecer uma assistência adequada e positiva a pacientes portadores do HIV/aids. Dessa forma, a pessoa vivendo com HIV/aids receberá assistência de qualidade. Ademais, não deverão ocorrer as situações de distanciamento que persistem no cotidiano, reflexo das práticas de cuidado do início da epidemia.

Entretanto, é necessário destacar que nenhum currículo pode ser capaz de abranger todos os conteúdos do cotidiano da enfermagem, não há formação que deixe o profissional pronto. Os órgãos formadores não podem ser responsáveis sozinhos, deve haver um compromisso dos serviços de saúde com a formação dos profissionais através da educação permanente, assim como a responsabilidade de cada profissional com o seu aperfeiçoamento.

Até mesmo a própria equipe de enfermagem que trabalha diretamente com pacientes com HIV/aids, apesar da experiência diária, precisa fazer continuamente cursos de capacitação, além de receber apoio psicológico da instituição onde trabalha. Faz-se necessário uma constante atualização com espaços apropriados para que este profissional possa relatar suas emoções, aliviando um pouco a carga emocional decorrente do seu trabalho (ANDRADE; CAPOCI, 2004).

Assim como alguns integrantes da equipe, pacientes que não tem HIV/aids também se sentem vulneráveis diante da proximidade com portadores da doença. Diante disso, as(os) profissionais atuantes na área precisam estar preparada(o)s para orientá-la(o)s com o intuito de desconstruir esses estigmas ainda fortes na sociedade.

Ainda tem paciente que tem preconceito com paciente com HIV. Já vi um paciente com uma doença pior mudar de cadeira para sentar longe de um paciente com HIV. Teve um paciente que me falou: eu já estou ruim, vou sentar do lado de um paciente de HIV para ficar pior? Eu falei: não é assim. Eu já vi diversas situações dessas de profissionais e entre pacientes. Tem paciente que se ficar sabendo não quer nem sentar na cadeira que o paciente com HIV sentou. Isso é falta de esclarecimento e conhecimento. Apesar das campanhas da TV, de folhetos, as pessoas não sabem. As pessoas não entendem. Talvez seja falta de escolaridade (E12, técnica, 34 anos de experiência na instituição).

Apesar de todo recurso financeiro já investido em informação e educação pelo Ministério da Saúde para desmistificar a aids e disseminar o conhecimento, ainda hoje se perpetua uma imagem muito negativa da doença que isola e exclui a pessoa infectada. Haja vista a temática das campanhas educativas dos últimos 10 anos, as quais tratam do estigma e preconceito e incentivam a solidariedade, Nascimento *et al* (2010) sugere que os profissionais

de saúde assumam a responsabilidade social de colaborar com a educação das comunidades. Considerando este papel educativo e a partir da compreensão dos significados que esta população desenvolveu frente à disseminação de saberes equivocados acerca do HIV, pode-se interagir conhecimentos a fim de mobilizar estes significados para a superação e a conquista da solidariedade no enfrentamento ao HIV/aids.

Espera-se, com isso, que seja reduzida a segregação social imposta às pessoas que vivem com o HIV, possibilitando um melhor controle de seu estado de saúde-doença a partir do seu acolhimento e aceitação própria e dos outros para consigo, sobrepujando a discriminação da sociedade que confunde a pessoa com o vírus, como se fossem fundidos em um só estado de existência e identidade, transformando a convivência da pessoa com HIV/aids.

Vale ressaltar que durante o período de observação da equipe investigada não foram identificadas situações de medo, preconceito ou distanciamento das profissionais em relação às pessoas por elas cuidadas. Os exemplos que emergiram correspondem a aspectos que foram sinalizados pelas participantes quando iniciaram seus contatos com pacientes infectados pelo HIV.

Subcategoria 2: Cuidado ao corpo em padecimento por condição infectocontagiosa e vulnerável às infecções oportunistas

A equipe de enfermagem refere que no início da epidemia, as pessoas vivendo com HIV/aids apenas recebiam cuidados paliativos e a infecção tinha alta letalidade. Enquanto isso, nos dias atuais, as pessoas infectadas, após serem diagnosticadas, iniciam imediatamente o tratamento, a partir de protocolos já consolidados, o que repercute na diminuição do número de óbitos por este agravo e no conseqüente aumento da sobrevivência do(a)s pacientes. O avanço da terapêutica e dos conhecimentos sobre a infecção pelo HIV/aids vem promovendo muitas mudanças no prognóstico e em seu desenvolvimento, nos permitindo afirmar que viver com aids, hoje, é como estar com qualquer outra doença crônica, conforme destacado nas falas das entrevistadas:

Antes os pacientes ficavam em situação precária, em estado terminal. Hoje eles são mais estáveis (E3, técnica, 02 anos de experiência na instituição).

Com o passar de pouco tempo, o paciente internava e com pouco tempo ele morria. Hoje não ocorre isso. Ocorreu um avanço da doença, mas houve também uma manutenção da vida da pessoa contaminada... O paciente antigamente dizia: “eu estou com HIV e vou morrer”. Antes o paciente tinha que ser mais forte porque as medicações eram caras (E12, técnica, 34 anos de experiência na instituição).

O paciente não conhece o prognóstico. Muitas vezes ele acha que o diagnóstico é igual à morte. E a gente vê e sabe que o paciente com HIV vive muito, como o que tem diabetes (E1, enfermeira, 09 anos de experiência na instituição).

A inserção dos antiretrovirais tem acarretado a melhoria do quadro clínico e da qualidade de vida das pessoas com infecção. Os indivíduos infectados pelo HIV hoje podem manter-se assintomáticos, melhorando sua imunidade à medida que aderem ao tratamento controlando a sua carga viral. Dessa forma, a equipe desconstrói a imagem de um paciente que ao ser diagnosticado já possui uma sentença de morte, como acontecia no início da epidemia.

Hoje é como pessoa normal, como qualquer outra (E2, técnica, 02 anos de experiência na instituição).

Ele é um paciente como qualquer outro (E6, enfermeira, 20 anos de experiência na instituição).

Paciente com HIV é um paciente como outro qualquer, só que ele tem HIV (E7, técnica, 01 ano de experiência na instituição).

Schaurich, Coelho e Mott (2006) destacam a necessidade de substituir a cultura que relaciona essa epidemia com a morte e o morrer por uma cultura que vislumbra o conviver, cotidianamente, com o vírus da aids em uma perspectiva de cronicidade.

Apesar disso, o relato das entrevistadas destaca as reações de pacientes, principalmente após o diagnóstico que, tal como qualquer pessoa acometida por uma doença incurável, também demonstram reações emocionais, dentre as quais a negação e a raiva, que poderão vir acompanhados ou não por agressividade. Contudo, a vivência com esta(s) pacientes já as fizeram compreender as fases que experimentam, permitindo-as encontrar formas de superação das dificuldades apresentadas. Isso aponta para mudanças em suas práticas de cuidado, antes caracterizada pelo afastamento e conformidade com a situação de morte.

Tem paciente que só descobre que tem aids aqui. A gente espera o médico contar. A maioria dos agressivos são os que descobriram a doença em pouco tempo e não aceitam ainda, mas temos que dar um tempo para eles (E2, técnica, 02 anos de experiência na instituição).

Existem diversos tipos de reações quando o paciente recebe o diagnóstico, existe o de rebeldia quando o paciente não quer aceitar o tratamento da instituição, de ter a ideia de transmitir para outras pessoas (E5, técnica, 08 anos de experiência na instituição).

O profissional tem que conhecer a doença e as alterações orgânicas e psíquicas pelas quais o indivíduo passa, identificar em que fase o indivíduo está de negação, de barganha, de raiva. E tentar ajudar a superar essa dificuldade na fase em que o indivíduo está com o objetivo de tirá-lo do fundo do poço a todo momento (E6, enfermeira, 20 anos de experiência na instituição).

Então, a gente acaba se envolvendo com esse paciente no cuidar, no ajudar, no apoio. Tentar trazer esse paciente para o melhor do tratamento. Então, precisa também que ele se ajude. ... eu procuro tratar todos da melhor forma possível, tratar de forma igual, de forma humanizada, independente da patologia que ele tenha, do diagnóstico de HIV (E11, técnica, 18 anos de experiência na instituição).

As trabalhadoras da enfermagem precisam estar preparadas para essas situações e as entrevistadas reforçam a importância do trabalho multiprofissional nesta etapa difícil de aceitação e enfrentamento da doença acolhendo a(o) paciente, promovendo condições para que desenvolvam estratégias de adaptação, atuando para desconstruir a representação de morte precoce da pessoa infectada pelo HIV e promovendo qualidade de vida.

No meu nível de instrução, percebo que o paciente precisa de maior suporte, de uma equipe multiprofissional, a que ele possa ter acesso, principalmente, ao psicólogo e ao psiquiatra. Antigamente, o sistema não detectava a importância disso aí. É uma doença que provoca diversas transformações e provações e, sozinhos, não suportam. Eu já tive oportunidade de ver pessoas aqui, pessoas jovens, que receberam cuidados na terça e que deveriam retornar na segunda, mas veio a óbito no final de semana (E8, técnica, 09 anos de experiência na instituição).

Também quando descobre a doença às vezes ocorre a negação da doença e o paciente não aceita. Precisa fazer um trabalho junto com a equipe multidisciplinar para que ele possa aceitar a doença. Às vezes fica revoltado (E3, técnica, 02 anos de experiência na instituição).

Além do cuidado ao corpo adoecido por condição infectocontagiosa, as participantes deste estudo registraram em suas falas a necessidade da prevenção e remissão das doenças oportunistas ao cuidar de pacientes vivendo com HIV.

Os cuidados devem ser para prevenir as doenças oportunistas (E1, enfermeira, 09 anos de experiência na instituição).

Hoje você como profissional, sabe que está gripada, não vai trabalhar com paciente com HIV. O paciente com HIV pode evoluir para diversas coisas. Você sabe que ele pode evoluir para uma pneumonia, por causa da imunidade baixa. Todos os pacientes quando chegam eu gosto de usar máscara. Você é uma ameaça para esses pacientes (E3, técnica, 02 anos de experiência na instituição).

O paciente com HIV não morre do HIV, morre das doenças de base, então precisa de cuidado para preveni-las (E7, técnica, 01 ano de experiência na instituição).

Isso decorre, pois o HIV é um retrovírus que provoca disfunção imunológica evidenciada pelo declínio dos níveis de linfócitos CD4. A partir disso, o organismo é impedido de realizar sua tarefa de proteger o organismo contra as agressões externas (por bactérias, outros vírus e parasitas) e contra células cancerígenas, ocorrendo o progressivo comprometimento do sistema imunológico, tornando o corpo humano mais frágil e consequentemente mais susceptível a doenças oportunistas (CANINI *et al*, 2004, CUNICO; GOMES; VELLASCO JUNIOR, 2008).

A autora Sontag (2007), no livro “Aids e suas metáforas”, também reflete de forma similar, em metáfora, quando refere que os vírus de HIV são como organismos alienígenas que invadem o corpo atingindo as operações militares que são as defesas imunológicas. Esse recurso, utilizado pela autora para trazer uma reflexão da doença pouco conhecida, continua a ser utilizada nos dias atuais para explicar as manifestações da doença sobre o organismo.

Todas as manifestações que podem significar o surgimento de uma infecção oportunista ou distúrbio metabólico associado devem ser valorizadas pelo(a) paciente e pela equipe de saúde para que uma intervenção imediata possa ser conduzida visando proteger a integridade física, fundamental para manter a qualidade de vida e promover conforto a pessoa vivendo com HIV/aids (LIMA, 2012).

A(o) profissional de enfermagem deve frequentemente estimular e realizar ações de prevenção e de remissão das doenças oportunistas. De acordo com Lima (2012), todas as pessoas que vivem com aids que participaram da pesquisa realizada por ela se referiram ao medo e à necessidade do cuidado diário contra as infecções oportunistas, as quais foram caracterizadas por um dos sujeitos do estudo como “o veneno de todos eles [...]”.

Em Formozo e Oliveira (2010, p. 235) essa necessidade foi apreendida e destacada pelas(os) enfermeiras(os) da sua pesquisa:

Os enfermeiros entrevistados admitem que ao cuidar de um paciente sabidamente soropositivo ao HIV, uma das primeiras preocupações diz respeito à prevenção de infecções oportunistas. Isto por compreenderem que os pacientes imunodeprimidos ficam predispostos a estas, as quais apresentam grande percentual de fatalidade.

De acordo com Formozo e Oliveira (2009) a equipe de enfermagem, ao cuidar de clientes soropositivos ao HIV, que apresentam quadro clínico avançado, encontrando-se já com a aids e imunocomprometidos, percebe a exposição a que o indivíduo infectado se encontra no ambiente hospitalar e a importância da utilização de EPI, como as luvas, máscara e capote, com vistas à proteção destes clientes, uma vez que possuem o sistema imunológico deprimido e, portanto, mais susceptíveis às infecções oportunistas.

Na observação participante, por exemplo, apreendeu-se que no ambulatório o enfoque é a prevenção das infecções oportunistas. Estimula-se a adesão do tratamento com o objetivo de manter a carga viral baixa e, conseqüentemente, proteger o indivíduo. Fagundes *et al* (2010) reforça que o uso da terapia antirretroviral e a generalização das profilaxias primária e secundária reduziram o número de infecções oportunistas.

Enquanto isso, na internação, a maioria das pessoas vivendo com HIV são admitidas com alta carga viral e com uma doença oportunista evidenciada. Neste caso, todo trabalho da

equipe de enfermagem é voltado, prioritariamente, para sua remissão. Formozo e Oliveira (2010) relatam que a enfermagem precisa estar atenta quanto à presença de imunodepressão nos pacientes visando a não aquisição de novas infecções oportunistas realizando, se necessário, uma adequada disposição dos pacientes no espaço físico do setor.

No internamento da instituição em que foi realizada a pesquisa, a depender da forma de transmissão da patologia oportunista, são estabelecidas precauções que podem ser de contato, aéreo ou de gotículas. Os isolamentos implantados são necessários como medidas de precaução para evitar infecção cruzada entre pacientes e, conseqüentemente, para também proteger o(a) trabalhador(a).

Outras estratégias foram identificadas na observação participante no cotidiano para essa equipe, tais como utilização de precauções padrão para todos(as) os(as) pacientes, colocação de uma placa na frente da enfermaria informando o tipo de isolamento e a atenção aos EPIs necessários ao indivíduo isolado.

As falas abaixo demonstram a inquietação da equipe com essas doenças oportunistas:

Infelizmente a doença é oportunista, ela acomete as pessoas e por conta da imunossupressão nós vemos diversas patologias ligadas ao HIV (E9, enfermeira, 01 ano de experiência na instituição).

No paciente em isolamento com HIV e suspeita de tuberculose a gente usa máscara especial. Paciente tem HIV e com isolamento de contato ou aéreo, a gente usa capa, luva, tudo direitinho, E sempre tem, aqui não falta (E10, técnica. 12 anos de experiência na instituição).

Observar se estão em isolamento respiratório, pois esses pacientes tem muito quadro de tuberculose. Eles têm muito quadro febril. Tem que ter muita atenção a eles. Quando o paciente está em isolamento de contato ou respiratório a secretária coloca uma placa na frente da enfermaria (E5, técnica, 08 anos de experiência na instituição).

Como podemos observar, as doenças oportunistas devem ser prevenidas e a sua remissão é um objetivo fundamental para promoção de qualidade de vida dos soropositivos. A equipe de enfermagem precisa então transformar as práticas de cuidado, sendo mais criteriosa e persistente para o alcance desta meta que é de extrema importância.

Tendo em vista a condição infectocontagiosa e a vulnerabilidade às infecções oportunistas, o HIV/aids fez emergir discussões, nos centros de pesquisa da área da saúde, na década de 80, do século XX, com o objetivo de promover maior segurança e conforto ao paciente normatizando assim, as precauções padrão. Essas são medidas profiláticas, que devem ser empregadas por todos(as) que lidam ou têm contato com pacientes, independente do diagnóstico presumido, pois os riscos de um contágio não estão só no vírus HIV, mas em uma série de infecções que podem ser transmitidas pelas mais diversas vias de contato.

Os discursos das participantes apresentados abaixo se coadunam com o que está previsto pelo Ministério da Saúde, (BRASIL, 2012), que descreve as precauções padrão como ações que devem ser seguidas para todos os pacientes, independente da suspeita ou não de infecções.

Nós temos aqui pacientes de gastro e de infecto. Todos os cuidados são iguais para os dois grupos. As precauções devem ser padrão, independente do diagnóstico (E1, enfermeira, 09 anos de experiência na instituição).

É preciso ter o cuidado sempre, não só com ele como com qualquer outro que a gente não sabe o diagnóstico. Às vezes tem uma hepatite ou qualquer outra doença infecto contagiosa (E9, enfermeira, 01 ano de experiência na instituição).

Hoje o paciente é tratado como qualquer outro paciente sem discriminação e requer determinados cuidados que até quem não tem HIV precisa ter.. Qualquer pessoa pode estar com o vírus e não saber (E6, enfermeira, 20 anos de experiência na instituição).

O cuidado que a gente tem com HIV, a gente deve ter com qualquer outro paciente. Tanto de proteção individual para nós quanto para eles também (E11, técnica, 18 anos de experiência na instituição).

Entre as vantagens da utilização da precaução padrão para a enfermagem, destacam-se a prevenção de doenças ocupacionais; a redução do medo das trabalhadoras da enfermagem no contato com pessoas com HIV/aids e a maior aproximação relacional e física entre os(as) cuidadores(as) e o(a)paciente vivendo com HIV/aids.

Apesar de reconhecer que as precauções padrão são comprovadas pela ciência como seguras no que tange à prevenção de contaminação das profissionais a qualquer infecção, a equipe de enfermagem, possivelmente em decorrência do imaginário desenvolvido sobre a infecção pelo HIV/aids se contradiz quando relata que, ao utilizá-las com pessoas HIV positivas, adota cuidados reforçados, como está evidenciado nas falas abaixo:

A gente só reforça as práticas de precaução como a gente tem que ter com todo paciente como uso da luva, dos EPIs (E5, técnica, 08 anos de experiência na instituição).

Cuidar desses pacientes requer cuidado e atenção na manipulação de qualquer procedimento com perfuro (E7, técnica, 01 ano de experiência na instituição).

Eu trato normalmente como qualquer pessoa, só que com mais cuidado. Paciente com HIV a gente tem que ter cuidado dobrado. Tem que ter cuidado com perfuro cortante. A gente procura não reencapar agulha, na hora de puncionar o acesso sempre com luva. Tem que tomar precaução para não se contaminar. A gente já vai com atenção dobrada, por causa da contaminação (E10, técnica, 12 anos de experiência na instituição).

Na observação e nas entrevistas percebeu-se que à medida que a(o) profissional conhece o diagnóstico, desperta para a necessidade de redobrar a atenção/cuidado/cautela durante as práticas, o que é contextualizado pela equipe como situação mais segura e confortável. Na maioria das vezes, a atenção redobrada se encontra associada à manipulação de perfurocortantes e aponta sempre para a percepção do risco de contaminação profissional e para a prevenção de acidentes de trabalho.

Aqui pelo menos você sabe o que o paciente tem. É ruim quando você chega assim e não sabe o que o paciente tem, mas aqui como você sabe, você tem que tomar todos os cuidados (E4, técnica, 10 anos de experiência na instituição).

Quando você sabe que aquele paciente tem HIV, você trabalha com a atenção redobrada. É melhor do que você não saber se tem. Quando você sabe que tem, você tem mais consciência (E3, técnica, 02 anos de experiência na instituição).

Só existe um pouco mais de cuidado do que um paciente que você sabe que não é portador (E12, técnica, 34 anos de experiência na instituição).

Como você já sabe que ele é portador, você fica mais cuidadoso (E13, enfermeira, 02 anos de experiência na instituição).

Os discursos das entrevistadas evidenciam a cautela redobrada na prestação do cuidado às pessoas soropositivas para o HIV/aids. Pesquisa realizada no Rio de Janeiro constatou resultados similares a este estudo no que se refere à utilização de precauções padrão nos cuidados prestados aos pacientes soropositivos para o HIV/aids que, embora referido como igual aquele destinado a qualquer outro paciente, também enfatizaram a necessidade de uma cautela redobrada na prestação do cuidado devido ao risco percebido de contaminação do profissional (FORMOZO; OLIVEIRA, 2010).

Todavia, essa situação é arriscada, pois se a(o)s profissionais condicionarem a incorporação das práticas de biossegurança apenas quando ocorrer o diagnóstico formalizado, as precauções padrão tornar-se-ão negligenciadas, aumentando o risco de contaminação profissional. A(o)s trabalhadora(e)s de enfermagem devem prestar assistência adotando sempre medidas de segurança, independente do conhecimento do diagnóstico do(a) cliente sob seus cuidados.

O Ministério da Saúde no Brasil (2006) afirma que a adoção de precauções padrão como medidas preventivas se configuram como a melhor maneira de reduzir o risco de infecção no ambiente ocupacional, o que é confirmado por outros estudos (SÊCCO; GUTIERREZ; MATSUO, 2002; PADILHA; VIEIRA, 2008).

A mudança do perfil epidemiológico do HIV/aids fez emergir a discussão da vulnerabilidade, principalmente dos trabalhadores de enfermagem, por lidarem na maioria das vezes com procedimentos que envolvem sangue, fluidos corpóreos. Quando o(a)

trabalhador(a) de enfermagem não reconhece sua vulnerabilidade frente à infecção, predispõe-se à exposição de patógenos, ou seja, se descuida dos EPIs, passando a utilizá-los somente na prestação de assistência ao indivíduo cujo diagnóstico para o HIV positivo é conhecido. A(O) profissional deve adotar medidas de biossegurança, face ao elevado percentual de pessoas infectadas pelo HIV e outras infecções, que desconhecem o seu estado de soropositividade (PADILHA; VIEIRA, 2008; BUCHALA; PAIVA, 2002).

A estimativa de contaminação após acidente ocupacional com material perfurocortante entre profissionais de saúde está entre 0,25% a 0,4% para o vírus HIV, 6% a 30% para a hepatite B e 0,4% a 1,8% para a hepatite C (MARZIALE, 2003). Os dados acima demonstram que o HIV é o vírus de menor risco de contaminação, dentre os principais, no entanto, em consequência dos estigmas e tabus, é o que mais assusta e amedronta os(as) profissionais.

Além disso, Amaral *et al* (2003), em uma pesquisa realizada em um hospital privado de Vitória da Conquista – BA, evidenciaram que 52,3% dos acidentes com material perfurocortante ocorreram com a equipe de enfermagem, sinalizando pouco conhecimento das normas de biossegurança e a necessidade de intensificar os programas educativos, quanto às medidas preventivas de segurança no trabalho.

A predominância de acidentes com perfurocortantes na equipe de enfermagem se ratifica porque permanecem 24 horas na assistência direta aos pacientes e executam vários procedimentos invasivos, sendo os materiais perfurocortantes um dos principais instrumentos de trabalho na prática diária (AMANDE; IVATIUK, 2010).

Quanto à adesão ao uso dos EPIs entre a(o)s trabalhadora(e)s de enfermagem, segundo os estudos de Souza e Freitas (2010), está intimamente relacionada à percepção que os profissionais têm acerca dos riscos a que estão expostos. Na observação participante não foi percebida nenhuma situação de descuido evidenciado pelo não uso de EPI.

Tem que usar luva, principalmente quando vai puncionar alguém, tem que ter cuidado. Cuidado com a luva, com sangue, com a manipulação (E4, técnica, 10 anos de experiência na instituição).

Existe só um pouco mais de preocupação com a nossa proteção, usando sempre os equipamentos de proteção individual para a gente não se contaminar (E12, técnica, 34 anos de experiência na instituição).

Para mim não é um tratamento diferenciado ... só passa a ser diferenciado no manuseio em qualquer procedimento que vai perfurar, um acesso. Tem que usar luva (E7, técnica, 01 ano de experiência na instituição).

Essa alteração da prática de cuidado a pessoas com HIV/aids também foi evidenciada no estudo realizado em um hospital universitário. Neste observou-se que de um total de 100

profissionais, 82% referiram mudanças na prática profissional com o HIV/aids, sendo que destes, 68,4% por meio de adesão às precauções-padrão, e 60,5% justificam a mudança pelo medo de infectarem-se (GIR *et al*, 2005).

As participantes desta pesquisa, assim como as do estudo realizado por Gir *et al* (2005), apresentaram transformações nas práticas de cuidado quando cientes do diagnóstico de HIV das pessoas assistidas, reforçando sempre a necessidade de um cuidado atencioso, seguro na manipulação sanguínea do paciente enfatizando o uso do EPI.

Os EPIs, a princípio, foram inseridos no cotidiano para proporcionar segurança aos pacientes e com o avançar da ciência se adequaram a autoproteção e segurança para os(as) profissionais neste contexto de epidemia. Contudo, eles devem ser utilizados só quando necessário e durante seu uso não se pode permitir que construam uma barreira relacional entre o profissional e a pessoa cuidada.

Hoje nós temos diversos materiais que podem ser utilizados, tem os EPIs, mas pensando sempre no paciente. Tem que estar paramentado, mas tem que pensar no paciente que está do outro lado que é um ser humano acima de tudo. Devemos estar preocupados com o nosso cuidado, com a nossa saúde, mas ele também precisa ter saúde e para ele ter saúde precisa do nosso trabalho, da nossa assistência (E9, enfermeira, 01 ano de experiência na instituição).

Formozo e Oliveira (2009) referem que essa autoproteção profissional figura como importante elemento do cuidado, compreendendo: a utilização de equipamentos de proteção individual; a manipulação e descarte de materiais perfurocortantes; a exposição profissional no cuidado prestado e as formas de precaução.

Essa incessante busca pela segurança física e psicológica fez uma profissional se expressar a partir de uma metáfora, como se pode observar no discurso que se segue:

Para mim é tão normal isso. Eu trato os pacientes com HIV como qualquer outro ser humano. Não tenho nenhuma dificuldade em cuidar dele. Eu sei até onde eu posso ir, como eu posso ir, quais são as **armas** que eu posso usar (E13, enfermeira, 02 anos de experiência na instituição).

Nesse discurso, a enfermeira se coloca em posição de luta, pois faz referência a si como munida de um arsenal bélico que pode ser utilizado no combate visando a sua proteção. Estas “armas” podem ser constituídas pelo conhecimento da doença; segurança do diagnóstico; normas de segurança; EPIs no estoque dos setores; caixas de perfurocortantes disponíveis para segregarem o resíduo contaminado adequadamente, dentre outras. Com todo esse arsenal, a profissional de enfermagem se sente “armada”, ou seja, mais preparada e protegida para prestação do cuidado que parece ser difícil devido à necessidade de confronto.

Contudo, a partir do momento que a profissional vivencia o cuidar diário, utiliza as precauções padrão e adquire conhecimento da doença, percebendo todo o contexto social e

psicológico que a pessoa infectada sofre, transforma suas práticas de distanciamento e se aproxima buscando acolhimento e humanização da assistência.

Subcategoria 3: Cuidado psicoemocional

As participantes da pesquisa afirmaram que após o processo de aceitação do diagnóstico a pessoa infectada, às vezes, tem dificuldade em revelar a doença para a família. Isso gera um desconforto para a equipe, que precisa respeitar a decisão tomada e utilizar de recursos que não identifiquem aos familiares a patologia que o mesmo tem.

Muitos não querem que a família saiba. Muitos escondem da família. Não aceitam (E3, técnica, 02 anos de experiência na instituição).

Têm pacientes que não querem que ninguém saiba. Têm pacientes que quando alguém da família chega, ele fala: Oh! Não fale que eu tenho não, minha família não sabe o que tenho. Tem paciente que pega a medicação, pega o rótulo da medicação e arranca. Eles chegam aqui com várias medicações tudo sem rótulo porque tem receio, vergonha da família. Cada paciente tem uma reação (E5, técnica, 08 anos de experiência na instituição).

As participantes referiram que os(as) pacientes que optam pelo silêncio para não revelar a doença aos familiares, muitas vezes só encontram na enfermagem o apoio emocional e o acolhimento que tanto precisam neste momento difícil da vida deles(as).

Então fica mais fácil o diálogo com esse paciente a partir dessa aproximação com ele, que já sofre o preconceito da sociedade. Muitas vezes a família não sabe do diagnóstico, então assim, o porto seguro, muitas vezes, desses pacientes somos nós, a equipe de enfermagem. São as pessoas que estão no seu dia a dia. Então eles ficam mais à vontade para desabafar (E9, enfermeira, 01 ano de experiência na instituição).

Diversas pesquisas apontam para a relação entre revelação/não revelação do diagnóstico e o estigma em torno da aids. A decisão de contar ou não contar sobre o diagnóstico não é uma questão estática, é um momento particular e que pode mudar de acordo com os sentimentos (NASCIMENTO, 2002). É necessário que a equipe de enfermagem proporcione a pessoa vivendo com HIV/aids o apoio emocional necessário do momento do diagnóstico até o da revelação aos familiares, respeitando sempre a sua privacidade.

Além disso, a equipe de enfermagem destacou que precisa manter o relacionamento interpessoal com a pessoa vivendo com HIV, visto que isso favorece a recuperação e a promoção do autocuidado do soropositivo, proporcionando acolhimento e humanização da assistência, como destacam os discursos que se seguem:

Aprendi muito. Consigo lidar com os pacientes. Converso muito com os pacientes (E4, técnica, 10 anos de experiência na instituição).

No nosso dia a dia, temos a nossa visita em que a gente está lá, tem que ouvir o paciente, dar conforto. Saber ouvir é saber escutar... É importante ter esse paciente como amigo nosso, como companheiro da gente.... Muito importante ter uma abordagem muito aprofundada com ele. Por mais que eu esteja todo dia na enfermaria, faço questão de perguntar todos os dias como estão, o que está acontecendo, se tem algo incomodando, o que precisa melhorar. Muitas vezes o paciente pede para conversar. Assim que eu tenho um tempinho, eu paro e sento. Eles querem falar como pegaram a doença, como eles vivem, como trabalham. Isso é importantíssimo para a gente estar dando um desfecho final no momento de uma alta, de encaminhamento para outro serviço que esteja precisando. A base do cuidado de um paciente HIV positivo, de um paciente com aids é saber ouvir, a equipe tem que estar disposta a ouvir. Faço questão de ouvir... A equipe procura sempre ter diálogo, dar um tratamento tranquilo, mostrando a ele que ele não é diferente de ninguém. Um relacionamento de amizade, de conversar (E9, enfermeira, 01 ano de experiência na instituição).

Todo esse processo de interação deve ser horizontalizado e comandado pelo diálogo, valorizando a escuta qualificada do(a) paciente, que é a essência para o aperfeiçoamento do cuidado. De acordo com Pontes, Leitão e Ramos (2008), o diálogo torna-se terapêutico, pois proporciona subsídios para que a pessoa cuidada entenda a sua atual situação e encontre meios para aliviar seus sentimentos.

As participantes referiram que desenvolveram sentimentos solidários na promoção do cuidado como os de amor, carinho e de promoção de bem estar ao cliente. Destacam que estes sentimentos são importantes para o cuidado à pessoa com HIV, nas situações específicas que vivenciam. Este comportamento das entrevistadas se coaduna com o que aponta Waldow (1999, p. 132) quando se refere ao cuidado profissional:

O cuidado profissional assume a natureza de uma resposta deliberada para aquilo que importa, ou melhor, o que é importante em si mesmo, envolvendo o poder espiritual da afetividade. Essa dinâmica é uma antítese da auto-anulação ou do cuidado como subserviência. Identificam-se cinco categorias ou atributos do cuidar: compaixão, competência, confiança, consciência e comprometimento.

Somando-se a isso, os sujeitos desta pesquisa quando se referem à pessoa cuidada destacam que é preciso sentir na enfermagem confiança, dedicação e conforto para poder interagir com mais segurança e liberdade.

Os pacientes com HIV precisam muito de carinho, de amor. É uma barra a pessoa, sem esperar de repente fazer o teste e descobrir que está com HIV. A pessoa fica deprimida, como muitos ficam. É complicado (E4, técnica, 10 anos de experiência na instituição).

Nós trabalhamos com pacientes portadores do vírus do HIV, temos que tratá-los com o maior carinho e o maior amor, porque o problema é que eles sentem como se estivessem na hora de morrer. Hoje eu tive a oportunidade de dar um abraço em uma paciente porque só em ela entrar, vi que ela estava deprimida, com a tristeza estampada no rosto (E8, técnica, 09 anos de experiência na instituição).

É claro que paciente com HIV é mais debilitado, é um paciente mais emocional, psicológico, principalmente mais no início quando se descobre a doença. É um

paciente mais vulnerável. Tem uma estrutura mais debilitada, tanto física como psicologicamente (E11, técnica, 18 anos de experiência na instituição).

O cuidado humanizado oferece suporte para um aprofundamento das relações cuidador(a)-paciente. Oliveira *et al* (2005) assegura que a humanização quando implementada garante e estimula uma crescente integração entre as finalidades técnicas do trabalho e os projetos de vida dos usuários, promovendo bem estar e resultados satisfatórios no tratamento. Entre os pressupostos da atenção humanizada destacam-se o acolhimento e a escuta e ambos precisam ser exercitados.

O acolhimento necessário no habitual das práticas do cuidado de enfermagem consiste em ato ou efeito de acolher, recepcionar, dar atenção, consideração, refúgio e abrigo. Baseia-se na escuta e na descentralização do atendimento, estendendo-o para toda a equipe, visando o acesso universal, a resolubilidade e o atendimento humanizado (CESAR *et al*, 2009).

Os resultados dos estudos de Pereira (2009) mostraram que o acolhimento se dá por utilização de táticas de aproximação, diálogo, escuta e confiança mútua, que possibilitaram implementar processos bem-sucedidos de inclusão e convivências grupais como dispositivos permanente das relações interpessoais.

Na observação participante pode-se verificar que a equipe de enfermagem tem buscado acolher a pessoa cuidada, principalmente, através do relacionamento interpessoal. Entretanto, identifica que muito há para fazer no que respeita à humanização da assistência. Pude observar, durante o período em que estive na Unidade, que as profissionais, sejam enfermeira ou técnicas, estão muito sobrecarregadas e passam a maior parte do tempo da jornada de trabalho desenvolvendo atividades gerenciais e/ou técnicas.

Acredito que precisamos tirar a humanização do papel e trazermos para a prática. Porque se fala muito de humanização do serviço de qualidade do trabalho, mas só é protocolo. Só está no papel. Poderia ter o exercício da humanização não só relacionado ao paciente, mas aos profissionais também, para toda a equipe (E8, técnica, 09 anos de experiência na instituição).

Falta muita humanização, que está relacionado a todas as profissões. Tudo tem que ser em prol do paciente. Se todo mundo se voltar para promover um bem estar para o paciente que está ali, acredito que o tratamento será até melhor. Tem enfermeiras que cuidam do paciente há 10 anos e não sabe o nome dele. Você acha justo? Todos os pacientes observam isso. Isso é grave. Os pacientes observam isso, se você chama pelo nome. Como você perguntar se ele está se alimentando bem e se está melhor e troca o nome dele. Ele não vai ter confiança, ele não vai acreditar que você torce por ele (E12, técnica, 34 anos de experiência na instituição).

Acho que isso (humanização) deveria ser mais trabalhado. Dizer que paciente com HIV é paciente normal, não precisa ter medo (E10, técnica, 12 anos de experiência na instituição).

Acredita-se que a humanização é fundamental durante o processo saúde-doença e constitui-se a partir do resultado da combinação dos cuidados em saúde ao uso das tecnologias necessárias, do espaço físico favorável, da satisfação dos colaboradores/ pacientes e do atendimento integral da pessoa cuidada. Deve-se considerar o biopsicossocial, individualizando a assistência frente às necessidades de cada paciente e, a Enfermagem, que na equipe de saúde é o segmento que está mais próximo ao paciente, deve estar capacitada tecnicamente, desenvolvendo a sensibilidade para apreendê-las.

Subcategoria 4: Práticas assistenciais: do modelo tecnicista à integralidade

A partir dos discursos e da observação participante, foi possível perceber como as práticas de cuidado da equipe de enfermagem são direcionadas pelo modelo biomédico e estão, a cada dia, mais centradas nos aspectos biológicos e técnicos. Como a Unidade presta cuidados a pacientes da infectologia e da gastroenterologia pode-se verificar que este modelo se repete independente do diagnóstico.

Paciente acamado, eu dou banho de leito, faço medicação, faço higiene, troco o acesso venoso se tiver (E2, técnica, 02 anos de experiência na instituição).

Quando chego assumo plantão. Depois a gente pega as medicações dos nossos pacientes. Prepara por horário: 8, 10 e 12 horas. Depois que administra as medicações de 8 a gente corre para dar banho. Aqui paciente acamado tem mais privilégio. Depois faz sinais vitais. Depois encerra o período da manhã. De manhã parece uma guerra, de tarde é mais tranquilo. A tarde só são as medicações, mudança de decúbito e as fraldas (E7, técnica, 01 ano de experiência na instituição).

Nesse modelo, o corpo humano é comparado a uma máquina muito complexa, com várias partes, explicado pelo elemento biológico, pela química e pela física, não levando em conta os fatores sociais ou a subjetividade individual. A doença é avaliada como resultado ou de processo degenerativo dentro do corpo ou de agentes químicos, físicos ou biológicos que provocaram falha na mecânica do organismo. Diante de toda essa compreensão mecanicista do organismo humano, a saúde recebe uma abordagem técnica (KOIFMAN, 2001).

No grupo das técnicas de enfermagem isso foi mais evidente, pois ocorreu a supervalorização da prescrição médica e das práticas da assistência, as quais enfocavam o cuidado direto-operacional, sendo rápidas, rotineiras e repetitivas. Durante toda a jornada de trabalho, elas se fixavam nos procedimentos auxiliares e nas medidas terapêuticas, dentre as quais: administração de medicamentos; cuidados com a higiene corporal, incluindo banho e troca de fraldas; realização de mudança de decúbito; verificação de sinais vitais; realização de curativos, dentre outros. Seguem discursos que reforçam o que foi discorrido:

Meu trabalho é fazer medicação, puncionar, pesar. Fora isso é muito apoio emocional, muito carinho e despertar para o que eles precisam (E12, técnica, 34 anos de experiência na instituição).

As principais práticas são: administração de medicações, cuidar para que o paciente esteja bem no físico, cuidando da higiene dele. Aferir os sinais vitais. Auxiliar no banho se necessário. Auxílios práticos e aplicar a prescrição médica (E5, técnica, 08 anos de experiência na instituição).

É importante registrar que durante toda a coleta de dados, o grupo das técnicas de enfermagem estava reduzido, principalmente as do internamento, pois havia uma colaboradora afastada por 30 dias por motivos de saúde e ainda tinha colaboradora em férias. Somando-se a isso, havia 06 pacientes acamados e totalmente dependentes, o que desmotiva o grupo e favorece a sobrecarga de trabalho.

Cutolo (2006) afirma que este modelo biomédico tem se caracterizado pela explicação unicausal da doença, pelo biologicismo, fragmentação, mecanicismo, recuperação, reabilitação, tecnicismo e especialização. Com o modelo biomédico de assistência, ocorre a desvalorização do cuidado integral, atendendo apenas a uma ideologia de cura (LUZ; MIRANDA, 2010).

No modelo biomédico, o objetivo do(a) trabalhador(a) é o procedimento e no corpo é identificado uma queixa, na tentativa de transformá-la em um possível diagnóstico (MARQUES; LIMA, 2008).

A tecnicidade engessa as profissionais que prestam os cuidados, o que faz com que elas percam a visão ampliada da saúde, valorizando o procedimento e os exames. Collière (1999) afirma que ao seguir o modelo biomédico, com conseqüente valorização da tecnicidade, a prática de enfermagem distancia-se progressivamente dos valores morais e religiosos herdados do passado e passam a ser técnicos, orientados e determinados pela doença.

No cotidiano das atividades da equipe de enfermagem investigada, verifica-se que essa se encontra sensibilizada para a integralidade nas práticas de cuidado e no sentido de buscar identificar o que o(a) paciente precisa para então prestar o cuidado de acordo com essa demanda.

Todas as ações estão sendo subsidiadas por informações coletadas a partir da interação entre o(a) cuidador(a) e o(a) cliente. Em vista disso, principalmente as enfermeiras apresentam-se inquietas com relação à comunicação entre cuidador(a)-paciente-família, que precisa ser eficaz e deve auxiliar na prestação dos cuidados e nas orientações necessárias para

proporcionar maior conforto e apoio emocional à pessoa cuidada e à família, conforme apresenta Waldow (1999):

Faço a visita, converso. Qualquer informação, por mais simples que seja, se torna um diferencial. Tenho uma aproximação muito grande com os pacientes e com a família dos pacientes e isso é importantíssimo para o cuidado. É importantíssimo para uma assistência de qualidade. Despertar para o que o paciente está precisando. Às vezes uma palavra muda o destino de um paciente desse... Corro nas coisas administrativas para poder dar mais assistência no ouvir, que é importantíssimo (E9, enfermeira, 01 ano de experiência na instituição).

Faço o acompanhamento dele, faço a visita, registro se ele tem queixas. Dou a orientação com a família quando é novo. Faço os cuidados necessários, que são iguais para todos (E13, enfermeira, 02 anos de experiência na instituição).

Esse cuidado técnico e biológico associado à terapêutica medicamentosa é importante para a manutenção da vida, entretanto é necessário atentar-se para a humanização da assistência em saúde, pois implica em considerar a essência do ser humano e o respeito à sua individualidade, colaborando para que a pessoa vulnerável enfrente positivamente os desafios que se apresentam. O acolhimento, por exemplo, é uma estratégia que garante o acesso a essa integralidade do cuidado promovendo, se necessário, mudanças na organização do processo de trabalho em saúde (CARVALHO, *et al*, 2005; COSTA; CAMBIRIBA, 2010).

Waldow (1999) reforça que todo cuidado humano deve ser compreendido como um compromisso, uma responsabilidade em estar no mundo que não é apenas aquilo que satisfaz. Para promover essa satisfação, e conseqüentemente, a integralidade na assistência é necessário superar esse modelo biomédico analisando o indivíduo além das condições biológicas, reconhecendo que esse é um ser biopsicosocial e espiritual que possui vulnerabilidades e subjetividades e que precisam ser levadas em consideração durante toda a assistência à saúde.

O cuidar deixa de ser apenas associado ao ato de realizar um procedimento, uma intervenção, para ser uma relação onde a ajuda se dá no sentido da qualidade do outro ser ou de vir a ser, respeitando-o, compreendendo-o, tocando-o de forma mais afetuosa (WALDOW, 1999)

As práticas de cuidado assistenciais precisam ser reavaliadas entendendo que não é possível fazer uma assistência humanizada e de qualidade sem atender aos princípios da integralidade do cuidado, pois a tecnicidade apenas responde às necessidades biológicas humanas. Também se faz necessário desenvolver a escuta do(a) paciente. A enfermagem precisa estar disponível para ouvi-lo(a), permitindo que o(a)s pacientes expressem ideias e dúvidas, buscando minimizar as angústias e o medo que porventura possam emergir.

Subcategoria 5: Ações educativas nas práticas assistenciais: ênfase na adesão ao tratamento e nas situações de risco

Nos discursos das entrevistadas, é possível constatar a referência às ações educativas nas práticas assistenciais, predominantemente com foco na informação e orientação, sempre baseado no conhecimento científico:

Você tem que estar informando para que os pacientes não deixem de usar as medicações porque senão o retorno é certo... Eles têm que se tratar. Muitos abandonam o tratamento. É muito constrangimento (E3, técnica, 02 anos de experiência na instituição).

As práticas educativas, segundo Marziale (2001), têm papel relevante no cuidado de enfermagem, uma vez que quando bem elaboradas preenchem as necessidades de aprendizagem do cliente melhorando a qualidade do cuidado, proporcionando bem-estar, maior independência e redução dos custos em saúde.

Macêdo (2011) refere que o cuidado de caráter informativo não parte do sujeito e das suas experiências de vida, mas sim o comunica para mudanças em nome de sua saúde e da ciência que o confirma e se configura em discursos autoritários, normatizando e prescrevendo ações na busca de tornar os pacientes obedientes e acomodados. Pereira (2003) afirma que está ocorrendo essa tendência dos profissionais da área da saúde de referir-se ao cliente como objeto e não como um sujeito de suas ações.

Na observação, ficou evidente a necessidade de adesão às condutas terapêuticas, no entanto essa acaba sendo imposta às pessoas que estão sendo cuidadas. Os discursos das participantes referem que o tratamento é informado, conversado e de que eles precisam/devem aceitá-lo. Em poucos momentos foi possível perceber orientações com enfoque na importância da adesão à terapia antirretroviral, a partir da perspectiva de tornar a pessoa cuidada em sujeito da ação de cuidar-se.

Facilita quando os pacientes são bem humorados, quando aceitam bem o tratamento (E5, técnica, 08 anos de experiência na instituição).

Os pacientes apresentam dificuldade com a adesão ao tratamento. A gente conversa, mas muitas vezes falta apoio familiar (E11, técnica, 18 anos de experiência na instituição).

A educação em saúde, quando visa o empoderamento individual e coletivo para assunção de responsabilidades e direitos, pode conduzir a transformação dos indivíduos socialmente inseridos no mundo, ampliando sua capacidade de compreender a complexidade dos determinantes de ser saudável (MACHADO *et al*, 2007).

As participantes da pesquisa reforçam que é preciso sensibilizar os pacientes, para compreender suas dificuldades e limitações para evitar abandono do tratamento. A fala abaixo demonstra o quanto a enfermagem desperta para essa necessidade nestes momentos em que o indivíduo encontra-se debilitado:

O paciente não tem tanta adesão ao tratamento. A gente fala que é importante, mas o tratamento é longo, duradouro e precisa que o paciente se empenhe. E, muitas vezes, chegam ao ponto que não querem tentar, desistem. Acha que já chegou no limite deles. Eles acham que estão nadando contra a correnteza (E12, técnica, 34 anos de experiência na instituição).

Observou-se, também, o processo de educação por repetição/memorização, no qual reforçava-se a terapêutica determinada pela profissional para que a partir da apropriação pudesse aplicá-la no cotidiano. Grischke (2012) afirma que a educação não deve se restringir ao desenvolvimento de habilidades pela memorização e pela repetição. É necessário estimular uma autonomia intelectual e ética para que o indivíduo possa discernir e estabelecer novas relações de decisão individuais.

Percebe-se que nem sempre essa metodologia educacional pautada na transmissão de conhecimento e repetição tem sucesso. É necessário problematizar as situações do cotidiano dos(as) pacientes vivendo com HIV para que eles(as) possam adquirir autonomia no tratamento e uma reflexão crítica sobre as suas necessidades.

Assim, Freire (2001) recomenda a educação que considera a realidade existencial do indivíduo, problematizando com os(as) educandos(as), considerando-o(a)s como seres no mundo que, após serem desafiados, crescerão criticamente e, por isso serão cada vez mais desalienados.

Para as participantes investigadas é preciso também estar disponível para o diálogo, ouvindo e utilizando uma linguagem acessível e organizada. Para Freire (2001), é o diálogo que proporciona a verdadeira comunicação, em que ambos são ativos, iguais e a comunicação produz uma relação social igualitária em prol do conhecimento e, portanto, da consciência crítica. Nas falas abaixo se identifica que as participantes estão atentas à necessidade desta abordagem:

A gente tenta ser o mais próximo possível em relação à linguagem, a abordagem (E9, enfermeira, 01 ano de experiência na instituição).

Eles podem falar abertamente com a gente sobre a doença. Às vezes falam mais com a gente do que com o familiar. Essa abertura, esse diálogo, acho que é pelos anos que eles passam aqui com a gente. Relação profissional/paciente de confiança. A questão da proximidade que hoje a gente tem (E11, técnica, 18 anos de experiência na instituição).

As práticas educativas, também, abordam a vulnerabilidade individual e social dos indivíduos e das famílias. A equipe, a partir desta perspectiva, visa reduzir os riscos, prevenir novos casos e promover a qualidade de vida. No ambulatório, por exemplo, foram observadas ações com esse enfoque educativo na maioria dos atendimentos, enquanto que no internamento, elas ocorriam nos momentos de alta hospitalar ou quando o acompanhante ou paciente abordavam a profissional durante as práticas assistenciais. Em ambas as unidades estas práticas eram realizadas de forma individual, que embora importantes quando acontecem, perdem a riqueza da experiência coletiva presentes quando elas ocorrem de forma grupal.

Nos depoimentos abaixo percebe-se que a equipe de enfermagem, no cotidiano, identifica e entende a necessidade das pessoas vivendo com HIV/aids:

Os pacientes daqui, a maioria, são usuários de drogas, moradores de rua, pessoas com uma vulnerabilidade grande, com múltiplas parceiras, de não saber nem de quem contraiu a doença. O perfil aqui é esse aí, etilista, usuário de drogas e pessoas com baixa escolaridade. Não é um perfil atual, hoje o perfil é amplo. Antigamente eram só pessoas que não tinham instrução, hoje quem tem instrução também contrai o HIV. É necessário trabalhar educando com todos os níveis (E9, enfermeira, 01 ano de experiência na instituição).

Além disso, o HIV antigamente era comum em prostituta e usuário de droga e hoje em dia a gente vê em idoso, mulher que nunca traiu o marido e crianças. Todo mundo pode ter aids. Todos precisam prevenir (E2, técnica, 02 anos de experiência na instituição).

Eu já tive um paciente que falou que teve relação sem proteção depois do diagnóstico com umas 400 pessoas. A gente sempre falava com ele para não fazer isso, para se proteger ou notificar para os parceiros ou usar camisinha e ele falava que assim como passaram para ele, ele iria passar para vários (E12, técnica, 34 anos de experiência na instituição).

A educação em saúde se constitui uma excelente estratégia para reduzir essa vulnerabilidade à infecção pelo HIV e às doenças oportunistas e constitui um instrumento para a promoção da qualidade de vida de indivíduos, superando a conceituação biomédica de assistência à saúde e abrangendo o processo saúde-doença-vulnerabilidade-cuidado.

Com isso, destaca-se que as práticas educativas são fundamentais e merecem atenção. Entretanto, não devem ser autoritárias e determinantes, pois devem permitir ao indivíduo uma reflexão crítica sobre sua condição de saúde, adesão ao tratamento e redução de riscos/danos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da percepção que a equipe de enfermagem tem sobre as práticas de cuidado das pessoas vivendo com HIV/aids mostra que os discursos das enfermeiras e técnicas de enfermagem são semelhantes, o que demonstra uma boa coesão da equipe, caracterizando o cuidado de enfermagem a pessoas com HIV/aids como assistenciais.

Ficou evidente que as práticas de enfermagem às pessoas soropositivas para HIV sofreram transformações no âmbito assistencial. As participantes, apesar de terem naturalizado o cuidado como sendo igual ao dispensado a qualquer outro(a) paciente, registraram que devem ser realizados com bastante cautela, atenção e precauções redobradas. Revelaram, também, que a falta de conhecimento sobre a patologia desenvolvem medo de falar, tocar ou realizar qualquer procedimento em pessoas vivendo com HIV. Entretanto desvendam que a experiência profissional e o contato com os soropositivos desmistificam esse cuidado.

Na assistência, a equipe reforçou a importância da sensibilidade e do relacionamento interpessoal entre enfermagem e pessoa cuidada buscando desenvolver segurança, confiança e solidariedade. Somando-se a isso, foi identificada a necessidade da humanização e integralidade, minimizando os efeitos da tecnicidade e do modelo biomédico vigentes nas instituições de saúde.

As ações educativas nas práticas assistenciais se apresentaram com caráter informativo, o que pode não permitir à pessoa cuidada uma reflexão e uma sensibilização da necessidade de adesão ao tratamento e da redução de riscos e danos.

Nesse sentido, ressalta-se a relevância de problematizar as percepções da equipe de enfermagem sobre as práticas de cuidado das pessoas vivendo com HIV tendo em vista que o estudo identificou vários fatores que as influenciam durante a assistência, tais como: as repercussões da história do HIV; as experiências vivenciadas por cada profissional; os conhecimentos adquiridos no cotidiano da atuação e as condições que a instituição proporciona. Enquanto isso, a forma que a equipe as expressa reproduz um cuidado que é complexo e que precisa ser discutido para melhorar a qualidade dos serviços de enfermagem. Esse trabalho trouxe reflexões sobre a formação profissional de enfermagem, tanto no âmbito do ensino superior quanto do técnico, identificando que a(o) discente precisa refletir sobre suas práticas de cuidado, as quais devem ser estruturadas no conhecimento técnico e teórico, mas também nas relações interpessoais e no acolhimento humanizado, seja qual for a área de atuação.

Apesar de considerarmos o alcance dos objetivos, este estudo possui limitações visto que apenas analisa e caracteriza este objeto de estudo nas unidades especializadas em infectologia. Em decorrência disso, sugiro novos estudos sobre as práticas de cuidado de enfermagem às pessoas vivendo com HIV/aids em outras unidades como emergências, maternidades e hospitais/ambulatórios gerais que atendem pacientes vivendo com HIV/aids. Dessa forma, poderíamos verificar novas percepções para esse objeto de estudo tendo assim dados relevantes para realizar um estudo comparativo.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, Tatiana Mereireles Dantas; NEMES, Maria Inez Battistella.; VELLOSO, Marco Aurelio. Transformações da "aids aguda" para a "aids crônica": percepção corporal e intervenções cirúrgicas entre pessoas vivendo com HIV e aids. **Ciênc. saúde coletiva**, v.13, n.6, p. 1841-1849, 2008.

AMANDE, Janete Lane Amadei; IVATIUK, Carina. Vigilância de HIV em acidentes perfurocortantes com trabalhadores da saúde. **Revista Brasileira de Promoção a Saúde**, v. 23, n. 4, p. 325-334, 2010.

AMARAL, Suely Andrade, *et al.* **Acidente com material perfurocortante entre profissionais de saúde em hospital privado de vitória da conquista – BA.** [2005]

Disponível em:

<http://www2.uefs.br/sitientibus/pdf/33/acidentes_com_material_perforocortante.pdf>

Acesso em: 10 de abril 2011.

ANDRADE, Maria Cristina Silva de; CAPOCCI, Pollyana Oliveira. As emoções do profissional de enfermagem ao lidar com pacientes com HIV/AIDS. **Rev Enferm UNISA**, v. 5, p. 15-9, 2004

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ. Ed. 34, 1999.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde, **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2003.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 2011.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar. Ética do Humano – compaixão pela terra.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico aids**, Brasília, ano VIII, n.01, jan./jun. de 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96.** Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Rio de Janeiro, Conselho Federal de Medicina, v.4, p.15-25, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de bolso controle das doenças sexualmente transmissíveis DST.** Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Ações Programáticas Estratégicas Exposição a Material Biológico.** Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Precauções padrão.** [2012] Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/control/precaucoes_a3.pdf Acesso em 03 de fevereiro de 2013.

BUCHALLA, Cassia Maria; PAIVA, Vera. Da Compreensão da Vulnerabilidade Social ao Enfoque Multidisciplinar. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n.4, p.117-119, 2002.

CANINI, Silvia Rita Marin da Silva, *et al* Qualidade de vida de indivíduos com HIV/aids: uma revisão de literatura. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12 n.6, p. 940-945, 2004.

CARVALHO, Evanilda Souza de Santana. **Cuidando de pessoas com feridas infectadas: representações sociais da equipe de enfermagem**. Tese do curso de doutorado da Universidade Federal da Bahia, 2006.

CARVALHO, Juliana Ferreira de Santana; CHAVES, Lucielli Dias Pedreschi. Supervisão de enfermagem no uso de equipamento de proteção individual em um hospital geral, **Cogitare Enferm.**, v. 15, n.3, p. 513-520, 2010.

CARVALHO, Ariana Rodrigues Silva, *et al*. **Cuidado e humanização na enfermagem: reflexão necessária**. [2005] Disponível em: <<http://cac.php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario2/trabalhos/saude/msau16.pdf>> Acesso em 15 de fevereiro de 2013

CESAR, Maria Rafaela Perillo de Moraes, *et al*. **Acolhimento do paciente HIV em uma unidade de referência do Vale do Paraíba paulista**. [2009] Disponível em: <http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2009/anais/arquivos/RE_0484_0115_01.pdf> Acesso em 14 de fevereiro de 2013.

COLLIÈRE, Marie-Françoise. **Corrente ligada à técnica e centrada na doença**. In: _____, Promover a vida : da prática de mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Lidel ; Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999.

COSTA, Maria Antonia Ramos; CAMBIRIBA, Mariele da Silva. acolhimento em enfermagem: a visão do profissional e a expectativa do usuário. **Revista Cienc Cuid Saude**. v. 9, n.3, p. 494-502, 2010.

COSTA, Juliana Palhano, *et al*. Expectativas de pacientes com HIV/aids hospitalizados, quanto à assistência de enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, v. 59, n. 2, p. 172-176, 2006.

CUNICO, Wilson; GOMES, Claudia ; VELLASCO JUNIOR, Walcimar . HIV - recentes avanços na pesquisa de fármacos. **Quím. Nova**. v. 31, n.8, p. 2111-2117,2008.

CUTOLO, Luiz Roberto Agea. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 35, n. 4, 2006.

FAGUNDES, Vinicius Henrique Veraldo, *et al*. Infecções oportunistas em indivíduos com infecção pelo HIV e relação com uso de terapia antirretroviral. **Revista Acta Scientiarum**, v. 32, n. 2, p. 141-145, 2010.

FLASKERUD, Jacquelyn Haak. **Aids/infecção pelo HIV**. São Paulo, SP: Editora Médica e científica LTDA, 1992

FORMOZO, Gláucia Alexandre. **As representações sociais do cuidado de enfermagem prestado a pessoas com HIV/aids na perspectiva da equipe de enfermagem**. Dissertação do curso de mestrado da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007.

FORMOZO, Gláucia Alexandre; OLIVEIRA, Denize Cristina. Auto-proteção profissional e cuidado de enfermagem ao paciente soropositivo ao HIV: duas facetas de uma representação, **Acta Paul Enferm.** v. 22, n. 4, p. 392-8, 2009.

FORMOZO, Gláucia Alexandre; OLIVEIRA, Denize Cristina. Representações sociais do cuidado prestado aos pacientes soropositivos ao HIV, **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília v. 63, n. 2, p. 230-7, 2010.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 31 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2001.

GADAMER, Hans-Georg **O caráter oculto da saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Editora Atlas, 2010.

GIR, Elucir, *et al*, O impacto da aids na prática de enfermagem: um problema de saúde pública. **DST – J bras Doenças Sex Transm**, v. 17, n. 1, p. 39-43, 2005.

GIR, Elucir, *et al* Alterações na prática profissional de enfermeiros de um hospital de ensino do Interior Paulista, em consequência ao surgimento do HIV/aids. **R. gaúcha de Enferm.**, v.21, n.2, p.37-54, 2000.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Guanabara, 1998.

GRISCHKE, Paulo Eduardo. **Paulo Freire e a educação problematizadora na formação para o trabalho: a utopia possível**. [2012] Disponível em: <<http://www.ufpel.edu.br/fae/paulofreire/novo/br/pdf/2012.pdf>> Acesso em 15 de fevereiro de 2013

GUILHEM, Dirce. **Escravas do Risco**: bioética, mulheres e Aids. Brasília: Editora UnB/Finatec, 2005.

HORTA, Wanda. **Processo de enfermagem**. São Paulo: E. P. U, 1979.

KOIFMAN, Lilian: 'O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense'. **História, Ciências, Saúde** — Manguinhos, vol. VIII (1): 48-70, 2001.

JODELET, Denise. **Representações do contágio e a AIDS**. Natal: EdUFRN, 1998.

JODELET, Denise. **Representações sociais**: Um domínio em expansão. Rio de Janeiro: Editora da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2002.

JOFFE, Helene. "Eu não", "o meu grupo não": representações sociais transculturais da AIDS. Petrópolis: Vozes, 2003.

- LIMA, Kely Regina da Silva. **Necessidades de conforto da pessoa que vive com aids: uma pesquisa-cuidado com base no modelo teórico de Katharine Kolcaba**. Dissertação do curso de mestrado da Universidade Federal de Alagoas, 2012.
- LOBATO, Duci Maria Mota; ARHOLD, Larissa Mayara Pinho; ARAUJO, Sheila Loango. **Aids em pessoas acima de 50 anos**. Trabalho de conclusão de curso da Universidade de Cuiabá, 2011.
- LUZ, Priscilla Mesquita; MIRANDA, Karla Correa Lima. As bases filosóficas e históricas do cuidado e a convocação de parceiros sexuais em HIV/aids como forma de cuidar. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 1143-1148, 2010.
- MACEDO, Simara Moreira. **Cuidado clínico de enfermagem em serviço ambulatorial especializado em hiv/aids: os discursos que permeiam essa prática**. Dissertação do curso de mestrado da Universidade Estadual do Ceará, 2011.
- MACHADO, Maria de Fátima Antero Souza, *et al.* A integralidade como princípio articulador no sistema único de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.2, n.2, 2007.
- MARQUES, Giselda Quintana; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Organização tecnológica do trabalho em um pronto atendimento e a autonomia do trabalhador de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 42, n.1, p. 41-47, 2008.
- MARZIALE, Maria Helena Palucci. As práticas educativas e o cuidado de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.9, n.1, p. 1-5, 2001.
- MARZIALE, Maria Helena Palucci. Subnotificação de acidentes com perfurocortante na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 56 n. 2, p.121-122, 2003.
- MENEGHIN, Paolo. Entre o medo da contaminação pelo HIV e as representações simbólicas da aids: o espectro do desespero contemporâneo. **Rev Esc Enf USP**, v. 30, n. 3, p. 399-415, 1996.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade**. 29ª ed, Rio de Janeiro:Editora Vozes, 2010.
- NASCIMENTO, Ises Gabriela Marques Silva Cheles, *et al.* Estigmas e preconceitos no viver-conviver com HIV/AIDS: um olhar sobre o estado da arte. **Revista integrativa em saúde e educação – REVISE**. v. 1, n.1, p. 2179-6572, 2010
- NASCIMENTO, Vanda Lúcia Vitoriano. **Contar ou contar: a revelação do diagnóstico pelas pessoas com HIV/aids**. Dissertação do curso de mestrado da Universidade Católica de São Paulo, 2002.
- NEVES, Claudineia Lacerda da Rosa, *et al.* Os cuidados de enfermagem ao cliente com hiv/aids em um hospital universitário na década de 1980. **Revista de Pesquisa Cuidado é fundamental**, v. 1, n. 2, p. 299-316, 2009

OLIVEIRA, Luzia Aparecida, *et al.* Humanização e cuidado: a experiência da equipe de um serviço de DST/Aids no município de São Paulo. **Revista Ciência e saúde coletiva**. v. 10, n. 3, p. 689-698, 2005.

OLIVEIRA, Denize Cristina, *et al.*, Representações e memória profissional da aids de enfermeiras no Brasil: estudo bicêntrico Rio de Janeiro/Florianópolis. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 9, n. 1, p. 114-118, 2007.

OLIVEIRA, Denize Cristina; COSTA, Tadeu Lessa. A zona muda das representações sociais sobre o portador de HIV/aids: elementos normativos e contranormativos do pensamento social, **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 9, n. 2, p.73-91, 2007.

PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza; VIEIRA, Mariana. O. HIV e o trabalhador de enfermagem frente ao acidente com material perfuro-cortante. **Rev Esc Enferm USP**, v.42, n.4, p.36-42, 2008.

PAICHELER, Geneviève. Perception of HIV Risk and Preventive Strategies: A Dynamic Analysis. **Health**, v.3,n.1, p.47-70, 1999.

PAIVA, Mirian Santos. **Vivenciando a gravidez e experienciando a soropositividade para o HIV**. Tese do curso de doutorado da Universidade de São Paulo, 2000.

PARKER, Richard Guy, *et al.* **A aids no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará, 1994.

PEREIRA, Adriana Lenho de Figueredo. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.5, n.19, p.1527-1534, 2003.

PEREIRA, Audrey Vidal. O acolhimento em grupo com pessoas soropositivas: a visão de profissionais de saúde. **Rev. APS**, v. 12, n. 1, p. 4-15, 2009

POLIT, Denise ; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernadete. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliações e utilização. 5. ed. Porto alegre: Artmed, 2004.

PONTES, Alexandra Carvalho; LEITÃO, Isle Maria Tigre Arruda; RAMOS, Islane Costa. Comunicação terapêutica em enfermagem: instrumento essencial do cuidado. **Rev Bras Enferm**. V. 61, n.3, p. 312-8, 2008

QUEIROZ, Danielle Teixeira, *et al.* Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 15, n. 2, p. 276-83, 2007.

RESUTO, Therezinha, *et al.* A assistência de enfermagem aos portadores de HIV/aids no vislumbrar da sua epidemia em Ribeirão Preto. Relato de experiência de uma equipe de enfermagem. **Rev.Esc.Enf.USP**, v.34, n.3, p. 240-3, 2000.

RODRIGUES, Larissa Silva de Abreu. **Representações de mulheres em união heterossexual estável sobre a vulnerabilidade à infecção pelo HIV/aids**. Dissertação do curso de mestrado da Universidade Federal da Bahia, 2009.

SADALA, Maria Lúcia Araújo; MATIAS, Luciana Oliveira. Os significados atribuídos ao cuidar de pacientes com aids. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 34, n.1, p. 1-8, 2000.

SANTOS, Ninalva de Andrade. **Vulnerabilidade de mulheres interioranas soropositivas à infecção pelo HIV/aids**. Dissertação do curso de mestrado da Universidade Federal da Bahia, 2007.

SARQUIS, Leila Maria Mansano; FELLI, Vanda Elisa Andres. Acidentes de trabalho com instrumentos perfurocortantes entre os trabalhadores de enfermagem. São Paulo – SP, **Revista da escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 222-230, 2002.

SÊCCO, Iara Aparecida de Oliveira; GUTIERREZ, Paulo Roberto; MATSUO, Tiemi. Acidentes de trabalho em ambiente hospitalar e riscos ocupacionais para os profissionais de enfermagem. **Ciências Biológicas/Saúde**, v.23, p. 44-52, 2002.

SCHAURICH, Diego; COELHO, Débora Fernandes Coelho; MOTT, Maria da Graça Corso da. A cronicidade no processo saúde-doença: repensando a epidemia da aids após os anti-retrovirais. **R Enferm UERJ**, v. 14, n. 3, p. 455-62, 2006

SILVA, Lucineide Santos. **Vulnerabilidade ao HIV/aids de homens e mulheres de 50 a 59 anos**. Dissertação do curso de mestrado da Universidade Federal da Bahia, 2006

SILVA, Mariliza Henrique; MATILDA, Luízia H; **Transmissão vertical do HIV: um desafio**. [2012] Disponível em: <
http://www3.crt.saude.sp.gov.br/arquivos/eliminacao_transmissao_vertical_hiv_sifilis/hiv/abmp_texto_transmissao_vertical_hiv.pdf> Acesso em: 19 de abril de 2012.

SILVEIRA, Mariangela Freitas, *et al*, Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e aids em mulheres. **Revista saúde Pública**, v. 36, n. 6, p. 670-7, 2002.

SONTAG, Susan. **Doença como metáfora Aids e suas metáforas**. São Paulo, SP: Companhia das letras, 2007.

SOUZA, Marina Celly Martins Ribeiro; FREITAS, Maria Imaculada de Fátima. Representações de profissionais da atenção primária sobre risco ocupacional de infecção pelo HIV. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 18, n. 4, p. 1-8, 2010.

VALADARES, Ana Lucia Ribeiro, *et al*. HIV em mulheres de meia-idade: fatores associados. **Rev Assoc Med Bras**, v. 56, n. 1, p. 112-5, 2010.

XIMENES, Francisco Rosemiro Guimarães, *et al*. Práticas do enfermeiro da estratégia da saúde da família da atenção a saúde da criança – Cariré Ceará, Ver. **Soc. Bras. Enferm. Ped.**, v. 11, n. 1, p. 9-16, 2011.

WALDOW, Regina. **Cuidado humano: o resgate necessário**. 2ª Ed. Porto Alegre: Editora Sagra Luzzatto, 1999.

WALDOW, Regina. O cuidar humano: reflexões sobre os processos de enfermagem versus processo de cuidar. **R. Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 9, n.3, p.284-93, 2001.

APÊNDICE A



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CEPEE – UFBA Tel.: (071) 3283-7615 / TELEFAX:**
e-mail: cepee.ufba@ufba.br

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO****Informações ao Colaborador:**

Meu nome é **Michele Cunha de Jesus**, sou aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia e estou realizando uma pesquisa intitulada: **Práticas de cuidado a pessoas vivendo com HIV/aids adotadas pela equipe de enfermagem de uma unidade de saúde**, tendo como orientadora a Prof^a Dr^a Mirian Santos Paiva. A referida pesquisa tem como objetivos: 1) analisar as percepções da equipe de enfermagem sobre as práticas de cuidado a pessoas vivendo com HIV/aids; 2) caracterizar o cuidado prestado a pessoas vivendo com HIV/aids. A coleta de informações será feita mediante a realização de entrevistas e de observação participante, a qual se dará a partir da inserção da pesquisadora no interior do grupo observado, tornando-se parte dele, interagindo com os sujeitos, buscando partilhar o seu cotidiano, através da observação do desenvolvimento das práticas de cuidados realizadas pelos profissionais de enfermagem pesquisados e realizado no período estabelecido para coleta de dados da pesquisa.

Esta pesquisa poderá ser importante, pois pretende instigar reflexões sobre as práticas do cuidado da equipe de enfermagem a pessoas vivendo com HIV/aids, trazendo uma valorização para o relacionamento interpessoal entre o(a) cuidador(a) e o paciente. Além disso, as atitudes dos(as) profissionais irão favorecer para reavaliação dos componentes curriculares e capacitação profissional frente ao paciente vivendo com HIV/aids.

Sua participação é livre e você poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, conforme a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº. 196/96, de 10 de outubro de 1996, sem nenhum prejuízo. A sua privacidade será mantida através da não identificação do seu nome e o que for falado durante a entrevista será mantido em segredo. A sua fala receberá um apelido que pode ser sugerido. Além disso, haverá a garantia de um espaço específico para realização da coleta de informações.

Esta pesquisa foi avaliada pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da UFBA que, em caso de alguma dúvida, poderá ser contactada através do telefone (71) 3283-7615. Considero que a pesquisa não confere risco para o(a) senhor(a), no que diz respeito à sua integridade física e moral. No entanto, se o(a) senhor(a) durante a coleta de informações sentir desconforto psicológico, psíquico, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, poderá desistir de participar da pesquisa e eu imediatamente acatarei a sua decisão. Ao mesmo tempo em que, caso eu perceba tais desconfortos, também discutirei com o(a) senhora sobre a sua saída da pesquisa, se assim for sua vontade. Entretanto, caso haja algum prejuízo decorrente da realização deste estudo, será providenciada a devida reparação dos danos pelas responsáveis da pesquisa.

Caso aceite participar desta pesquisa, solicitamos ainda, a autorização do(a) senhor(a) para usar o gravador. Os resultados da Pesquisa serão transformados em transcrições e o material (mídias, questionários, etc.) será guardado pela pesquisadora por cinco anos, e ao final você poderá tê-las ou autorizar a destruição delas. Depois de analisadas as informações, os resultados serão utilizados para a produção de artigos técnicos e científicos e para apresentação em congressos científicos.

Você receberá o termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias, para as quais solicito sua assinatura, caso concorde em participar.

Agradecemos a participação e colaboração do(a) senhor(a).

Termo de Consentimento

Declaro que fui informado(a) sobre todos os procedimentos da pesquisa, recebi de forma clara e objetiva todas as explicações sobre a mesma e compreendi que todas as informações a meu respeito serão sigilosas. Estou ciente de que não serei exposta(o) a riscos físicos ou morais e que caso sinta desconforto psicológico, psíquico, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, poderei a qualquer momento interromper minha participação no estudo, sem nenhum prejuízo para mim. Assim como estou certo(a) de que não haverá nenhum prejuízo. Fui informado(a) de que não terei nenhum tipo de despesas nem receberei nenhum pagamento ou gratificação pela minha participação nesta pesquisa e terei a garantia de esclarecimentos antes, durante e após a realização da mesma. Assim sendo, autorizo a utilização e divulgação das informações colhidas na minha participação nesta pesquisa. Diante do exposto, concordo voluntariamente em participar da referida pesquisa.

Salvador, ____/____/____

Nome por extenso: _____

Assinatura: _____

Declaro que recebi de forma voluntária e apropriada o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deste entrevistado, para participação nesta Pesquisa.

Salvador, ____/____/____

Michele Cunha de Jesus
Pesquisadora Responsável pelo Projeto
Escola de Enfermagem da UFBA
Tel: 3207-6903

Profª Drª Mirian Santos Paiva
Pesquisadora Assistente
Escola de Enfermagem da UFBA
Tel: 3283-7631

APÊNDICE B



Universidade Federal da Bahia
Escola de Enfermagem
GEM - Grupo de Estudos sobre Saúde da Mulher
FONES: (71) 3263-7618 FAX: (071) 3263-7621
E-mail: gem@ufba.br
(cadastrado no diretório de Grupos de Pesquisa CNPq)



Roteiro de entrevista semi-estruturada

Título do projeto: Práticas de cuidado a pessoas vivendo com HIV/aids adotadas pela equipe de enfermagem de uma unidade de saúde

Pesquisadora Responsável: Mestranda Michele Cunha de Jesus

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Mirian Santos Paiva

Data: ___/___/___

I. IDENTIFICAÇÃO

1) Idade:

2) Sexo:

3) Religião:

() católica () espírita () evangélica () não tenho religião () outras _____

4) Cor autodeclarada: () branca () pardo () preto () amarelo () indígena

5) Setor onde atua: () ambulatório específico () internação específico

6) Formação escolar:

() Técnico () Ensino superior () Especialização () Mestrado () Doutorado

7) Tempo de formada: _____ anos _____ meses

8) Tempo de atuação na instituição: _____ anos _____ meses

Perguntas:

1) Você já cuidou de alguém com HIV/aids? Conte-me como foi? Fale-me um pouco sobre sua atuação junto a pessoas com HIV/aids.

2) Gostaria que você comentasse sobre as transformações das práticas de enfermagem desde o surgimento da infecção pelo HIV/aids ou desde o início de sua atuação.

3) Fale-me sobre as práticas de cuidado que você desenvolve em seu cotidiano para atenção a pessoas com HIV/aids.

4) Fale sobre as facilidades e entraves que você encontra para a efetivação do cuidado a pessoas com HIV/aids?

5) Você se considera capacitada para cuidar de pessoas com HIV/aids? Por que?

6) Avaliando o cotidiano de suas práticas de cuidado a pessoas com HIV/aids nesta instituição, gostaria que você falasse sobre os instrumentos de normatização do cuidado a estas pessoas.

7) Gostaria que você contribuísse falando sobre as lacunas na capacitação de profissionais de enfermagem para o desenvolvimento das práticas de cuidado a pessoas com HIV/aids.

APÊNDICE C



Universidade Federal da Bahia
Escola de Enfermagem
GEM - Grupo de Estudos sobre Saúde da Mulher
FONES: (71) 3263-7618 FAX: (071) 3263-7621
E-mail: gem@ufba.br
(cadastrado no diretório de Grupos de Pesquisa CNPq)



PASSOS DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

Será realizada após a inserção da pesquisadora no grupo observado no período estabelecido para coleta de dados da pesquisa, com o objetivo de interagir com estes sujeitos, partilhando seus cotidianos no desenvolvimento das práticas de cuidado a pessoas com HIV/aids, buscando ir além da descrição da situação observada a partir da identificação do sentido, da orientação e da dinâmica da realização destas práticas. O conteúdo das observações será registrado no diário de campo e posteriormente analisado e triangulado com os resultados da pesquisa.

APENDICE D

QUADRO COM CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES

Nº	IDADE	SEXO	RELIGIÃO	COR	FORMAÇÃO	TEMPO DE CONCLUSÃO DO CURSO (ANOS)	TEMPO DE EXPERIÊNCIA NA INSTITUIÇÃO (ANOS)
1	37	F	ESPIRITA	PARDA	ESPECIALIZAÇÃO	14	09
2	32	F	CATOLICA	PRETA	TÉCNICO	12	02
3	37	F	CATOLICA	PARDA	TÉCNICA	15	02
4	37	F	CATÓLICA	PARDA	TÉCNICA	10	10
5	30	F	OUTRAS	PRETA	TÉCNICA	08	08
6	50	F	CATOLICA	PARDA	ESPECIALIZAÇÃO	20	20
7	24	F	ESPÍRITA	PRETA	TÉCNICA	06	01
8	55	F	OUTRAS	PARDA	TÉCNICA	18	09
9	26	F	CATÓLICA	PRETA	SUPERIOR	03	01
10	37	F	EVANGÉLICA	PARDA	TÉCNICA	14	12
11	40	F	EVANGÉLICA	PARDA	TÉCNICA	20	18
12	55	F	CATÓLICA	PARDA	TÉCNICA	34	34
13	27	F	CATÓLICA	PRETA	ESPECIALIZAÇÃO	04	02

ANEXO 01

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Práticas de cuidado de enfermagem a pessoas vivendo com HIV/aids

Pesquisador: Michele Cunha de Jesus

Área Temática: Área 9. A critério do CEP.

Versão: 2

CAAE: 06204812.3.0000.5531

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 141.081

Data da Relatoria: 07/11/2012

Apresentação do Projeto:

A proposta apresentada trata-se de projeto de dissertação de mestrado em Enfermagem. Tem a realização justificada pela escassez de informações sobre os cuidados da equipe de enfermagem à pessoas vivendo com HIV/AIDS. Levantamentos bibliográficos, realizados até então, sobre os cuidados da equipe de enfermagem a pessoas vivendo com o HIV mostra que o enfoque dos estudos é sobre aspectos biológicos e epidemiológicos da patologia.

Objetivo da Pesquisa:

Caracterizar e analisar as práticas adotadas pela enfermagem no cuidado à pessoas vivendo com HIV/AIDS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Como benefícios foram descritos que "espera-se que este projeto ofereça a equipe de enfermagem dados e informações para instigar reflexões sobre as práticas do cuidado a pessoas com HIV/AIDS, trazendo uma valorização para o relacionamento interpessoal entre o(a) cuidador(a) e o(a) cuidado(a). Além disso, a autora afirma que as atitudes dos profissionais irão favorecer a reavaliação dos componentes curriculares e capacitação profissional frente a pessoa vivendo com HIV/AIDS."

Os riscos presumíveis são contemplados e descrito como minimizá-los e/ou evitá-los. Se a(o) participante durante a coleta de informações sentir desconforto psicológico, psíquico, moral, intelectual, social, cultural ou

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela CEP: 41.110-060
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 Fax: (71)3283-7615 E-mail: cepee.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



espiritual, poderá desistir de participar da pesquisa e, a pesquisadora imediatamente acatará a decisão. Ao mesmo tempo em que, caso a pesquisadora perceba tais desconfortos, também será discutido com o(a) participante sobre a sua saída da pesquisa, se assim for sua vontade. Havendo algum prejuízo decorrente da realização deste estudo, será providenciada uma possível reparação dos danos pelas responsáveis da pesquisa."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de natureza qualitativa que traz como pressuposto que "a forma como a equipe de enfermagem concebe os(as) pacientes infectados(as) pelo HIV, influencia suas práticas de cuidado." Pretende coletar os dados entre enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuam em ambulatório e unidades de internação de um hospital universitário de Salvador-BA, utilizando a técnica de entrevista semi-estruturada e observação participante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As recomendações foram atendidas, quais sejam: inserção de meios com contato com o CEP responsável pela aprovação do projeto, assim como da autora e orientadora; inserção dos dados da instituição proponente na folha de rosto com a devida anuência.

Recomendações:

Acatado decisão da autora em manter indígena como de cor autodeclarado, ancorada na classificação adotada pelo IBGE. Demais recomendações foram atendidas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

NSA

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

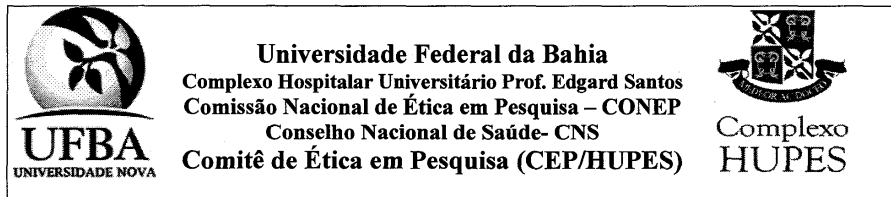
Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O plenário aprova e homologa parecer do relator.

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela CEP: 41.110-060
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 Fax: (71)3283-7615 E-mail: cepee.ufba@ufba.br

ANEXO 02



Universidade Federal da Bahia
Complexo Hospitalar Universitário Prof. Edgard Santos
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP
Conselho Nacional de Saúde- CNS
Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/HUPES)

Complexo
HUPES

DECLARAÇÃO Nº 0010/2012 CEP-HUPES

Declaramos ter lido e concordado com o parecer ético emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, de registro CAAE: 06204812.3.0000.5531, tendo como Coordenador, Darci de Oliveira Santa Rosa, instituição que aprovou o projeto em 08 de novembro de 2012. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como Instituição Co-participante do Projeto intitulado: **Práticas de Cuidado de Enfermagem a Pessoas Vivendo com HIV/aids**, tendo como pesquisadora responsável, Michele Cunha de Jesus, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança.

Situação: APROVADO.

Salvador, 13 de novembro de 2012.

Prof. Dr. Roberto Badaró, MD, PhD
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa/HUPES

Prof. Dr. Hugo da Costa Ribeiro Junior
Diretor do Complexo Hospitalar Universitário Prof. Edgard Santos